



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA  
TERMINAL EN PROGRAMA DE DIÁLISIS: PROPUESTA DE  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO CONDUCTUAL**

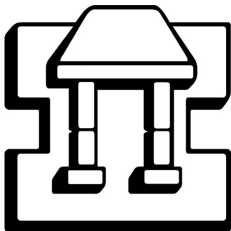
**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A:**  
**ADÁN IVÁN DOMÍNGUEZ CERVANTES**

**ASESOR: LIC. ÁNGEL ENRIQUE ROJAS SERVÍN**

**DICTAMINADORES: MTRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ**

**LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES**

**TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO 2006**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Con cariño y en memoria de mi hermano

**Omar Gabriel Domínguez Cervantes**

(1974-2004)

Con todo mi amor a mi madre

**Genoveva Cervantes Nieto**

Con cariño a mi hermano

**Nelson Ignacio Domínguez Cervantes**

y mi cuñada **Guadalupe Almaraz**

Con admiración y cariño a mi hermana

**Nadia Estela Domínguez Cervantes**

Con cariño a mi hermana

**Vianey Domínguez Cervantes**

Con todo mi amor a mis tías:

**Guadalupe Cervantes Nieto y Marta Elena Cervantes Nieto**

A mi tío: **Roberto Arriaga Frías**

Con cariño a mis primos:

**Rosa Catalina, Jesús Roberto y Guadalupe**

A mis sobrinos:

<b>Eduardo y Manuel Navarro Almaraz</b>	<b>Amy, Isai Yahir y Abraham Airy</b>
<b>Leonardo Jesús Domínguez Almaraz</b>	<b>Hernández Domínguez</b>

Al amor de mi vida  
**PAULA CECILIA ALVARADO MATA**

Gracias por el apoyo incondicional, el cariño, la espera, la felicidad, la esperanza, por todo lo que me haz dado.

Mil gracias por estar siempre a mi lado en las buenas y en las malas.

Con cariño a:

**MANUELA MATA MÁRQUEZ E IGNACIO ALVARADO REVELES**

**GUADALUPE Y EMMANUEL ALVARADO MATA**

A la familia **ALVARADO REVELES**

A mis amigos:

CRISTHIAN SALAS RIVERA, ERICK ZEPEDA PÉREZ, ROBERTO ARAGÓN CRUZ, ALEJANDRO JUÁREZ, ISABEL BADILLO GARMENDIA, VIVIANA VELÁSQUEZ AGUILAR, JESÚS PÉREZ ORTEGA; A LAS “LOBAS”: MARIA INÉS ESTRADA MARTÍNEZ (Alias la “Maine”) Y DIANA HERNÁNDEZ VEGA. A ROSA SOLANO CLAUDIO, ALDO ROJAS ARIAS, BERNARDO ROMANO CAMACHO, VIVIANA GUTIÉRREZ CASTILLO, VALERIA FLORES, MANUEL DE JESÚS BADILLO, GABRIELA GONZÁLEZ. A CYNTHIA FRANCO TOLEDO; A PATRICIA RANGEL HERNÁNDEZ Y RAÚL RESÉNDIZ MONROY; A ENRIQUE JUÁREZ Y ANTONIO MENDOZA.

A los maestros que tuvieron una influencia en mi formación:

GUADALUPE DOMÍNGUEZ SANDOVAL, SUSANA MELÉNDEZ VALENZUELA, JOAQUÍN PÉREZ CHICO, HUGO ROMANO TORRES, ESTEBAN CORTES SOLÍS, ENRIQUE ROJAS SERVÍN, LAURA RUTH LOZANO TREVIÑO.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA POR LA EXCELENTE EDUCACIÓN QUE ME PROPORCIONARON.

A LA FUNDACIÓN UNAM POR LA BECA QUE ME AYUDÓ A CONTINUAR MIS ESTUDIOS PROFESIONALES.

ESTA TESIS SE LA DEDICO A CADA UNO DE USTEDES.  
MIL GRACIAS A TODOS POR SU CONTRIBUCIÓN A MI FORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL.

# ÍNDICE

Página

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I. La psicología de la salud.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Desarrollo histórico de la psicología de la salud.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.1. Antecedentes de la psicología de la salud.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.2. Nacimiento y desarrollo de la psicología de la salud.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.3. La psicología de la salud en México.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Definición de psicología de la salud.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. Definición del psicólogo de la salud.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4. Objetivos de la psicología de la salud.....</b>	<b>15</b>
<b>1.5. Áreas y disciplinas afines con la psicología de la salud.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5.1. Sociología médica.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5.2. Psicología médica.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5.3. Medicina psicosomática.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5.4. Medicina conductual.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5.5. Psicofisiología experimental.....</b>	<b>19</b>
<b>1.5.6. Psicología clínica.....</b>	<b>19</b>
<b>1.6. Las funciones del psicólogo de la salud.....</b>	<b>20</b>
<b>1.6.1. Evaluación.....</b>	<b>20</b>
<b>1.6.2. Diagnóstico.....</b>	<b>21</b>
<b>1.6.3. Intervención y tratamiento.....</b>	<b>21</b>
<b>1.6.4. Investigación.....</b>	<b>24</b>
<b>1.6.5. Enseñanza y supervisión.....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO II. El paciente con insuficiencia renal crónica terminal.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. El paciente crónico.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2. Aspectos médicos de la insuficiencia renal crónica.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.1. Definición de insuficiencia renal crónica.....</b>	<b>27</b>

2.2.2.	Definición de insuficiencia renal crónica terminal.....	27
2.2.3.	Incidencia, prevalencia y mortalidad de la IRC en México.....	28
2.2.4.	Aspectos clínicos de la insuficiencia renal crónica.....	28
2.2.5.	Causas de la insuficiencia renal crónica .....	29
2.2.6.	Síntomas de la insuficiencia renal crónica.....	29
2.2.7.	Tratamiento médico de la insuficiencia renal crónica.....	30
2.3.	Aspectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica.....	34
2.3.1.	Problemas psicológicos comunes en pacientes con IRC.....	34
2.3.1.1.	Depresión.....	35
2.3.1.2.	Suicidio.....	37
2.3.1.3.	Conducta poco cooperativa.....	38
2.3.1.4.	Disfunción sexual.....	38
2.3.1.5.	Estrés asociado a la diálisis.....	39
2.3.1.6.	Ansiedad.....	40
2.3.2.	Etapas que viven los pacientes con insuficiencia renal crónica.....	41
2.3.2.1.	Etapa de crisis.....	41
2.3.2.2.	Etapa crónica.....	42
2.3.2.3.	Etapa terminal.....	43
2.3.3.	El paciente con insuficiencia renal crónica al ingresar a diálisis.....	43
2.3.4.	Afectación de la insuficiencia renal crónica en el grupo familiar.....	44
2.3.5.	Algunos tratamientos psicológicos del paciente con IRC.....	46
2.3.5.1.	Tratamiento de la ansiedad.....	46
2.3.5.2.	Adhesión a la dieta y a las restricciones de líquidos.....	47
2.3.5.3.	Tratamiento de la disfunción sexual.....	47
2.3.5.4.	Tratamiento de la depresión.....	47
2.4.	Aspectos sociales de la insuficiencia renal crónica.....	48
2.4.1.	Problemas laborales.....	48
2.4.2.	Problemas económicos.....	48
2.4.3.	Problemas familiares.....	49

<b>CAPÍTULO III. La terapia cognitivo conductual.....</b>	<b>51</b>
3.1. Definición de la terapia cognitivo conductual.....	51
3.2. Historia de la terapia cognitivo conductual.....	52
3.2.1. Desarrollo histórico de la terapia conductual.....	53
3.2.2. Desarrollo histórico de la terapia cognitiva.....	56
3.3. Fundamentación teórica de la terapia cognitivo conductual.....	61
3.4. Objetivo de la terapia cognitivo conductual.....	63
3.5. Terapias cognitivo conductual.....	63
3.5.1. Terapias de reestructuración cognitiva.....	63
3.5.2. Terapias de habilidades de afrontamiento.....	72
3.5.3. Terapias de solución de problemas sociales.....	76
3.6. Terapia de grupo cognitivo conductual.....	77
3.6.1. Definición del grupo cognitivo conductual.....	77
3.6.2. Fundamentación del grupo cognitivo conductual.....	78
3.6.3. Ventajas del grupo cognitivo conductual.....	78
<b>CAPÍTULO IV. La comunicación médico-paciente.....</b>	<b>80</b>
4.1. Importancia y ventajas de una buena comunicación médico-paciente.....	80
4.2. Ventajas del entrenamiento en habilidades sociales en médicos.....	81
4.3. ¿Por qué dotar de habilidades sociales de comunicación a médicos?.....	82
4.4. Concepto de habilidades sociales.....	82
4.5. Habilidades básicas de comunicación en médicos.....	84
4.5.1. Habilidades interpersonales entre médico y paciente.....	84
4.5.2. Habilidades para reunir información.....	86
4.5.3. Habilidades para dar información y educación al paciente.....	87
4.6. Procedimientos de aplicación en entrenamiento grupales.....	88
4.6.1. Condiciones generales de aplicación.....	88
4.6.2. Técnicas del entrenamiento en habilidades sociales.....	89

<b>CAPÍTULO V. Propuesta de intervención.....</b>	<b>91</b>
5.1. Objetivo global de la propuesta.....	92
<b>5.2. Objetivo general 1.</b> Programa de entrenamiento en habilidades sociales de comunicación en médicos.....	92
<b>5.3. Objetivo general 2.</b> Programa de intervención psicológica cognitivo conductual al paciente con IRCT en programa de diálisis.....	96
<b>5.3. 1. Fase I.</b> Intervención psicológica del paciente diagnosticado con IRCT antes de entrar al programa de diálisis.....	97
<b>Objetivo específico 1.</b> Evaluar la comprensión y satisfacción del paciente con respecto a la información del padecimiento.....	97
<b>Objetivo específico 2.</b> Preparación cognitivo conductual para la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis.....	97
<b>5.3. 2. Fase II.</b> Grupo cognitivo conductual para el paciente con IRCT.....	105
<b>Objetivo específico 1.</b> Entrenamiento en reestructuración cognitiva en pacientes con IRCT.....	109
<b>Objetivo específico 2.</b> Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT.....	111
<b>Objetivo específico 3.</b> Entrenamiento en control de la activación en el paciente con IRCT.....	115
<b>Objetivo específico 4.</b> Entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT.....	119
<b>5.3. 3. Fase III.</b> Intervención psicológica cognitivo conductual para el paciente con IRCT en formato individual.....	123
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXOS</b>	



Nombre de archivo: A2  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de  
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ÍNDICE  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 08/03/2006 8:52  
Cambio número: 2  
Guardado el: 08/03/2006 8:52  
Guardado por: javier garcia franco  
Tiempo de edición: 1 minuto  
Impreso el: 08/03/2006 8:53  
Última impresión completa  
Número de páginas: 4  
Número de palabras: 1.070 (aprox.)  
Número de caracteres:5.887 (aprox.)

## RESUMEN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un cuadro clínico caracterizado por una disminución persistente, progresiva e irreversible de la función renal. Se habla de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) cuando la función de los riñones del paciente está al 10% de su capacidad, teniendo que entrar a un programa de diálisis para seguir vivo; la diálisis peritoneal consiste en introducir líquido de diálisis a la cavidad peritoneal, utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre.

Actualmente, en México hay aproximadamente 40,000 pacientes diagnosticados con IRC dentro del programa de diálisis. Al año se presentan 100 nuevos casos de pacientes que desarrollan IRCT por millón de habitantes. Así mismo, la IRC es una patología que se encuentra dentro de las primeras 15 causas de muerte en México, debido a la complejidad de la enfermedad y a que sólo 16 de cada 100 pacientes en diálisis recibe un trasplante renal. Aunado a esto, en nuestro país el trabajo del psicólogo de la salud es reducido y la atención psicológica del paciente con IRC es nula. Por lo anterior, la presente tesis tiene como objetivo global realizar una revisión teórica de las características médicas, psicológicas y sociales del paciente diagnosticado con IRCT, para así crear una propuesta de atención psicológica basada en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que ayude al paciente a afrontar su enfermedad. Se propone primero dotar al médico de habilidades sociales de comunicación para que proporcione la información de la enfermedad al paciente diagnosticado con IRCT. Segundo, por medio de la TCC evaluar la comprensión y satisfacción de la información recibida por el médico cuando el paciente se encuentra hospitalizado; preparación psicológica cognitivo conductual al paciente para afrontar la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis. Tercero, dotar al paciente con IRCT de habilidades cognitivas y conductuales que le ayuden a afrontar su enfermedad y situaciones diversas relacionadas a ésta por medio de un grupo cognitivo conductual que reduzca tiempo y costos de servicio. Finalmente se puntualiza la importancia de la atención individualizada del paciente con IRCT.

## INTRODUCCIÓN

No es nueva la idea de que existe una interrelación entre la mente y el cuerpo, que todas las enfermedades físicas, no sólo las más graves, tienen repercusiones psicológicas en el paciente. Siguiendo esta línea, surge la psicología de la salud como la disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías, los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) constituye un problema de salud cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia crecientes en los últimos años. Al año se presentan 100 nuevos casos de pacientes que desarrollan Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT)<sup>1</sup> por millón de habitantes, los cuales son candidatos a procedimientos sustitutivos de función renal con diálisis, hemodiálisis y trasplante. En México, hay aproximadamente 40,000<sup>2</sup> pacientes dentro del programa de diálisis, éstos presentan una tasa de mortalidad de 20%, con un período de vida de 2 a 5 años (Hernández, 2004); la IRC se encuentra entre las 15 principales causas de muerte en nuestro país (INEGI, 1999, 2002, 2003). El tratamiento sustitutivo está asociado con altos costos económicos, como ejemplo, el ISSSTE invierte más de 78 mil pesos anuales por cada paciente, de por vida, cada paciente con IRC utiliza de cuatro a cinco bolsas de solución diariamente, las cuales tienen un costo por pieza de entre 52 y 105 pesos (ISSSTE, 2003); por su parte el IMSS gasta en promedio 3,500 millones de pesos al año (IMSS, 2003a).

La IRC se define como el deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal global, es decir, cuando no se cumplen las siguientes funciones: 1) eliminar sustancias que el organismo no necesita, 2) producir hormonas para la formación de glóbulos rojos y de los huesos, 3) regular la presión arterial y 4) controlar el nivel de líquido y sales del cuerpo. La IRCT es una insuficiencia casi total en el funcionamiento del riñón para realizar las funciones renales, pues ésta es inferior al 10% de lo normal.

---

<sup>1</sup> A lo largo de la tesis se menciona “paciente renal” como el equivalente al paciente con IRCT, por lo que se enfoca a esa patología y no al paciente renal en general (p. e. paciente con insuficiencia renal aguda).

<sup>2</sup> El ISSSTE atiende a 3,845 pacientes mientras el IMSS atiende a 35 mil pacientes.

El tratamiento está orientado a controlar los síntomas, minimizar las complicaciones y retrasar el progreso de la enfermedad. El tratamiento de la IRCT se conforma de: diálisis, hemodiálisis, toma de medicamentos, seguimiento de dieta y trasplante renal. La diálisis peritoneal se encarga de eliminar del cuerpo los desechos y el exceso de líquido, consiste en introducir líquido de diálisis a la cavidad peritoneal, utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre. El peritoneo es una membrana delgada y semipermeable que se encuentra en el interior del abdomen; recubre y mantiene en su lugar al estómago, hígado y demás órganos. Durante la diálisis peritoneal, los desechos y el exceso de agua se eliminan de la sangre al pasar por el peritoneo. Dentro de la Diálisis Peritoneal existen dos modalidades: 1. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y 2. Diálisis Peritoneal Continua por Cicladota (DPCC). La DPCA es una modalidad de diálisis que se realiza manualmente en casa. La gran mayoría de los pacientes requieren cuatro cambios por día, los siete días de la semana. La DPCC es una terapia que permite al paciente completa libertad durante el día, ya que se realiza por la noche mientras duerme, mediante el uso de una máquina cicladora. La máquina cicladora controla el tiempo de los cambios, drena la solución utilizada e infunde solución nueva al peritoneo. Asimismo, la máquina está diseñada para medir cuidadosamente la cantidad de fluido que entra y sale del peritoneo.

El paciente con IRCT es un individuo, que al ser diagnosticado e integrado al programa de diálisis, va enfrentando una serie de duelos ante la pérdida de la salud, del trabajo, de la función sexual y, en general, de su independencia, pues dependerá de la ayuda constante de otras personas para realizar actividades básicas.

El paciente con IRCT deberá enfrentarse no sólo al hecho de padecer una enfermedad incurable, con excepción el trasplante de riñón, sino también a la necesidad de someterse a un procedimiento dialítico para seguir vivo; así pues, esta realidad supondrá un corte radical en su vida, existiendo un antes y un después de la diálisis. Todo este cúmulo de circunstancias repercutirá sobre el paciente y su entorno familiar a distintos niveles: a) en el plano somático aparecerán complicaciones tales como la anemia, la osteoporosis, estreñimiento constante, etc. y el paciente estará sometido a restricción de líquidos y dieta rigurosa; b) en el plano psicológico el paciente presentará depresión, conductas y consumación de suicidio, falta de adhesión al tratamiento, estrés y ansiedad relacionados a la diálisis, disfunción sexuales, entre otras alteraciones conductuales y cognitivas; y c) en

el plano social la enfermedad repercutirá en el entorno familiar y social del individuo, pues se producirán cambios familiares (principalmente el cuidador principal)<sup>3</sup> y sufrirá pérdidas en diferentes áreas (profesional, del status social, de las actividades de ocio, deportes favoritos, etc.).

Será pues, la IRCT, el catalizador que transforme completamente la vida del paciente y su familia. Este cambio movilizará en ellos todas sus angustias y miedos, requiriendo la mayoría de las veces la atención especializada del psicólogo. Así pues, se plantea la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la intervención psicológica de estos pacientes, pues es una terapia que cuenta con diversas técnicas<sup>4</sup> que han demostrado tener alcances significativos en poco tiempo y con resultados confiables para un cambio racional y funcional en el paciente, por lo que la implementación de estas técnica en los servicios de psicología en el ámbito de la salud puede ser un excelente recurso para que ayude al paciente renal y su familiar al afrontamiento de esta enfermedad.

El recibir un apoyo psicológico adecuado antes, durante y después del proceso de la enfermedad ayuda a mejorar la percepción de los pacientes y sus relaciones interpersonales, permitiendo así, una rehabilitación integral que pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, de esta manera se hace evidente que el apoyo psicológico apropiado podrá propiciar una transición menos traumática y mejorar la adaptación de los pacientes en las distintas actividades que realizaba o desea realizar. Los pacientes con IRC y sus familias necesitan incluir apoyo psicológico para ayudar a mejorar la adaptación y el funcionamiento físico, social y emocional, además de reducir conductas que no le permiten la adaptación, para así mejorar la calidad de vida de ambos (p. e. el cumplimiento al tratamiento médico).

Por lo mencionado anteriormente, se propone la TCC como una forma que puede ser efectiva para el tratamiento psicológico del paciente con IRCT. La TCC es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el

---

<sup>3</sup> Se define al cuidador como aquella persona que, por diferentes motivos, coinciden en la labor en la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitiendo que su familiar enfermo pueda desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone.

<sup>4</sup> Los métodos de reestructuración cognitiva, las terapias de afrontamiento y las terapias de solución de problemas.

comportamiento), como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo, actualmente, consecuencias desadaptativas y que el propósito de terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas más adaptativas (Bresvin, 1996, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1997).

La TCC presenta varias ventajas y ha demostrado ser muy útil para ser aplicada en el ámbito de la salud (p. e. Morales y Tovar, 1995 y Goldsteinb, McAlpineb, Dealea, Toone y Mellersb, 2002). Los pacientes renales comparten ciertas características pero el tratamiento debe ser adecuado para cada uno de los pacientes, es decir, el tratamiento debe adecuarse a la persona no la persona al tratamiento.

Así pues, el objetivo global de esta tesis es realizar una revisión teórica de las características médicas, psicológicas y sociales del paciente diagnosticado con IRCT en programa de diálisis peritoneal y su familiar, para así crear una propuesta de atención psicológica que ayude al paciente a afrontar su enfermedad basado en la terapia cognitivo conductual. Los objetivos específicos son los siguientes: 1) elaborar un programa de capacitación para que el médico proporcione de manera adecuada la información sobre la enfermedad al paciente con IRCT y 2) proporcionar al paciente diagnosticado con IRCT en programa de diálisis, un programa de ayudar psicológica, basado en la terapia cognitivo conductual, que le permita afrontar, en la medida de lo posible, su enfermedad.

Para el logro de estos objetivos se presentan cinco capítulos:

El primer capítulo, “la psicología de la salud”, presenta información sobre los antecedentes históricos, fundamentación teórica, objetivos y funciones de la psicología de la salud.

En el capítulo dos, “el paciente con insuficiencia renal crónica terminal”, se hace una extensa revisión, de los aspectos psicológicos del paciente con IRCT, así como los aspectos sociales y médicos.

El capítulo tres, titulado “la terapia cognitivo conductual”, habla acerca de esta terapia comenzando con su definición, antecedentes históricos, fundamentación teórica y por

último se indican las terapias estructuradas en tres grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento y terapias de solución de problemas.

En el capítulo cuatro, “la comunicación médico-paciente”, se expone información relevante de la importancia de la comunicación médico-paciente, así como las habilidades básicas de comunicación y las ventajas del entrenamiento en habilidades sociales de comunicación en médicos.

Finalmente en el capítulo cinco se presenta la propuesta de atención psicológica al paciente con IRCT en programa de diálisis por medio de la TCC de la siguiente forma:

1. Propuesta dirigida a dotar al médico de habilidades sociales de comunicación de información de la enfermedad al paciente diagnosticado y candidato a programa de diálisis.

2. Propuesta dirigida a que el paciente adquiriera habilidades que le ayuden a afrontar su enfermedad y situaciones relacionadas a ésta, por medio de técnicas cognitivo conductuales, dicha propuesta se estructura de la siguiente manera:

**Fase I.** Intervención psicológica del paciente diagnosticado con IRCT antes de entrar al programa de diálisis (diagnostico-colocación de catéter) cumpliendo dos objetivos específicos:

1) Evaluación de la comprensión y satisfacción de la información del padecimiento recibida por el médico cuando el paciente se encuentra hospitalizado y 2) Preparación psicológica cognitivo conductual para afrontar la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis.

**Fase II.** Grupo cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis cumpliendo cinco objetivos específicos:

1) Entrenamiento en reestructuración cognitiva; 2) Entrenamiento en solución de problemas; 3) Entrenamiento en control de la activación; y 4) Entrenamiento en habilidades sociales.

**Fase III.** Intervención psicológica cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis en formato individual.

Nombre de archivo: A3  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: RESUMEN  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 28/09/2005 11:25  
Cambio número: 31  
Guardado el: 13/02/2006 3:40  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 24 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 8:55  
Última impresión completa  
Número de páginas: 6  
Número de palabras: 2.129 (aprox.)  
Número de caracteres: 11.713 (aprox.)



# CAPÍTULO I

## LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

### **1.1. Desarrollo histórico de la psicología de la salud**

#### **1.1.1. Antecedentes de la psicología de la salud**

Asegura Stone (1979) que es frecuente encontrar en la escasa literatura existente sobre la historia de la psicología en el ámbito de la salud, valoraciones de autores que aseguran que durante mucho tiempo los psicólogos se han olvidado de todos los aspectos relacionados con el sistema de salud, a excepción de lo que se refiere a la salud mental. Sin embargo, este panorama no responde totalmente a la realidad, ya que al revisar la historia de la psicología de la salud se puede encontrar que ya, desde los mismos inicios de la psicología como disciplina, algunos autores de gran relevancia han hecho mención a las aportaciones potenciales de los psicólogos al campo de la salud. Según Rodin y Stone (1987) los psicólogos han estado participando muy activamente en el sistema de salud mucho antes de que se etiquetara e identificara un campo denominado psicología de la salud. Es por ello, que para hablar de los primeros antecedentes de la psicología de la salud hay que referirse también a los primeros antecedentes de la psicología, como disciplina “madre”.

Se suele fijar el nacimiento de la psicología, como disciplina independiente, en la creación de los laboratorios psicológicos y la aparición en los últimos años del siglo XIX de libros de texto con el término “Psicología” en sus títulos por parte del alemán Wilhelm Wundt y del americano William James. Lo más cercano de la obra de Wundt al tema de la salud se encuentra en su material sobre el dolor como uno de los sentidos básicos. William James, quizás por haber tenido que luchar durante toda su vida con una pobre salud, trató cuestiones relacionadas con la salud en muchos momentos a lo largo de su obra, especialmente dentro de su libro “On vital reserves: the energies of men; The gospel of relaxation” (Rodin y Stone, 1987).

Otra gran figura de la historia de la Psicología, Stanley Hall, mostró una gran preocupación por la salud como un valor central en la vida. En su importantísimo y extenso trabajo sobre la adolescencia (Hall, 1904, citado en Ballester, 1997a) incluyó un capítulo titulado “*Enfermedades del cuerpo y la mente*”.

La primera acción semioficial de la psicología organizada, concretamente de la APA, respecto al sistema de salud fue la celebración de una mesa redonda en la reunión anual de la asociación mantenida en diciembre de 1911 para considerar cómo la psicología podía contribuir a la educación y práctica médica. A partir de esta reunión, la APA creó una comisión para inspeccionar la situación y las actitudes existentes en el momento respecto a la enseñanza de la psicología en las facultades de medicina. Hubo un acuerdo unánime en que los estudiantes médicos deberían recibir algunas enseñanzas psicológicas como parte de su formación premédica en las mismas facultades de medicina. Autores tan relevantes como Watson, ya en 1912, manifestaron la importancia de una formación psicológica a los estudiantes de medicina que les hiciese comprender que su objeto de estudio era la globalidad de la persona y no simplemente un órgano o lesión (Ballester, 1997a).

*“El estudiante de medicina debe aprender que, independientemente de que esté especializándose en cirugía, obstetricia o psiquiatría, sus sujetos son seres humanos y no meramente objetos sobre los que puede demostrar su habilidad. Este cambio en sus ideas le llevará a sentir la necesidad de una formación psicológica y a aceptar esta formación”* (John B. Watson, 1912, p.91 7, en Ballester, 1997a, p. 89).

Sin embargo, la comisión también pudo comprobar que sólo menos de un tercio de las facultades de medicina estaban dando esta formación psicológica y menos de un 10% indicaban tener a psicólogos enseñando a estudiantes de medicina. Uno de los comentarios que realizó la comisión a partir de las respuestas recibidas en la investigación fue que había grandes deficiencias en la comprensión de la naturaleza y el potencial de la psicología en el campo de la salud, por lo que recomendaba que los cursos para estudiantes de medicina se desarrollaran y llevaran a cabo por parte de personas formadas tanto dentro del mundo de la psicología como en el de la medicina (Rodin y Stone, 1987).

En 1950, la Universidad de Pittsburgh patrocinó ocho conferencias sobre “La relación de la psicología con la medicina”. Los conferenciantes, muy optimistamente, hablaban del final de un período de abandono y una emergente colaboración con las profesiones sanitarias y los educadores médicos. Una serie de estudios realizados a partir de 1950 documentaban un crecimiento sostenido en el número de psicólogos que daban clase en las facultades de medicina y en las responsabilidades otorgadas a estos psicólogos (Ballester, 1997b).

Por lo que respecta a la investigación, la psicología clínica también se ha centrado, aunque de un modo muy minoritario, en los síntomas físicos. Los primeros trabajos se dirigían a la aplicación de la terapia en problemas que presentaban tanto síntomas físicos como psicológicos (Olbrisch, 1977, citado en Ballester, 1997a). A lo largo de las décadas de los 40 y 50, se estudiaron métodos para mejorar algunos problemas físicos que se consideraba que estaban influidos por estresores vitales, en las denominadas “enfermedades psicosomáticas”. Los primeros trabajos llevados a cabo para estudiar el impacto de la preparación psicológica de pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente se publicaron a final de los años 50, resaltando que la mayoría de estos trabajos fueron realizados por profesionales no psicólogos.

### **1.1.2. Nacimiento y desarrollo de la psicología de la salud**

En el mes de junio de 1969 William Shofield publicó un artículo en el *American Psychologist* que desencadenó un período de rápido desarrollo de la Psicología de la Salud. Para la elaboración de este artículo el autor había categorizado los artículos listados bajo 22 encabezamientos en el *Psychological Abstracts* entre 1966 y 1967. Sólo el 19% de los aproximadamente 4700 artículos trataban con temas que no se incluían tradicionalmente dentro del ámbito de la salud mental (Rodin y Stone, 1987).

La consecuencia más importante del artículo de Schofield fue la designación por parte de la APA en 1973 de un grupo de trabajo dirigido por el mismo Schofield sobre la investigación en salud, denominado “*Task Force on Health Research*”. El objetivo del trabajo fue “recoger, organizar y difundir información sobre el estado de la investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud” (APA, 1976, p. 270, en Ballester, 1997a p. 91). La conclusión de la Task Force fue la siguiente:

“Hasta el momento presente, pocos psicólogos americanos se han interesado por los problemas de la salud y la enfermedad como áreas fructíferas de la investigación básica y aplicada; estos psicólogos tampoco han percibido el potencial de su trabajo en la producción de mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la provisión de cuidados sanitarios... Necesitamos proyectar programas para la educación universitaria de investigadores que proporcionen una conciencia temprana de las necesidades y oportunidades de aplicar los principios y métodos psicológicos a la comprensión y mejora de las conductas de salud” (APA Task Force, 1976, p. 271, en Ballester, 1997a, p. 92).

En Agosto de 1975 se reúnen psicólogos interesados en el ámbito de la salud en las jornadas del APA en Chicago. En esas jornadas, algunos de los psicólogos interesados en este ámbito de trabajo se reunieron para discutir una propuesta lanzada por el mismo Schofleld respecto a organizarse como sección bajo los auspicios de la División de Psicólogos en el Servicio Público (Division of Psychologists in Public Service), división 18 de la APA. Entre otras cosas, se discutió extensamente acerca del nombre, concretamente si deberían incluirse los términos “health research” para indicar que el objetivo de la sección no era ser creada por los clínicos, como una empresa o aventura buscando abrir nuevos campos para la práctica, o más bien, el término “health psychology” con el fin de ser más inclusivos e incluir desde el principio en un mismo campo tanto a los investigadores como a los profesionales aplicados. Finalmente se eligió el término Section on Health Research, su primer presidente electo fue Schofield y comenzó con el número de 150 socios fundadores. Al comprobar en poco tiempo el rápido crecimiento del área, los psicólogos de la Sección consideraron que pronto superarían en número a los restantes miembros de la División y pensaron que el desarrollo de esta disciplina sería mayor si se conseguía el estatus como división independiente dentro de la APA. Paralelamente, otro grupo de profesionales, medianamente organizados, habían creado una asociación, la Medical Psychologist’s Network (Red de Psicólogos Médicos) dirigida por David Clayman con el fin de unir a los cada vez más numerosos psicólogos clínicos que trabajaban en instituciones médicas (Ballester, 1997a).

Hasta la década de los setenta del siglo pasado, no hubo un movimiento de la psicología que se pudiese denominar psicología de la salud, en 1978 algunos psicólogos de diversas áreas (como la clínica, experimental, social, etc.) con un interés común en la salud se reúnen para formar la División de la Psicología de la salud de la American Psychological Association, naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud.

En 1979 Stone, Cohen y Adler publican el primer libro titulado Health Psychology; tres años después se publica la primera revista dedicada solamente a este tema, la Health Psychology. Estos autores reconocen una preocupación y un interés creciente en los años anteriores a la publicación del libro acerca de los problemas de salud y enfermedad, del coste del sistema sanitario en los Estados Unidos, así como una mayor conciencia de la importancia de los factores psicológicos en la etiología, curso y tratamiento de la

enfermedad y en el mantenimiento de la salud. No existía ningún otro trabajo que tratara una serie de aspectos psicológicos relacionados con la salud con la suficiente profundidad como para calificarlo de “revisión” o “manual” sobre Psicología de la Salud. Con el propósito de llenar este vacío nace el libro de Stone Cohen y Adler. Un año después se lleva a cabo una conferencia nacional sobre educación y entrenamiento de los psicólogos de la salud (Ballester, 1997a).

El nacimiento de la psicología de la salud se da por diversos factores de orden científico y relativo al cuidado de la salud, se pueden enumerar cinco (Oblitas y Becoña, 2000):

1. Por el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud, tradicionalmente la salud fue conceptualizada como la ausencia de enfermedad, hoy día, la salud ha sido redefinida en términos más positivos como un completo bienestar físico, mental y social, este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos.
2. Paralelo a la redefinición se cuestiona el modelo biomédico que es dominante en medicina, el cual está basado en el reduccionismo y en el dualismo mente-cuerpo, focalizándose en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad, ignorando así los factores psicológicos y sociales.
3. Cambio en los patrones de enfermedad, antes de los avances de la medicina en el siglo XX, gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo e infeccioso (neumonía, gripe, tuberculosis, difteria); el descubrimiento de fármacos efectivos, como antibióticos y vacunas, y el avance de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de muertes por éstas enfermedades. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la perspectiva de vida ha dado paso a las enfermedades crónicas, y la mayoría están relacionadas con nuestras conductas y son prevenibles. Knowles (1977, citado en Oblitas y Becoña, 2000) dice que “nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas”. Por lo que, los factores psicológicos pasan a primer plano por la relación estrecha de nuestra conducta con los procesos de salud-enfermedad.
4. Cuestiones de índole económico han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud. Los costos

por cuidados de salud se han disparado. México dedica 5.8 por ciento de su Producto Interno Bruto (PIB) a financiar su sistema sanitario público, muy por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que es del nueve por ciento, y del latinoamericano, que ronda el 6.7 por ciento (NOTIMEX, 2004), para el 2005 se ha reasignado un presupuesto de 34 mil 568 millones de pesos para el sistema de salud en México (Zúñiga, 2004). Por tanto, factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas y, especialmente, en cambiar las conductas no saludables.

5. Las aportaciones y resultados exitosos de la terapia conductual y cognitiva en la salud mental y estar a un paso de la salud física que tiene clara relación con los factores psicológicos y conductuales.

### **1.1.3. La psicología de la salud en México**

En 1986 se establece en México el primer programa de formación a nivel de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, el programa académico es universitario de nivel Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención (Rodríguez, 1998).

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud. Éste tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria (Duran, 1996). Recientemente la Universidad de Guadalajara inició un programa de Doctorado en Psicología de la Salud.

## **1.2. Definición de psicología de la salud**

Este punto tiene como propósito documentar las tendencias que se dan en relación a la definición de psicología de la salud, citando así distintos conceptos:

Para Taylor (1986, citado en Morales, 1999) *“la psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de la variables psicológicas*

sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y como responde una persona cuando está enferma”. Bloom (1988, citado en Morales, 1999) dice que “*la psicología de la salud se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad*”.

Stone (1979, 1988, 1991 citado en Morales 1999) considera que la psicología de la salud “*comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención de salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre la salud y otros componentes de este tipo del sistema total*”, agrega que “*cualquier rama de la psicología que tenga que ver con el sistema de salud debe ser una subdivisión de la psicología de la salud*”, así “*la práctica tradicional de la psicología clínica, enfocada hacia los problemas de la salud mental, debe ser una de esas subdivisiones, del mismo modo que la neuropsicología o la psicología aplicada a la rehabilitación*”.

Holtzman y Evans, Kenedg y Iscoe (1988, citado en Morales 1999) en un artículo aparecido en el Bulletin of the World Health Organization en 1987 dicen que la psicología de la salud “*se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud, la que comprende, además, el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física*”.

La División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association la define como “*las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud*” (Morales 1999, p. 91).

Oblitas y Becoña (2000), consideran que la definición adecuada de psicología de la salud es la propuesta por Carrobles (1993): “*La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la*

*salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología Científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad”.*

A Matarazzo (1980) se le adjudica la definición oficial de la psicología de la salud, en primer lugar la definió como *“el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias”* (p. 815) *“así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria”* (p. 4)

Finalmente, Rodríguez y García (1996) definen a la psicología social de la salud *“...como la aplicación específica de conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención...”*, porque la conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, siendo este último el que implica el comportamiento de los enfermos y su alrededor, haciendo hincapié en el factor social.

### **1.3. Definición del psicólogo de la salud**

Consecuentemente con la definición propuesta de Psicología Clínica y de la Salud, definimos al psicólogo de la salud como el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

De la definición de Matarazzo se pueden derivar las funciones del psicólogo de la salud, el cual se debe de ocupar de (Ballester, 1997b): a) la promoción y mantenimiento de la salud, b) la prevención y tratamiento de la enfermedad, c) la identificación de correlatos



etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y d) la mejora de los sistemas de asistencia sanitaria y la configuración de políticas sanitarias.

#### **1.4. Objetivos de la psicología de la salud**

Diversos autores (Singer, y Krantz, 1982; Maes y Van Veldhoven, 1990, citados en Ballester, 1997b y Morales, 1990) consideran que, a grandes rasgos, el objeto de estudio de la psicología de la salud es estudiar los mecanismos de relación entre el “comportamiento” y la “salud”; de hecho, Krantz y cols. (1985, citados en Ballester, 1997b) señalan tres puntos de relación entre ambos aspectos, todos los cuales caerían dentro del ámbito de interés de la psicología de la salud: 1) la ocurrencia de comportamientos que pueden tener efectos fisiológicos directos que afectan el estado de salud, 2) los estilos de vida y hábitos diarios que pueden hacer peligrar la salud o potenciar la enfermedad a mediano y largo plazo, y 3) la forma en que las personas perciben y se enfrentan a la enfermedad, que puede convertirse en un factor de facilitación o empeoramiento del proceso.

La División de la Psicología de la Salud estableció como objetivos prioritarios de la disciplina los siguientes aspectos (Buena-Casal y Carboles, 1996):

- A)** Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- B)** Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- C)** Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- D)** Entender cómo los métodos y las técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- E)** Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea crear o aumentar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- F)** Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
- G)** Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los

tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a la relación médico-paciente se refiere.

- H) Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
- D) Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los mismos pacientes y sus familiares, y
- J) Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

### **1.5. Áreas y disciplinas afines con la psicología de la salud**

En este punto se establece la relación que tiene la psicología de la salud, en primer lugar, con otras disciplinas o ciencias sociales como la sociología o la antropología de la salud; en segundo lugar, con otros campos o términos afines como la medicina psicosomática, la psicología médica; y en tercer lugar, con un áreas de la psicología como la medicina conductual y la psicología clínica.

#### **1.5.1. Sociología médica**

El estudio sociológico de los fenómenos de la salud y la enfermedad ha sido conocido bajo diferentes nombres. Comúnmente se le ha conocido como “sociología médica”. Esta especialidad se desarrolló en los años cuarentas y cincuentas. Implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y del cuidado de la salud. Para Bishop (1994) la sociología médica es: “*La especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad*” (p. 9). Comprende temas tales como los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales en la salud y en la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud, etcétera. La sociología médica, a veces también denominada sociología de la salud, se centra en los factores sociales que influyen la salud, mientras que la psicología de la salud se centra en los procesos psicológicos (Oblitas y Becoña, 2000). Según Castro (1992) la enseñanza de la sociología en salud pública debe orientarse en función de tres objetivos: a) formar

especialistas en salud pública con capacidad para el análisis crítico de la realidad que los rodea; b) difundir los principales conocimientos generados mediante la investigación respecto a la determinación social de la salud enfermedad y de los servicios de salud; y c) preparar a los estudiantes de salud pública para enfrentar los cambios sociales que están teniendo lugar en el país y que tendrán efectos específicos en los fenómenos de salud y enfermedad.

### **1.5.2. Psicología médica**

El significado de este término varía según donde se utilice. En Inglaterra, la psicología médica es sinónimo de psiquiatría, como ocurre de modo semejante en España. Sin embargo, en EU es una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física (Bishop, 1994).

En un sentido amplio, se puede considerar la psicología médica como el conjunto de conocimientos humanísticos, científicos y no científicos, en torno a la práctica médica, acumulados a lo largo de la historia de la humanidad, incluyendo las aportaciones de reflexiones literarias y filosóficas, análisis clínicos y existenciales, investigaciones experimentales, biológicas y sociales. Su objetivo es el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. El contenido de la psicología médica abarca los siguientes aspectos: a) estudio de las variables psicológicas (cambios conductuales) en el diagnóstico médico, b) papel de los factores psíquicos en la etiología de la enfermedad orgánica y mental, c) relación médico-paciente en la teoría y en la práctica, d) respuesta del paciente a la enfermedad y al tratamiento (conducta de enfermedad) y e) recursos psicológicos en el tratamiento (López-Ibor, Ortiz y López-Ibor, 1999).

### **1.5.3. Medicina psicosomática**

La medicina psicosomática precede a la psicología de la salud, pero sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas, no en la psicología. La medicina psicosomática resultó

de los intentos, a principios de los años veintes, para identificar los factores psicológicos específicos que se creía que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

La medicina psicosomática es un enfoque de la medicina moderna; que pretende resaltar la importancia de los factores psicosociales en el origen de todas las enfermedades y en su tratamiento. Son los términos utilizados por aquellos médicos, que a través de diferentes observaciones e investigaciones llegaron al convencimiento de que en el enfermar humano no interviene un único factor sino que depende de varios, entre los que hay que considerar aspectos psicológicos del individuo en su relación con su entorno, más allá de perspectivas dualistas (López-Ibor, Ortiz y López-Ibor, 1999).

El término psicosomático se aplica a dos conceptos distintos: enfermedades psicosomáticas o de medicina (o patología) psicosomáticas. Con los descubrimientos del psicoanálisis se llegó a la conclusión de que algunas enfermedades tenían una etiología psíquica y eran susceptibles de mejora con psicoterapia. Se denominaron enfermedades psicosomáticas. Todas ellas compartían las siguientes características (López-Ibor, Ortiz y López-Ibor, 1999): etiología desconocida, no había tratamientos eficaces, eran de evolución crónica y exigían grandes esfuerzos de adaptación al que los padecía, podían aparecer o descompensarse coincidiendo con estrés ambiental y producían gran sufrimiento e invalidez.

#### **1.5.4. Medicina conductual**

En 1973, Birk acuñaba el concepto de medicina conductual. En un primer momento, este término se restringió a las técnicas de biofeedback. En 1974, se crean los dos primeros centros de medicina conductual: el Center for Behavioral Medicine de la Universidad de Pensilvania y el Laboratory for the Study of Behavioral Medicine de la Universidad de Stanford (Oblitas y Becoña, 2000).

Los representantes de la medicina conductual la definen como “*un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad*” (Miller, 1983, citado en Morales, 1999, p. 75). Schwartz y Wies dicen que “*la medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conducta, conocimiento y técnicas, relevantes para*

*la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”* (1978, p. 205, citados en Amigo, Fernández y Pérez, 1998a, p. 31). Finalmente Pomerlau y Brady (1979, citado en Ardila, 1997) afirman que *“la medicina conductual se puede definir como: a) la utilización clínica de las técnicas derivadas del análisis experimental del comportamiento –terapia y modificación de conducta– en la evaluación, prevención y manejo o tratamiento de la enfermedad física o de los trastornos fisiológicos, y b) la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y a la comprensión del comportamiento relacionado con trastornos médicos y problemas del cuidado de la salud.*

La medicina conductual contempla como objetivos básicos (Collins, Rici y Burkett, 1981; Gentry, 1984, citados en Oblitas y Becoña, 2000, p. 20): 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades; y, 5) diseñar nuevas estrategias de intervención.

### **1.5.5. Psicofisiología experimental**

La psicofisiología experimental tiene como objeto de estudio las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Las investigaciones hechas en este campo contribuyeron a mejorar la instrumentación y a la utilización de nuevas metodologías, que permitieron la exploración de las relaciones entre la emoción, cognición y la fisiología. Asimismo, estos trabajos aportaron descubrimientos empíricos sobre las bases psicofisiológicas de la emoción, motivación y cognición. El conocimiento de estas interacciones facilitó la comprensión y el manejo de numerosos problemas de salud (Oblitas, Becoña, 2000).

### **1.5.6. Psicología clínica**

La psicología clínica es claramente el tronco central de donde ha surgido posteriormente, dependiendo del país en que nos encontremos, la subespecialidad o el campo independiente de la psicología de la salud. Por ello, hoy, más que dar una definición

concreta de psicología clínica, la mayoría de los autores prefieren hablar de qué hacen los psicólogos clínicos para aprehender la realidad de los mismos, o hablan de la intervención de los psicólogos clínicos en el campo de la salud, cuando no hay un reconocimiento formal del psicólogo de la salud y sí del psicólogo clínico. Así para Hall y Marzillier (1987, citados en Oblitas y Becoña, 2000) "los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental.

Scheaml (1975) decía que *“la psicología clínica es la aplicación de posconocimientos, técnicas y métodos de las disciplinas psicológicas básicas y de sus disciplinas inmediatas en el amplio cambio clínico que va del consultorio a las clínicas, a través de los centros de pedagogía terapéutica”* (p. 2). Así, para Hall y Marzillier (1987, citado en Morales, 1999) *“los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental. Entre sus actividades principales están: a) evaluación psicológica, h) tratamiento psicológico, y c,) investigación psicológica”* (p. 1). Finalmente Phares (1999) define la psicología clínica como *“un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal”* (p. 3).

## **1.6. Las funciones del psicólogo de la salud**

Las funciones del psicólogo de la salud son variadas. No obstante, diversos autores (Buela-Casal y Carboles, 1996; Ballester, 1997; Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Morales, 1999; Godoy, 1999; Ardila, 2000 y Oblitas y Becoña, 2000) las agrupan en las siguientes actividades: evaluación, diagnóstico, intervención y tratamiento, técnicas y procedimientos de intervención, investigación, enseñanza y supervisión; que a su vez requieren determinadas especificaciones.

### **1.6.1. Evaluación**

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos

complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la cual comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

### **1.6.2. Diagnóstico**

Se refiere a la identificación y rotulación del problema conductual, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. Sin embargo, en los esfuerzos por superar el problema de la clasificación psiquiátrica, los psicólogos de la salud postulan tres amplias estrategias: 1. Abandonar todo intento de clasificar. Las bases del abandono total se establecen en dos argumentos: a) enfoque rogeriano y conductual, guesáltico, etc. porque violenta o distorsiona aquello que se intenta caracterizar porque la unicidad de cada individuo se pierde y b) una clasificación conlleva un costo social de estigmatización, “enfermo mental”, debido a que se considera que es debido a la totalidad de la persona. 2. Revisar los sistemas clasificatorios muy drásticamente y proponer una clasificación alternativa: se propone hacer más operativo el análisis funcional del comportamiento. Y 3. Redefinir las clasificaciones psiquiátricas.

### **1.6.3. Intervención y tratamiento**

El tratamiento supone intervenciones y aplicaciones de diversas técnicas según el enfoque psicoterapéutico del psicólogo con el objeto de modificar conductas, emociones y cogniciones dirigidos al proceso de salud enfermedad. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva, terapia cognitivo conductual, terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico.

#### **1.6.3.1. Momentos de intervención: promoción y prevención de la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la “Carta de Ottawa” elaborada en 1986, define la promoción de la salud el “*proporcionar a los pueblos medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social; un individuo o grupo debe ser capaz de*

*identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente, la salud, se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana [...] se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud”* (Morales, 1999).

Aunque habitualmente los conceptos de promoción de salud y prevención de la enfermedad se presentan como dos caras de una misma moneda, la realidad es que ambos términos acogen un contenido que, en muchos casos, se está solapando. De hecho resulta difícil encontrar una estrategia de prevención que al mismo tiempo no estuviese al servicio de la promoción de la salud, y viceversa, toda aquellas intervenciones que se orientan a potenciar la salud sirven, en mayor o menor medida, para prevenir la enfermedad.

Los procedimientos, las técnicas y los instrumentos que utiliza el psicólogo tienen un primer encuadre clasificador que viene determinado por el momento de la intervención. La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación (Amigo, Fernández y Pérez, 1998b):

#### **1.6.3.1.1. Prevención primaria**

La prevención primaria se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de las enfermedades en personas sanas, es decir, prevenir hábitos insanos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998b). Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales, así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo (Ardila, 2000). También tiene como objetivo brindar atención a todos los grupos poblacionales. Donde es preciso organizar el sistema de salud por niveles de complejidad creciente. Lograr accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional. Esto implica educación para la salud y una adecuada



organización comunitaria. Por tanto, la atención en salud debe ser: accesible, suficiente, eficiente, racional, continua, oportuna, y personalizada (Ardila, 2000).

#### **1.6.3.1.2. Prevención secundaria**

La prevención secundaria se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta se ha iniciado. Su objetivo es localizar e intervenir, lo antes posible, trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados, cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito (Ardila, 2000).

#### **1.6.3.1.3. Prevención terciaria**

La prevención terciaria se refiere a los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica; por lo que su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento médico, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida del paciente. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación (Ardila, 2000).

#### **1.6.3.2. Técnicas y procedimientos de intervención**

Los psicólogos de la salud utilizan un gran número de técnicas y procedimientos de intervención, que han sido el resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica y de ciencias afines. No se intenta, en ningún caso, la exhaustiva descripción de todas las formas de intervención, a excepción de las técnicas cognitivo-conductuales que serán ampliamente descritas en el capítulo tres de esta tesis. En general las técnicas cognitivas y conductuales son las usadas con mayor frecuencia en el ámbito de la salud por su beneficio costo/eficacia.

#### **1.6.4. Investigación**

La investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud, está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación (Oblitas y Becoña, 2000).

Uno de los temas más investigados en este momento, al que se le está prestando una gran atención, es el referente a las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente. Así mismo, los psicólogos de la salud han investigado otro tipo de temas: trastornos relacionados con exceso de activación o estrés (p. e. trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, asma, etc.), tratamiento del dolor crónico, (p. e. artritis, cefaleas, colitis ulcerosa, dolor producido por cáncer, etc.), preparación para la intervención y para diversas intervenciones médicas (p. e. cirugía, pruebas diagnósticas dolorosas o invasivas), mejora de la adherencia a tratamientos médicos (p. e. toma de medicamentos, diálisis, etc.), mantenimiento y mejora de hábitos de salud y de la calidad de vida, reducción y eliminación de hábitos perjudiciales o de riesgo (p. e. consumo de tabaco, alcohol, etc.). Otra línea de investigación importante ha sido el estudio de los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados han sido el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afectan la salud (Crespo y Cruzado, 2000).

#### **1.6.5. Enseñanza y supervisión**

Los psicólogos de la salud también participan en la educación y el entrenamiento. Muchos psicólogos de la salud han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza a nivel licenciatura y de postgrado, en diversas áreas de la psicología.

La supervisión de un practicante es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen

convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el paciente y se reúna entre sesiones con el supervisor.

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador.

Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, odontólogos, trabajadores sociales, y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención sanitaria.

En resumen, la psicología de la salud es la disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar; su objetivo es estudiar los mecanismos de relación entre el comportamiento y la salud. Por lo que en el capítulo siguiente se aborda los aspectos médicos, psicológicos y sociales del paciente con insuficiencia renal crónica terminal.

Nombre de archivo: A4  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: CAPITULO I  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 08/03/2006 8:58  
Cambio número: 2  
Guardado el: 08/03/2006 8:58  
Guardado por: javier garcia franco  
Tiempo de edición: 1 minuto  
Impreso el: 08/03/2006 8:59  
Última impresión completa  
Número de páginas: 19  
Número de palabras: 6.817 (aprox.)  
Número de caracteres:37.497 (aprox.)

## CAPÍTULO II

### EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

#### 2.1. El paciente crónico

Hablar de un paciente crónico indica que una persona sufre una enfermedad de larga evolución, la mejoría de los síntomas es lenta, pasajera y casi nunca está asintomático. Se define al enfermo crónico como aquel que presenta una enfermedad prolongada o frecuentes recaídas. Todo esto lleva consigo, casi siempre, un proceso invalidante que se desarrolla en tres fases (Rubio, s. f.): 1) deterioro, 2) limitación funcional y 3) incapacitación: dificultad existente de una o más actitudes que, de acuerdo con la edad, sexo, rol social del sujeto es aceptado generalmente como esenciales componentes básicos de la vida diaria, tales como el cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica. Para éste autor las características de los enfermos crónicos son: enfermo permanente, incapacidad residual, largo tiempo de atención hospitalaria y falta de autonomía a veces sin familia o sin poder atenderle.

#### 2.2. Aspectos médicos de la insuficiencia renal crónica

El sistema renal está compuesto por: dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra (Ver figura 1).

Los riñones humanos son dos vísceras de color pardo-rojizo, y contornos lisos, que se localizan en la parte posterior del peritoneo, junto a la columna vertebral (Ver figura 1). Los riñones miden en el adulto unos 11 cm. de alto por 6 cm. de

ancho y 3 cm. de grosor. En general, el riñón izquierdo está un poco más elevado que el derecho. Su peso oscila, aproximadamente, entre 150 y 160 g. en el hombre, siendo ligeramente menor en la mujer (Arévalo, 2003).

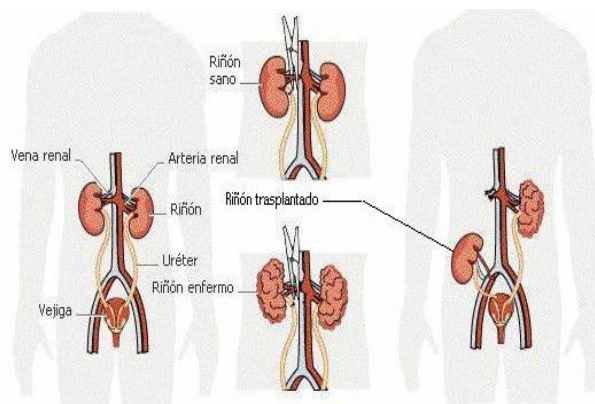


Figura 1. En Enciclopedia Encarta

Los riñones cumplen varias funciones en el organismo, todas de suma importancia: 1) eliminan sustancias que nuestro organismo no necesita, 2) producen hormonas para la formación de glóbulos rojos y de los huesos, 3) regulan la presión arterial y 4) controlan el nivel de líquido y sales del cuerpo (Briggs, Kriz y Schnermann, 1999, y López y Rodríguez, 2003).

Para poder realizar estas funciones, los riñones bombean 189 litros de sangre a través de los 225 Km. de arterias, y 1.5 millones de filtros llamados nefrones repartidas por toda la corteza renal. Por estas estructuras pasa la sangre que es filtrada de sustancias de desecho y agua en exceso formando la orina que es eliminada a través de pequeños tubos que salen del riñón al uréter y por medio de este llega a la vejiga.

### **2.2.1. Definición de insuficiencia renal crónica (IRC)**

Existen diversas definiciones de lo que es la insuficiencia renal crónica (IRC), desde las más generales hasta las más específicas, comencemos con la definición de una enciclopedia médica, la Medline Plus dice que es *“la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos”*. Según Andres (1989) la IRC es *“la pérdida irreversible de nefronas y la consiguiente reducción progresiva del filtrado glomerular”* (p. 161). Peña (2002) dice que *“la insuficiencia renal se caracteriza por la pérdida progresiva de las nefronas, la adaptación funcional de las nefronas y la repercusión que estos trastornos tienen sobre la mayoría de los aparatos y sistemas del cuerpo”*. Finalmente, García (2003) la define *“como la pérdida irreversible y progresiva de la función renal, asociada a una serie de mecanismos de adaptación que permiten al riñón mantener con precisión el balance corporal de agua y solutos”* (p. 1151).

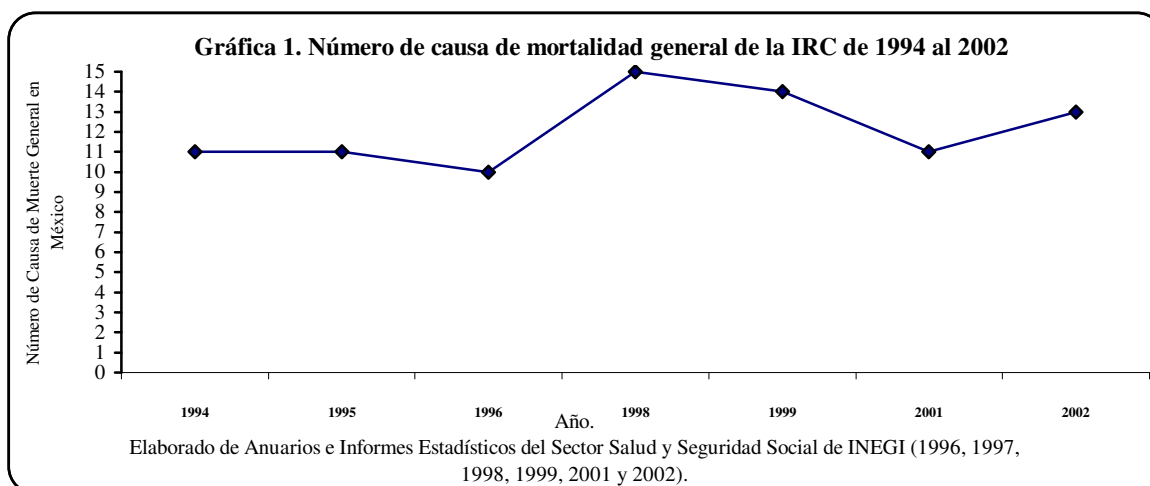
### **2.2.2. Definición de insuficiencia renal crónica terminal**

La *Insuficiencia Renal Crónica Terminal* es una insuficiencia casi total en el funcionamiento del riñón para realizar las funciones renales, pues la función renal es inferior al 10% de lo normal, en esta fase terminal, el paciente tiene que ingresar a un programa de diálisis, hemodiálisis para sustituir parcialmente la función renal o realizarse un trasplante de riñón que le ayude a recuperar la función renal total y así seguir vivo.

### 2.2.3. Incidencia, prevalencia y mortalidad de la IRC en México

En México, hay aproximadamente 40,000<sup>1</sup> pacientes diagnosticados con IRC dentro del programa de diálisis. Al año se presentan 100 nuevos casos de pacientes que desarrollan IRCT por millón de habitantes los cuales son candidatos a procedimientos sustitutivos de función renal con diálisis, hemodiálisis y trasplante (Hernández, 2004).

La IRC es una patología que se encuentra dentro de las primeras 15 causas de muerte en México (Ver gráfica 1) con una media de 12 (11-15) del año de 1994 al 2002 y una mayor defunción de hombres, por ejemplo en 1999 la IRC se encuentra en el número 14 de las principales causas de mortalidad general con 7,807 muertes, de las cuales el 51% (4,011) corresponden a hombres y el 49% (3,795) a mujeres (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999); para el 2001 ya ocupaba el número 11 de las principales causas de mortalidad general con 9,298 muertes (1,491 muertes más que en 1999), de las cuales el 52% (4,805) corresponden a hombres y el 48% (4,489) a mujeres (INEGI, 2002); un año después subió al número 13 de las principales causas de mortalidad general con 8,905 muertes (339 muertes menos que en el 2001), de las cuales el 53% (4,700) corresponden a hombres y el 47% (4,205) a mujeres (INEGI, 2003).



### 2.2.4. Aspectos clínicos de la insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años en los cuales las estructuras internas del riñón se van destruyendo gradualmente. La IRC presenta cuatro etapas diferenciadas (Hernando, 2003): a) Etapa I. Cuando la función del riñón es superior al 30% de la normalidad, el enfermo ha perdido una parte importante de su reserva

<sup>1</sup> Actualmente el ISSSTE atiende a 3,845 pacientes, mientras el IMSS atiende a 35 mil pacientes.

funcional, conserva la normalidad bioquímica y no presenta síntomas de IRC; b) En la Etapa II, con una función del riñón más altos de un tercio de la normalidad, pero inferiores al 50% apareciendo así los primeros síntomas clínicos de IRC; c) En la Etapa III la función del riñón es inferior al 30% y d) En la Etapa IV, también llamada Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), la función renal del paciente es inferior al 10% de lo normal, la urea y la creatinina están marcadamente elevados. En esta etapa, el paciente suele tener manifestaciones múltiples de diversos órganos y sistemas. La presión arterial, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca pueden estar elevadas. Las manifestaciones digestivas del paciente pueden presentarse sólo con anorexia o tener un sangrado digestivo importante. Como manifestaciones cardiorrespiratorias el paciente puede estar ante un edema pulmonar severo. En la piel, su sequedad y pérdida de tersura es el hallazgo más frecuente.

Por lo que el paciente en esta fase requiere obligatoriamente ser sometido con urgencia a tratamiento dialítico de soporte (hemodiálisis regular tres veces por semana o diálisis peritoneal de 4 o 5 cambios diarios), o trasplante renal si las condiciones del paciente lo permiten.

### **2.2.5. Causas de la insuficiencia renal crónica**

Las causas que originan IRC, suelen ser diferentes según áreas geográficas y desarrollo económico de países. En términos muy generales diremos que la IRC puede ser causada por enfermedades que afectan primariamente y casi exclusivamente al riñón y por enfermedades sistémicas que terminan comprometiendo la función renal como parte de su evolución natural. En México la diabetes y la hipertensión son las principales causas de IRC (Tapia y Olaiz, 1999). Para Praga (2002) las causas principales son: 1) Diabetes mellitus, 2) Enfermedad poliquística del riñón, 3) Glomerulonefritis, 4) Hipertensión arterial, 5) Nefrolitiasis, 6) Nefropatía por analgésicos, 7) Nefropatía por reflujo, 8) Traumatismo por accidente, 9) Uropatía obstructiva.

### **2.2.6. Síntomas de la insuficiencia renal crónica**

Según Levine (1993) los principales síntomas de la IRC son los siguientes:



1. **Síntomas iniciales** (pueden ser no específicos): pérdida de peso no intencional, náuseas, vómito, sensación de malestar general, fatiga, dolor de cabeza persistente, hipo frecuente, picazón (prurito) generalizado.
2. **Síntomas posteriores**: producción disminuida de orina o mayor volumen de orina, necesidad de micción durante la noche, se forman fácilmente magulladuras ("moretones") o se produce sangrado, puede haber sangre en el vómito o en las heces, baja concentración, somnolencia, letargo, coma, contorsión muscular o calambres, pigmentación aumentada de la pie (puede lucir amarillenta o marrón), escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta), sensibilidad disminuida en las manos, pies y otras zonas del cuerpo.

**2.2.7. Tratamiento médico de la insuficiencia renal crónica**

Durante casi 30 años se ha usado la diálisis para conservar la vida de personas en fase terminal de nefropatía. El tratamiento de la IRC se conforma de: diálisis, hemodiálisis (se recomienda a Oberley, Dorian y Schatell, 1995), restricciones dietéticas, medicamentos y trasplante renal (Ver tabla 2).

Slaikeu (1988) menciona que los objetivos del tratamiento varían en relación a la fase en la que se encuentra el paciente, siendo los más importantes los siguientes: a) procurar la máxima calidad de vida del paciente durante todas las etapas de su tratamiento; b) retardar el progresión de daño al riñón y otros órganos; c) revertir y/o aminorar el síndrome urémico; d) evitar y/o corregir las complicaciones consecutivas al tratamiento del síndrome urémico.

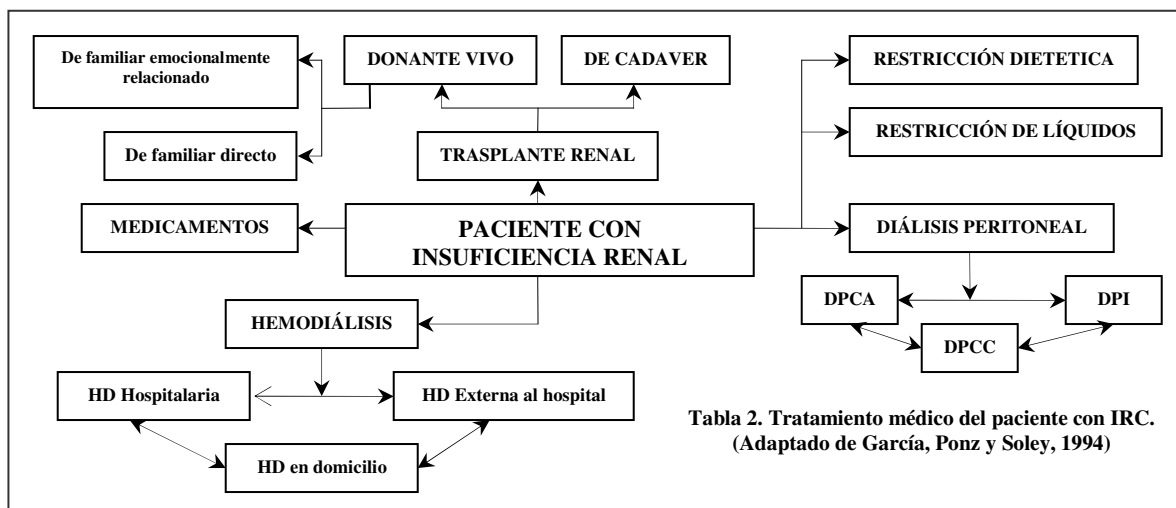


Tabla 2. Tratamiento médico del paciente con IRC. (Adaptado de García, Ponz y Soley, 1994)

### 2.2.7.1. Diálisis peritoneal

#### 2.2.7.1.1. Definición de Diálisis Peritoneal

La Diálisis Peritoneal consiste en introducir líquido de diálisis a la cavidad peritoneal, utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre de desechos tóxicos dañinos al organismo y eliminan el exceso de agua. El peritoneo es una membrana delgada y semipermeable que se encuentra en el interior del abdomen; recubre y mantiene en su lugar al estómago, hígado y demás órganos (Ver figura 3) (Venkatesas, Hamilton y Shapiro, 1999).

#### 2.2.7.1.2. Accesos para diálisis peritoneal

El éxito de la diálisis peritoneal crónica está directamente relacionado con un acceso seguro y permanente a la cavidad peritoneal. La infusión y el drenaje de la solución de diálisis se realizan mediante el implante del catéter peritoneal. El catéter es un tubo plástico, siliconado, flexible y compatible para uso interno en el organismo que puede tener tamaños variados y puede ser recto o curvo, dependiendo de la elección médica y de la contextura física del paciente (Ver figura 2).

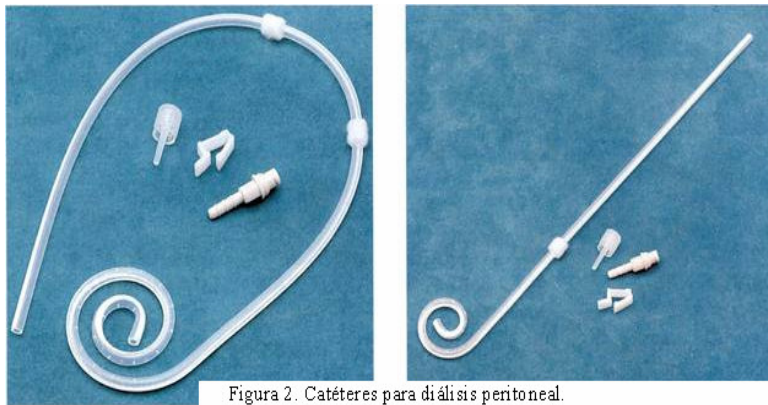


Figura 2. Catéteres para diálisis peritoneal.

El acceso a la cavidad peritoneal se realiza a través de una pequeña incisión o apertura de un pequeño orificio realizada con un instrumento llamado "trocar", que dará acceso permanente a la cavidad peritoneal. Luego de su implantación, unos centímetros del catéter se dejan sobresalir del abdomen y se lo cierra debidamente con un pequeño equipo de transferencia y un tapón que, una vez cerrados y fijados, se mantendrán debajo de la ropa. Existen dos métodos de instalación: el percutáneo, que se realiza con anestesia local por el nefrólogo o cirujano, el cual dirige y coloca el catéter por medio de una guía; y el quirúrgico, que se realiza en quirófano por un cirujano con anestesia general o local.

### 2.2.7.1.3. Modalidades de diálisis peritoneal

Los pacientes con IRC pueden ingresar a diversas modalidades de diálisis peritoneal: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, Diálisis Peritoneal Intermitente y Diálisis Peritoneal Continua por Cicladota (Ver tabla 2)<sup>2</sup>.

#### 1. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

El tratamiento estándar con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) consiste en cuatro intercambios diarios de dos litros de solución de diálisis, con un período de permanencia interperitoneal de cinco horas con un horario de siete de la mañana a diez de la noche. Se utilizan bolsas de plástico distensibles de tres litros de capacidad que contiene dos litros de solución de diálisis estéril, que es transferida por gravedad a la cavidad peritoneal a través de un catéter fijo. Este líquido se drena, una vez transcurrido el período de permanencia, también por gravedad a la bolsa previamente vacía. Al final de cada ciclo se instala de nuevo líquido fresco iniciándose un nuevo ciclo. Es una técnica de diálisis continua, ya que la cavidad peritoneal siempre tiene un volumen de alrededor de dos litros de solución de diálisis. El tiempo de diálisis es de 24 horas al día, los siete días de la semana. El paciente efectúa esta maniobra en su domicilio, lo que supone dedicar a este trabajo aproximadamente una hora de su tiempo, en cuatro ocasiones a lo largo del día. Estos dos aspectos, el que se trate de una técnica de diálisis continua y ambulatoria, definen y caracteriza a este tipo de diálisis peritoneal (García y Luño, 1994).



Figura 3. Diálisis peritoneal.

#### 2. Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI)

La Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) es la misma técnica antes mencionada, sólo que esta técnica se realiza generalmente después de ser colocado el catéter para diálisis, y en el lapso de capacitación del paciente y sus familiares para realizar la técnica en su propio hogar (Ver figura 3). El tratamiento estándar con DPI se realiza semanalmente en un área específica con personal capacitado, los cambios de solución de diálisis se realizan cada 30

<sup>2</sup> Para el procedimiento de la técnica paso a paso se recomienda visitar [www.baxter.com.mx](http://www.baxter.com.mx)

minutos, hasta completar un total de 24 recambios o más, egresando al paciente y citándolo a la siguiente semana (Cruz, 2004).

### 3. Diálisis Peritoneal Continua por Cicladota (DPCC)

La Diálisis Peritoneal Continua por Cicladota (DPCC) tiene sus fundamentos en el concepto de diálisis por equilibrio o diálisis peritoneal continua ambulatoria, pero incorpora la automatización de cambios de solución dialítica. La DPCC utiliza múltiples cambios de corta duración durante la noche (ciclo nocturno) y un lavado prolongado durante el día (ciclo diurno). La intervención primordial de la DPCC es proveer diálisis peritoneal continua de manera conveniente y automática, eliminando todos los procedimientos y cambios de dializado a lo largo del día. La intención secundaria es la prevención de la peritonitis eliminando muchas de las desconexiones



Figura 4. DPCC: maquina HomeChoice de Baxter.

necesarias en la DPCA (Díaz, 1994). Actualmente en México la DPCC se realiza únicamente con la maquina Home Choice de la empresa Baxter (Ver figura 4), este procedimiento es de gran beneficio para el paciente pues tiene todo el día para realizar diversas actividades como el trabajo, situación no permitida por la DPCA (Baxter, 2003).

#### 2.2.7.2. Hemodiálisis

La hemodiálisis es un tratamiento que permite remover las toxinas y el exceso de líquidos mediante el uso de una máquina y un dializador, también conocido como: riñón artificial. Los pacientes en Hemodiálisis requieren ser dializados tres veces por semana durante 4 horas. Una porción de sangre es extraída del paciente a través del acceso vascular (ya sea catéter o fístula) limpiada a través de un filtro o dializador. Posteriormente la sangre regresa al organismo, por el mismo acceso vascular (Venkatesas, et al. 1999).

Las toxinas y el exceso de líquidos se acumulan en el cuerpo del paciente, entre cada sesión, por lo que la dieta e ingesta de líquidos es muy restringida. El principal riesgo en esta terapia es la posible formación de coágulos dentro del sistema, así como las infecciones del acceso vascular.

### **2.2.7.3. Trasplante de riñón**

En las operaciones de trasplante de riñón el órgano donado puede proceder de un familiar directo del paciente, un hijo por ejemplo, de un cadáver recién fallecido o de un familiar emocionalmente relacionado, como el esposo o un amigo. El riñón donado se extirpa pinzando y cortando la arteria y la vena renal. Los riñones enfermos pueden mantenerse en su lugar, o uno o ambos pueden ser extirpados si originan una infección persistente o una elevación de la tensión arterial. El riñón donado es situado en la región pélvica del individuo receptor y la arteria y la vena renal se unen al sistema circulatorio (Ver figura 1). Tanto el donante como el receptor pueden llevar una vida normal con sólo un riñón (Encarta, 2004). Sin embargo, sólo 16 de cada cien pacientes en diálisis recibe un trasplante de riñón (Treviño, 2004). El costo de un trasplante de riñón en el IMSS va de los 190 a los 220 mil pesos y el tratamiento, con inmunosupresores (medicamentos para evitar el rechazo del órgano) oscila entre los 79 mil y los 110 mil pesos, o sea la mitad de lo que la diálisis peritoneal (IMSS, 2003a).

## **2.3. Aspectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica**

Las personas con IRC en diálisis, sufren cambios psicológicos, sociales y en su estilo de vida, que afecta, también, a toda su familia. A continuación se exponen los aspectos psicológicos tanto del paciente renal como del familiar.

### **2.3.1. Problemas psicológicos comunes en pacientes con insuficiencia renal crónica**

Los pacientes tratados con diálisis peritoneal, en sus tres modalidades, están ligados a un ritual diario repetitivo para realizar los recambios del líquido, es decir, el paciente deberá afrontar no sólo el hecho de padecer una enfermedad incurable, sino también a la necesidad de someterse a un procedimiento dialítico para seguir vivo y esta realidad supondrá un corte radical en sus vidas, existiendo un antes y un después de la diálisis.

En conjunto, la respuesta psicológica de un paciente determinado a la enfermedad dependerá de su personalidad previa, del grado de apoyo familiar y social, y del curso de la enfermedad subyacente (Levy, 1996). Sin embargo, a medida que transcurre el tratamiento, las respuestas conductuales, de afecto y cognitivas de desesperanza, invalidez y angustia que surgen van siendo comunes a todos los pacientes, por ello la calidad de vida que logre

será resultado, además de la adecuación médica de su diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de sus redes sociales, como lo es la familia, el equipo de salud y la inclusión social (Levy y Wynbrandt, 1975). Así mismo, Vinokur y Bueno (2002) en su práctica con pacientes dializados en Argentina observaron que en muchos casos el nivel cultural influye en la adaptación a la enfermedad, encontrándose en niveles socioculturales bajos menor adaptación y mayores exigencias.<sup>3</sup>

En la investigación que realizaron estos autores con 21 pacientes en diálisis con el objetivo de evaluar procesos y reacciones psicológicas del paciente en diálisis, su contexto familiar y la utilidad del abordaje psicológico en los mismos. Encontraron angustia en el 100% de los casos que fue acompañado por sentimientos de incapacidad (90% de los casos), ansiedad (80%), disminución del interés o del placer en todas las actividades (70%), depresión de diferentes grados (50%), irritabilidad (40%), deterioro socio-familiar (40%), disfunción sexual (20%), negación (1%).

Para Levy (1996) los problemas psicológicos más importantes en los pacientes en diálisis son: depresión, suicidio, conducta poco cooperativa, disfunción sexual, estrés, ansiedad. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos:

### **2.3.1.1. Depresión**

La depresión es la complicación psicológica más frecuente en los pacientes en diálisis. En un estudio realizado por Ciro, Medina, Alvarado y Cortés (2003) con 87 pacientes en diálisis concluyeron que en la población mexicana adulta mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, el síndrome depresivo es similar al reportado en la literatura mundial, ya que se encontró una prevalencia poco mayor al 40%. Existiendo factores psicosociales que incrementan el riesgo del síndrome depresivo, como: dependencia económica, sexo femenino, discapacidades (disminución de la agudeza auditiva y visual, uso de bastón o andadera), falta de una pareja.

Conductualmente hablando, en 1975 Skinner definió la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social, es decir, la disminución de conductas

---

<sup>3</sup> Sin embargo, en su artículo no queda claro en que sustentan esta afirmación.

funcionales debido a que ya no reciben la satisfacción positiva que antes de la enfermedad provocaban en la persona. Una hipótesis supone que una alta tasa de experiencias castigantes (por ejemplo, interacciones aversivas, estresantes, desagradables o trastornantes) también causan depresión. Las interacciones castigantes o punitivas con el medio ambiente pueden causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con el disfrute de actividades potencialmente reforzantes. La ausencia de eventos reforzantes que son relevantes a la depresión puede ser de varias clases como: las experiencias sexuales, relaciones sociales, actividades recreativas en el hogar, soledad y experiencias en donde se compete. Sin embargo, hace falta un componente importante para entender la depresión y es el componente cognitivo, Beck, et al. (1983) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y distorsiones cognitivas que aplicado a los pacientes con IRCT:

1. La tríada cognitiva consiste de tres patrones cognitivos que controlan la ideación:
  - Una visión negativa de uno mismo. En el que el paciente con IRCT puede verse ante la enfermedad desgraciado (con pensamientos como “*me he enfermado por haber sido una mala persona*” o “*por que yo y no otro*”) torpe (con pensamientos como “*no soy capaz de hacer nada*” o “*soy un inútil*”) con poca valía (con pensamientos como “*ahora que estoy enfermo no le importare a nadie*” o “*soy una carga para mi familia*”). Por lo que tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Así pues, el paciente tiende a subestimarse y a criticarse así mismo en basa a su enfermedad, pensando así que la IRC delimita su capacidad para lograr su alegría o felicidad.
  - Una visión negativa del futuro. Recordemos que la IRCT es una enfermedad crónica que aumentan la probabilidad de muerte en el paciente, por lo que los objetivos a largo plazo se ven interrumpidos e inalcanzables, pues se anticipa que la enfermedad seguirá provocando sus dificultades y sufrimiento durante largo tiempo.
  - Una visión negativa del mundo.
2. Los esquemas cognitivos constituyen una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes al si mismo, los eventos,

las personas y las cosas. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las creencias y supuestos personales, se supone, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria.

**3. Las distorsiones cognitivas incluyen:**

- La inferencia arbitraria, se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o ésta es contraria a las conclusiones, el paciente puede ver que un médico o una enfermera no lo atiende y pasa de largo cuando le habla, cuando existe la posibilidad de que estos no lo hayan escuchado.
- La abstracción selectiva, el paciente se centra en un detalle específico extraído de un contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.
- La sobregeneralización, se refiere a al proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de uno o varios hechos aislados, por ejemplo el paciente puede pensar “*nunca lograre hacer bien todos los pasos de la diálisis*” cuando a tenido unos pocos errores en el entrenamiento.
- La magnificación, es la tendencia a ver los eventos como mucho más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que objetivamente son, por ejemplo el paciente puede pensar que el entrar a diálisis es lo peor que le pueda pasar, a pesar de los grandes beneficios para su persona.
- La minimización, es cuando el paciente tiende a ver los eventos como poco importantes, el paciente puede pensar que el no elaborar uno de los cuatro cambios o los cuatro cambios de diálisis requeridos en la DPCA no tendrá ninguna consecuencia negativa, y
- Pensamiento absolutista dicotómico, que es la tendencia a clasificar todas las experiencias a partir de una o dos categorías opuestas, el paciente puede pensar que en términos de bueno o malo, podría decir “*he sido una persona mala, por eso me he enfermado*”.

### **2.3.1.2. Suicidio**

Aproximadamente 1 de cada 500 pacientes en diálisis se suicida. Numerosos pacientes realizan en una o más ocasiones tentativas de suicidio. Un número indeterminado de muertes en los pacientes en diálisis causadas por transgresiones dietéticas y/o falta de



cumplimiento del tratamiento puede relacionarse también con el suicidio. Debe tenerse siempre presente el elevado riesgo de suicidio de esta población.

### **2.3.1.3. Conducta poco cooperativa**

La irritabilidad es común entre los pacientes que padecen una enfermedad crónica y no es de extrañar que una minoría sustancial de los pacientes en diálisis presente una conducta que moleste al personal de diálisis. Es preferible no provocar tales conductas y escuchar al paciente tratando de comprenderlo. A menudo el paciente no conoce las razones de su irritabilidad y conducta poco cooperativa, y es necesario buscarlas cuidadosamente en su entorno familiar y laboral. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia deben tolerarse conductas que puedan ser peligrosas para el enfermo, para otros pacientes o para el personal de la unidad de diálisis.

### **2.3.1.4. Disfunción sexual**

Ambos sexos de pacientes en diálisis presentan con frecuencia dificultades sexuales. La disfunción sexual es un problema muy frecuente que afecta a la mayoría de los hombres en tratamiento con hemodiálisis y DPCA. Los síntomas de la disfunción sexual son disminución o pérdida de la libido, alteración de la erección del pene, ausencia de eyaculación y dificultad para lograr el coito. La disfunción eréctil es el más común en ellos; afecta la relación de pareja, el ego y la autoestima y altera la calidad de vida de los pacientes. Son muchas las posibles etiologías implicadas en esta disfunción sexual; por un lado se encuentran las alteraciones orgánicas como son los factores endocrinos-metabólicos (disfunciones gonadales, niveles elevados de Prolactina, PTH o Zinc, etc.) y por el otro las alteraciones psicológicas (distorsión de la imagen corporal, la ansiedad, etc.) (Montes y Bayle, s. f.). Kaplan, Valette y Warner (1999) presentan un tratamiento que resultó efectivo para la disfunción sexual en hombres en hemodiálisis y DPCA en que se les inyectaba alprostadil intracavernoso (AIC) en la base del pene a seis pacientes; se observaron erecciones en 86% de éstos y coitos; concluyen que el AIC es una terapéutica efectiva, con dolor de pene como síntoma adverso serio, y mejora la calidad de vida de los pacientes. Así mismo, las mujeres en diálisis presentan una disminución de orgasmos durante las relaciones sexuales. Todos los pacientes mantienen relaciones sexuales con mucha menor

frecuencia que antes de estar en diálisis. Sin embargo el origen de la impotencia en los pacientes en diálisis es a menudo primariamente orgánico, relacionado con los cambios hormonales asociados a la uremia, con la diabetes, con la vasculopatía o con el uso de antidepresivos.

#### **2.3.1.5. Estrés asociado a la diálisis**

La diálisis somete al paciente a múltiples eventos estresantes, entre los que cabría destacar los siguientes (Amigo, et al. 1998b):

- La toma de conciencia por parte del enfermo de que su vida se encuentra amenazada ya que la mortalidad de los pacientes renales es alta, y muchas veces pueden ser testigos de las complicaciones del tratamiento en otros enfermos e, incluso, del fallecimiento de alguno de ellos.
- El deterioro físico y cognitivo que se acaba observando en el paciente debido a las complicaciones urológicas, nefrológicas y endocrinas de la enfermedad. Así, por ejemplo, la fluctuación de la uremia causa una importante reducción de la energía física, y es frecuente la sensación permanente de encontrarse enfermo, debido a síntomas tales como náuseas, fatiga, mareos, dificultades para dormir, prurito, incapacidad para concentrarse y deterioro en huesos y nervios.
- Por otra parte, también son frecuentes las consecuencias secundarias negativas, asociadas a la diálisis, como la pérdida de empleo, las restricciones económicas que ello supone o las limitaciones para viajar o realizar determinadas actividades de ocio. De hecho, suele ocurrir que la mayor parte de los pacientes acaban centrando su interés, únicamente, en las actividades familiares.
- La rotación continuada del personal del servicio y, sobre todo, las inconsistencias en la enseñanza del autocuidado que pudieran darse a los pacientes constituyen, a menudo, una causa de estrés para éstos.

Claro está que el efecto de estos factores estresantes está determinado por las circunstancias particulares que rodean a cada paciente. Long (1995), observó que la aparición repentina de la enfermedad renal se asocia con la presencia de un mayor número de problemas emocionales que cuando los pacientes son atendidos en una situación de prediálisis en la que es posible proporcionarles una cierta preparación práctica e, incluso,

psicológica, para el tratamiento. En cualquier caso, el mayor número de problemas y alteraciones psicológicas parecen observarse en los pacientes más jóvenes que llevan un año o menos en diálisis, a los que se ponen más restricciones en la ingesta de líquidos y los que gozaban de una vida satisfactoria antes de ingresar en tratamiento. Por su parte, los pacientes del sexo masculino de más de 50 años que carecen de actividades vocacionales son los que también muestran una mala adaptación a la enfermedad.

#### **2.3.1.6. Ansiedad**

Wolpe, quien fuera uno de los primeros psicólogos en proponer técnicas para su disminución, decía que la ansiedad es un patrón de la actividad del sistema nervioso simpático que tiene lugar cuando una persona cree que está expuesta a amenazas o daños. La actividad del componente simpático del sistema nervioso autónomo es la que está asociada con una activación emocional elevada. Los cambios corporales asociados con un aumento de la activación autónoma consisten en: elevación de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca, aumento de la circulación sanguínea en los grandes músculos voluntarios junto con una disminución de la circulación sanguínea en el estómago, dilatación de las pupilas y sequedad de boca.

Así mismo, la ansiedad la podemos dividir en anticipatorio y recurrente, la primera se presenta cuando el paciente piensa que al estar en una situación futura dentro de poco tiempo ocurrirá algo que lo avergüence y que incluso tiene reacciones de tipo fisiológico que le indican que estará en una situación peligrosa y que tiene potencialmente riesgo de perder el control, p. e. un paciente con IRC que se le avisa que en unas horas pasara la visita de los médicos, el paciente puede anticipar pensamiento de vergüenza o incapacidad para responder ante las preguntas de éstos. En cuanto a la ansiedad recurrente, también llamada “segundo temor” o “miedo a tener miedo”, se refiere al malestar que experimenta la gente sobre las consecuencias de sus reacciones de temor, es decir, el paciente con IRC en la situación de su capacitación para realizar el procedimiento, tan importante, de la diálisis (situación que exige competencia o capacidad de...) puede tener miedo a que su ansiedad experimentada en ese momento alcance un nivel en el que pierda el control y se expondrá a consecuencias desastrosas, como el ser corregido por la enfermera; esta misma situación de ansiedad recurrente puede presentarse a la hora de realizar el procedimiento en

su hogar, ya que su ansiedad al realizar el procedimiento solo, sin la asesoría de una enfermera, puedan generar errores en el procedimiento, p. e. saltarse uno de los tres lavados de manos, que pueden tener consecuencias negativas como una posible peritonitis.

### **2.3.2. Etapas que viven los pacientes con insuficiencia renal crónica**

Ante el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica que modifica el proyecto de vida y la calidad de la misma, como es el ingreso a diálisis, habitualmente se pasa por varias etapas que reflejan los mecanismos de adaptación que se desarrollan y que son comunes frente a cualquier enfermedad, estas dependen de una serie de variables del paciente, como su educación, historia personal, creencias, valores, desarrollo espiritual y todas ellas determinarán el comportamiento y participación en los tratamientos y rehabilitación posible (Bleger, 1980).

Algunos al escuchar el diagnóstico tendrán una actitud de rechazo, de no creer y buscarán otras opiniones en la esperanza de que exista un error. Habrá otros que asumirán su enfermedad con una actitud positiva en forma rápida, encontrando nuevas maneras y formas de vida incorporando su dolencia y el tratamiento en su vida diaria. Por otro lado, Rolland (citado en Trinidad, s. f.) menciona tres fases diferenciadas por las cuales atraviesa el paciente de IRC, estas son: la fase de crisis, fase crónica y fase terminal.

#### **2.3.2.1. Etapa de crisis**

El estado de crisis se caracteriza por el desequilibrio, introduciendo desorganización, confusión, afectando a distintos aspectos de la vida de una persona: sus pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico. Se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales (urgencia, medicina interna) y de nefrología (área de diálisis). También se inicia la relación médico-paciente y se solicita y recibe, en algunos casos, la información de la enfermedad. Comienza así el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad.

Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá a alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia, este estado de conmoción influye en la calidad de las relaciones y la comunicación con el mundo exterior imposibilitando incluso

la petición de información hacia el médico, esta dificultad se aprecia en los momentos en que la familia necesita ayuda de su red social en mayor grado para evitar una respuesta emocional exagerada y poder cumplir con las complicadas y desgastadas tareas que esta por iniciar.

El personal sanitario debe tomar conciencia de estos procesos y dedicar a la información el tiempo que sea necesario, no sólo porque una correcta información es un derecho de todo enfermo y su familia desde el punto de vista ético, sino también debe valorar el papel tan importante que la información tiene en el ámbito preventivo.

Una persona que acaba de ser informado de que padece IRC y que a corto o medio plazo, puede entrar en diálisis, además de la falta de éxito para resolver problemas y la permanencia del impacto del suceso, en este caso el diagnóstico, produce un aumento considerable de trastornos psicológicos comunes en el paciente renal como la depresión, ansiedad, estrés, etc.

La enfermedad no sólo supone una amenaza a la integridad física del enfermo, sino que también constituye una amenaza a su salud psíquica y la de su grupo familiar. La resolución de la crisis tanto en el ámbito individual como familiar supone además de la restauración del equilibrio, el dominio cognitivo de la situación y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, cambios de conducta y uso apropiado de los recursos externos.

### **2.3.2.2. Etapa crónica**

Se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que venía desempeñando el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros del sistema familiar, permitiendo que éste reasuma dichas funciones en los momentos de estabilización de la enfermedad, si es que puede lograrlo. También es el momento en que se produce la designación y aceptación del rol de cuidador principal. La familia también se plantea estrategias para tratar de hacer compatibles los cuidados del paciente, intentando que se interrumpa lo menos posible el ciclo vital de cada uno de ellos y en general, que se puedan llevar a cabo en la medida de lo posible, los planes de todos.

En el caso de las enfermedades crónicas, como la IRC, se describen una serie de alteraciones producidas en la familia por el impacto de la enfermedad, estas alteraciones

pueden ser de tres grandes tipos: alteraciones estructurales; alteraciones procesuales y alteraciones de la respuesta emocional.

### **2.3.2.3. Etapa terminal**

La familia se centra fundamentalmente en el apoyo emocional y físico al miembro enfermo, estableciendo mecanismos de duelo anticipado, de esta manera se puede producir una recapitulación, se finalizan los asuntos pendientes y la familia probablemente activa procesos que posibiliten y garanticen su continuidad.

### **2.3.3. El paciente con IRC al ingresar a diálisis**

El ingreso a diálisis, marca en la vida del paciente, un antes y un después. Se organiza una situación nueva que determina cambios, más o menos profundos en su personalidad y promueve un repertorio de reacciones adversas. Los procesos psicológicos de adaptación que los pacientes presentan al ingresar a diálisis básicamente son<sup>4</sup> (Bueno e Inchausti, 1998):

- *Negación o Rechazo*: Surgen sentimientos difíciles de regularizar, que con frecuencia se dirigen hacia los profesionales (acerca de su incapacidad profesional) y otras veces hacia los familiares o hacia sí mismos.
- *Regresión o Disociación*: Idealizando lo que ya no posee y exagerando todo lo que tuvo anteriormente, con lo cual no encuentra nada para apoyarse en su situación actual.
- *Depresión*: Aparece la tristeza sustituyendo la agresividad, empieza a admitir la existencia de la enfermedad, a medida que la negación y la ira han ido desapareciendo, aumenta la sensación de lo que ha perdido y con ello la somatización de la depresión.
- *Aceptación*: Asume su enfermedad y empieza a comprobar que puede vivir, a pesar de lo perdido.

---

<sup>4</sup> De manera general los autores, basados en los trabajos pioneros de Elizabeth Kübler-Ross, que tratan el proceso del duelo lo dividen en cinco etapas que, según ellos, siguen ese orden. Sin embargo, Thomas (1991) hace una excelente objeción a Kübler-Ross diciendo que al abordar el duelo de esa manera no toma en cuenta que las etapas pueden superponerse, que ciertos retrocesos, siempre posibles, implican la reiniciación del proceso; que ciertas etapas, en especial la de las defensas, pueden estar ausentes en el caso de los niños o de algunos ancianos que llegan rápidamente a la aceptación; que el choque es más o menos acentuado y que la depresión por lo general, dura más tiempo que el rechazo.

La adaptación emocional del paciente renal a la diálisis se realiza de manera gradual, con el objetivo de lograr cierto equilibrio una vez que se hayan elaborado las limitaciones y perturbaciones propias de la enfermedad y el tratamiento, en este proceso de asimilación y acomodación queda comprometida la personalidad del paciente quien debe reformular todos sus roles en base a las perturbaciones físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad, que generan un cambio en su estilo de vida y en el de su familia. En este proceso adaptativo, Allemand y Martín (1997), mencionan que cada paciente utiliza determinados mecanismos psicológicos que le permiten de un modo particular tratar su tendencia a la regresión, a la dependencia, a la pasividad, sus conductas agresivas, su depresión, los conflictos en los vínculos que establece, de esta manera hay una tendencia al englobar sus intereses, y a replegarse sobre sí mismo, con dificultades para idear un proyecto de vida que incluya los aspectos más adecuados de su personalidad.

#### **2.3.4. Afectación de la insuficiencia renal crónica en el grupo familiar**

Los miembros de la familia pueden sentir que el presente y las expectativas que tienen de la vida sobre el familiar enfermo se desploman, especialmente si no tenían información previa y el diagnóstico no se sospechaba, ellos pueden sentir frustración, rabia y desamparo, porque no pueden hacer nada para recuperar la salud de su familiar, y esto en ocasiones hace presente el miedo a un sufrimiento que pueda provocar la enfermedad y la muerte eventual de quien la está padeciendo, otras veces el familiar, se siente con culpa por no haber dado mayor importancia a la enfermedad y haberse mostrado indiferente a la atención en las etapas de diagnóstico y/o inicio del tratamiento. También puede ocurrir un período de confusión y de tensión en la medida en que cada miembro de la familia intenta enfrentar las demandas y exigencias propias de la enfermedad, las expectativas de la respuesta al tratamiento y la alteración de la vida familiar.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto

determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo (Rodríguez y Rodríguez, 2004).

La familia y los amigos cercanos son de vital importancia en el apoyo afectivo-emocional a la persona que está padeciendo la enfermedad, por ello mantenerse atento y alerta a las necesidades de información, reconocimiento y amor expresados en forma directa o indirecta, son claves importantes de apoyo además, de que al permitirle al paciente expresar sus sentimientos y emociones con libertad, con aceptación y sin censura ni juicios de valor, le darán una oportunidad de desahogar tensiones y preocupaciones relacionadas con la enfermedad.

La información acerca de la naturaleza de la enfermedad, la elaboración de unas expectativas realistas respecto a la evolución del miembro enfermo y el entrenamiento en la resolución de problemas que pueden aparecer asociados al padecimiento de estos trastornos, son aspectos fundamentales a desarrollar en el trabajo con estas familias de enfermos.

Pero en realidad el cuidado del familiar enfermo, no se encuentra a cargo de toda la familia, ya que siempre existe un cuidador primario o principal que asume el cuidado del enfermo, la designación sigue una serie de pautas culturales, por ejemplo en la cultura occidental, es una función cubierta fundamentalmente por miembros de la misma familia, y hasta ahora predominantemente pertenecientes al sexo femenino.

Definimos, aquí, al familiar como cuidador o cuidadores, aunque en la mayoría de los casos es solo una persona, quienes, por diferentes motivos, coinciden en la labor en la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitiendo que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone. En las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo. La vida de aquellas personas que atienden a una persona con enfermedad crónica puede verse afectada de muchas maneras, es frecuente que los cuidadores experimenten cambios en las siguientes áreas: en las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2004).



En este tema llama la atención que el cuidado no se reparte entre distintos miembros del grupo, sino que se deposita en uno solo de sus miembros, esta medida parece injusta porque produce la sobrecarga de uno de ellos, el del cuidador, pero al parecer, es funcional, ya que permite garantizar los cuidados del enfermo (tanto físicos como psíquicos) por una parte y por otro, la continuidad de la vida familiar.

La función de cuidador principal, según Martínez (1994), presupone una gran entrega y abnegación, se establece una estrecha relación entre el enfermo y su cuidador y se intenta que la familia continúe funcionando en términos similares antes de la incursión de la enfermedad, pero esta relación tan peculiar está marcada por una profunda dependencia mutua.

Otro problema importante lo constituye el tema del respiro del cuidador principal, o sea el tiempo que necesita estar absuelto de la atención al paciente, el respiro es un tiempo necesario para garantizar la salud mental del cuidador principal, su recuperación física y garantizar la continuidad dentro de lo posible, de su evolución individual y el logro de sus proyectos, por lo que trabajar con el cuidador principal significa sin duda no sólo hacerlo en relación a la calidad de los cuidados, sino también a la prevención de aspectos relacionados con la salud mental de ambos miembros de la relación.

### **2.3.5. Algunos tratamientos psicológicos del paciente con IRC**

Aunque es cada vez mayor el número de estudios publicados sobre el tema, son pocos, todavía, los trabajos bien controlados que permiten delimitar el alcance de la terapia cognitiva conductual en este trastorno. Se trata, en su mayoría, de estudios de caso que tan sólo posibilitan vislumbrar algunas vías de acción. Básicamente, las intervenciones desarrolladas han abordado los siguientes problemas (Amigo, et al. 1998b):

#### **2.3.5.1. Tratamiento de la ansiedad**

Diversas investigaciones han demostrado la utilidad del entrenamiento en relajación muscular progresiva y del biofeedback para el control de crisis de ansiedad, ansiedad generalizada y cefaleas en los pacientes sometidos a diálisis. En un estudio de caso muy ilustrativo Cooley, Sutton, Melamed y Privette (1985, citados en Amigo, et al. 1998b) mostraron la posibilidad de reducir los vómitos que acompañan a la hemodiálisis aliviando

la ansiedad que puede provocar el tratamiento y eliminando las contingencias (particularmente la atención que presta el personal del servicio a estas conductas) que mantienen el problema. Se consiguió inhibir el habitual juego de suspiros y náuseas que precede al vómito mediante el entrenamiento en relajación progresiva, manejo de contingencias, establecimiento de metas y desensibilización sistemática.

#### **2.3.5.2. Adhesión a la dieta y a las restricciones de líquidos**

La economía de fichas se ha utilizado con objeto de reducir la ganancia de peso entre sesiones tanto en adultos como en niños (Hart, 1979; Wysocki, Herr y Fryar, 1990 citados en Amigo, et al. 1998b). Siguiendo la misma lógica, el contrato conductual también se ha utilizado; sin embargo, a pesar de que sus efectos a corto plazo parecen altamente beneficiosos, los resultados de distintos estudios son dispares a largo plazo (Long, 1995). En cualquier caso, parece confirmarse que las estrategias de manejo de contingencias constituyen, con respecto a las de educación del paciente, el tratamiento de elección para mejorar la falta de adhesión de los enfermos.

#### **2.3.5.3. Tratamiento de la disfunción sexual**

Respecto a este tema existe una cierta escasez de estudios psicológicos de intervención en pacientes de diálisis, si bien son diversos los autores que han planteado la gran utilidad que podrían tener las técnicas de Masters y Johnson, al menos en determinados grupos de pacientes. Con todo ello, lo que se buscaría es recuperar en el paciente su funcionamiento sexual, lo cual no necesariamente implica la relación coital sino también otras actividades que lleven al orgasmo y/o el disfrute de una intimidad sexual no orgásmica. No obstante, el obstáculo que se presenta con este tipo de trabajo son las escasas peticiones de ayuda en este sentido por parte de los pacientes, a lo que se une la evitación del tema, en general por parte del personal de la unidad de tratamiento.

#### **2.3.5.4. Tratamiento de la depresión**

Los pacientes aquejados de un cuadro depresivo de tipo reactivo parecen beneficiarse tanto de la terapia de apoyo como de la terapia cognitiva de la depresión de Beck, tal y

como han descrito Marcus (1983 citado en Amigo, et al. 1998b) y Shaw y Harris (1985 citado en Amigo, et al. 1998b).

#### **2.4. Aspectos sociales de la insuficiencia renal crónica**

Por lo antes revisado, no queda la duda de que el padecer IRC genera un cambio radical en la persona en las tres esferas principales de la persona, a nivel biológico, psicológico y social. Los pacientes con IRC comparten una serie de problemas sociales Rubio (s. f.):

##### **2.4.1. Problemas laborales**

Los pacientes diagnosticados con IRC sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. De hecho las dos terceras partes de los pacientes en diálisis no vuelven al trabajo que realizaban antes del inicio de la insuficiencia renal (Levy, 1996).

La enfermedad no es sólo la causante de la pérdida de trabajo, sino cómo está montada la trama laboral para que haya mayor rentabilidad en la empresa. El paciente con IRC supone una baja rentabilidad en su trabajo lo que dificulta las relaciones laborales. La dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unido a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, produciendo estas dos consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia (también llamada muerte social).

##### **2.4.2. Problemas económicos**

Según la OMS la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque ésta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico.

El problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral. Todo esto lleva consigo la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la

familia son menores de edad o están estudiando, no teniendo por ello la capacidad y preparación suficiente para desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo.

El paciente con IRC padece un déficit en su economía en uno de los momentos de su vida que más necesita el aporte económico. Hay un aumento de los gastos extra generados por su propia patología como pueden ser: dieta alimenticia, tratamiento de fármacos, desplazamientos a tratamiento y en ocasiones cambio de domicilio por aproximación al centro de salud. Hay una preocupación clara del paciente de carácter económico que le hace dudar en el poder adquisitivo de su futura pensión, debido a la falta de incremento de la misma en relación con el aumento del coste de la vida y los gastos que genera la propia enfermedad.

### **2.4.3 Problemas familiares**

Cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia. Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende:

- A.** *Etapa de desorganización:* Se rompe la estructura de funcionamiento familiar. En esta etapa la actitud del equipo asistencial será, predominantemente de escuchar e indagar como la situación ha afectado a la familia y ofrecer información acerca de la enfermedad.
- B.** *Recuperación de la crisis:* La familia llega a un punto de recuperación, al cual debemos estar atentos, y donde se produce una mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad. En esta etapa es cuando la familia va asumiendo responsabilidades por otros miembros.
- C.** *Un nivel de reorganización:* Irá en función del grado de invalidez resultante de la enfermedad y de los recursos que disponga la familia. La intervención del equipo asistencial en la fase de reorganización debe estar dirigida a:
  - 1.** Lograr un equilibrio con relación a la independencia y autoafirmación de sus miembros, comprendido el enfermo.
  - 2.** Desarrollar y mantener relaciones abiertas dentro de la familia.

3. Alentar la participación tanto por parte del enfermo como del resto de la familia en la toma de decisiones y alternativas, dejar que se enfrente con la enfermedad para su ajuste con el fin de mejorar la calidad de vida, evitando que se deterioren las relaciones familiares.

Generalmente la actitud de la familia al enfermo, desde el momento que comienza la diálisis, es de protegerlos y considerarlos como inválidos con la consiguiente carga de angustia tanto del paciente como de la propia familia. La problemática familiar se puede ver agravada si anteriormente a la enfermedad existían problemas familiares, influyendo en el tratamiento y en el enfermo.

4. Problemas de dependencia por el tratamiento. Necesidad de afrontar una situación nueva que va a suponer una pérdida de independencia personal por un lado por la dependencia como tal al tratamiento que genera una insatisfacción por el nuevo estilo de vida y por otra parte la dependencia de la familia ocasionando un sentimiento de carga al necesitar su ayuda para un desenvolvimiento normal en su vida cotidiana. Con relación al paciente la familia ocupa un mayor espacio y lugar a la vez que hay una pérdida en su actividad social habitual lo que repercute en sus relaciones sociales.
5. Problemas de desplazamiento. La lejanía de los domicilios de los pacientes al centro de salud es uno de los problemas que se originan. Esto supone que la financiación del transporte corre a cargo del paciente si no se encuentra otra forma de solucionarlo. La lentitud para la entrega de incapacidades y pensiones, por parte de la administración, hace que la economía del paciente se sienta deteriorada.

Resumiendo, la IRC es la pérdida irreversible y progresiva de la función renal, el paciente diagnosticado sufrirá diversos problemas psicológicos y sociales, entre los primeros se destacan la depresión, el suicidio, estrés, ansiedad, conducta poco cooperativa, falta de adhesión al tratamiento médico y seguimiento de su dieta; los problemas sociales se remiten a las relaciones personales con la familia y el equipo de asistencia sanitaria, así como problemas económicos relacionados a la pérdida del empleo debido a lo incapacitante de la enfermedad. En el siguiente capítulo se expone información relativa a la terapia cognitivo conductual que es la base teórica de la presente propuesta de intervención psicológica al paciente con IRC.

Nombre de archivo: A5  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: CAPÍTULO II  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 24/10/2005 4:46  
Cambio número: 42  
Guardado el: 02/03/2006 10:32  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 79 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:04  
Última impresión completa  
Número de páginas: 25  
Número de palabras: 8.303 (aprox.)  
Número de caracteres: 45.669 (aprox.)

## CAPÍTULO III

### LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

#### 3.1. Definición de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual es la fusión de dos terapias: la conductual y la cognitiva. Para integrarlas en una definición que englobe ambas debemos definir las por separado:

Labrador (1986 y 1990, citado en Cruzado, et al. 1995) define la terapia conductual como “aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque: a) la fundamentación en la psicología experimental; b) la aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por lo similar de los principios que gobiernan la conducta normal y anormal); c) la insistencia en la evaluación objetiva, y d) el énfasis en la instauración de repertorios conductuales. De todas estas características cabría destacar como definitorias sobre todo la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como el énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones”.

Por otro lado Beck, Harrinton y Buceta (1984, p. 623) definen la terapia cognitiva como “*un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, el cual es empleado para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como depresión, ansiedad, fobias, etc.*”. Así mismo Keit y Franche (1991) dicen que el procedimiento de la terapia cognitiva va encaminado a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a las cogniciones que la persona tiene del mundo. Así pues, su objetivo consiste en cambiar los patrones de pensamiento erróneos por patrones cognitivos adecuados que permitan desenvolverse correctamente al individuo en su medio, o como dicen Ariete y Bemporado (1990) la terapia cognitiva intenta inducir al paciente a situarse continuamente en su racionalidad para corregir su irracionalidad.

Así pues, la terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Bresvin, 1996, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1997). La terapia cognitivo conductual supone que las respuesta motoras, fisiológicas y cognitivas que emite una persona, y que constituyen su “*comportamiento*”, son en alguna medida consistentes y, por tanto, se puede modificar el comportamiento, modificando uno de los sistemas de respuesta (Santacruz, 1995).

### **3.2. Historia de la terapia cognitivo conductual**

La terapia cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes de pensamiento en psicología: la aproximación cognoscitiva y la conductual. Según Meichenbaum (1997) hubieron dos catalizadores fundamental en el desarrollo de la terapia cognitivo conductual, por una parte los resultados iniciales de terapeutas cognitivos tales como Aaron Beck y Albert Ellis y por otro la creciente insatisfacción con las bases teóricas y empíricas del enfoque terapéutico conductual estricto. Reforzando esta última idea Mahoney (1983), Kazdin (1983) y Serrano (2001) concuerdan en que esta fusión se da como resultado de no considerarse, dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados: los sentimientos y los pensamientos.

Para Raciman (1997) y Dobson y Dozois (2001) la evolución de la terapia cognitivo conductual puede situarse en tres etapas:

1. La primera etapa se da con el origen y desarrollo paralelo de la terapia de conducta en América y Europa en el período de 1950 a 1970.
2. En la segunda etapa se da el desarrollo de la terapia cognitiva en los Estados Unidos en la década de los sesentas.



3. Finalmente, en la tercera etapa se fusionan la terapia conductual y cognitiva en la terapia cognitivo conductual, teniendo su mejor momento al final de 1980.

### **3.2.1. Desarrollo histórico de la terapia conductual**

La exposición de este desarrollo histórico se dividirá en tres períodos: 1) antecedentes; 2) surgimiento y 3) consolidación.

#### **3.2.1.1. Antecedentes de la terapia conductual**

Este período se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov y la formulación de la Ley de efecto de Thorndike, lo que constituiría el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la terapia de conducta.

Por otro, John B. Watson (1878-1958) fue responsable de la cristalización de una tendencia hacia el objetivismo y el establecimiento del objetivo de estudio de la psicología. Watson tomó como unidad de análisis el paradigma del reflejo Estímulo–Respuesta. Aún cuando en un principio Watson trabajó con animales, recurrió después a la experimentación con niños en guarderías, y he aquí la gran contribución de Pavlov, ya que la forma de experimentar de Watson era a través de la formación de condicionamientos a los niños desarrollando la tesis de Pavlov en el sentido de que existen los reflejos incondicionados o innatos, y aquellos aprendidos o condicionados; así pues, toda la conducta se puede diferenciar en innata o aprendida, incondicionada y condicionada. De manera que si toda la conducta es susceptible de ser condicionada, entonces, como cualquier otra ciencia natural, también puede ser predecida y por lo tanto controlada (Boring, 1976).

En esta primera época ya se llevaban a cabo trabajos aplicados siguiendo estas directrices conductistas, entre ellos destacan las explicaciones en 1919 de algunas “neurosis de guerra” por los principios de condicionamiento clásico por Williams; Plaunder, en 1904, trataba la enuresis por condicionamiento (Bouchard, Granger y Ladouceur, 1987); el conocido trabajo en el que Watson y Rayner inducen experimentalmente una fobia a un niño pequeño (el caso del niño Albert que ponía de manifiesto cómo el miedo se podía adquirir por medio de un procedimiento de condicionamiento clásico). Pero según Cruzado, Labrador y Muñoz (1995) quizás fue Mary Covert Jones la que debe ser considerada como

primer modificadora de conducta, al llevar a cabo el tratamiento de una fobia a los conejos en un niño (el caso del niño Peter en el que se utilizó una técnica de *condicionamiento directo*, que consistía en la presentación gradual del animal acompañada de la inducción de un estado placentero con comida.).

### 3.2.1.2. Surgimiento de la terapia conductual

En este período tiene lugar el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje, como las de Hull, Mowrer y Tolman, pero de todas éstas el modelo sobresaliente es el de Skinner, que suponen el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales establecen las directrices de cómo aplicar los principios del aprendizaje para la modificación y mejora del comportamiento humano, y la solución de trastornos de conducta.

De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales, rechazando las explicaciones basadas en constructos inferidos internalistas como carentes de utilidad. Skinner dice “...*por conducta entiendo simplemente el movimiento de un organismo o de sus partes dentro de un marco de referencia suministrado por el mismo organismos o por varios objetos externos o campos de fuerza...*” (Skinner, 1975, p. 20). El enfoque Skinneriano de la psicología se caracteriza por los siguientes puntos (Bayés, 1974): 1) enfoque atórico y puramente descriptivo, 2) discriminación entre condicionamiento operante y respondiente, reducido éste último a una parte mínima de la conducta total, 3) considerar que las leyes generales del aprendizaje son las mismas para cualquier organismo, sea cual sea su especie y 4) desconfianza frente a las técnicas estadísticas.

Para Bouchard, et al. (1987) la modificación de conducta surge como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento, sino de presentar soluciones eficaces para ellos. Así mismo, la modificación de conducta surge gracias a los trabajos de personas concretas y pueden señalarse tres focos principales en su surgimiento como movimiento organizado (Cruzado, et al. 1995):

1. Estados Unidos y el desarrollo de la tecnología operante alrededor de la figura de Skinner.

2. Sudáfrica y los tratamientos de trastornos fóbicos y de ansiedad con desensibilización sistemática. Joseph Wolpe dirige, a principios de 1950, un estudio sobre la adquisición y extinción de una respuesta neurótica de ansiedad en gatos formulando el principio teórico de “la inhibición recíproca”, que puede resumirse así: si una respuesta inhibitoria de la ansiedad puede emitirse en presencia del estímulo evocador de la ansiedad, debilitará el vínculo entre estos estímulos y la ansiedad.
3. La escuela Inglesa. Ésta escuela de terapia conductual se adhiere, también, al paradigma del condicionamiento clásico de Pavlov. Es a iniciativa de Shapiro cuando el grupo del departamento de psicología del Hospital de Maudsley de Londres aplican técnicas basadas en el aprendizaje a los casos clínicos. Por su parte Eysenck explica que la neurosis es una conducta desadaptada cuya adquisición se explica en términos de condicionamiento clásico.

### **3.2.1.3. Consolidación de la terapia conductual**

El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en el teórico. La psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos. Los modificadores de conducta están centrados en las demandas del trabajo aplicado sin prestar mucha atención a la investigación básica. Las aportaciones teóricas vienen dadas por autores que se han venido denominando bajo la etiqueta de teóricos del aprendizaje social: Bandura, Kanfer, Mischel y Staats. Estos autores enfatizan la importancia de aspectos cognitivos, mediacionales o de personalidad en la explicación del comportamiento (Cruzado, et al. 1995).

Para estos mismos autores, en los años sesenta, la modificación de conducta se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarios al tratamiento. Ejemplo de eso es el libro publicado por Eysenck en 1960 “Terapia de conducta” donde se incluyen distintos escritos en que se aplicaban los principios del aprendizaje a problemas terapéuticos; tres años después se publica la primera revista titulada “Investigación conductual y terapia” (Kazdin, 1995). Las características principales de este período son:

1. El énfasis en sucesos y conductas observables, tratar las conductas desadaptativas directamente, en lugar de supuestos procesos patológicos subyacentes.

2. Los trastornos de conducta se describen en términos de relaciones entre los estímulos, las respuestas y las consecuencias (E-R-C), es decir, se adopta el análisis funcional como base para la explicación de los problemas conductuales.
3. La importancia de la demostración objetiva de la efectividad y rentabilidad de los tratamientos, *¿qué tratamiento?, ¿para qué clase de cliente?, ¿con qué clase de problemas? y ¿a qué costo?*
4. La extrapolación de las conclusiones extraídas del laboratorio al campo aplicado.
5. Los programas de tratamiento y los modelos de los trastornos a los que se aplican son muy simples, se manejan pocas variables y los tratamientos tienen reducidos componentes.

Actualmente, la terapia conductual evoluciona como sigue: laboratorio y principios teóricos → aplicaciones clínicas → elaboración de nuevas técnicas → se vuelven a poner en cuestión los principios teóricos → retorno al laboratorio y a la reflexión teórica. El período actual se caracteriza pues, por una extensión sin precedentes del desarrollo teórico y técnico de esta aproximación (Bouchard, et al. 1987).

### **3.2.2. Desarrollo histórico de la terapia cognitiva**

Para entender qué es la terapia cognitiva debemos ir en su desarrollo histórico en dos vertientes: 1) antecedentes de la terapia cognitiva según sus orígenes filosóficos y psicológicos, y 2) surgimiento y consolidación de la terapia cognitiva.

#### **3.2.2.1. Antecedentes de la terapia cognitiva**

Los antecedentes históricos de la terapia cognitiva tienen sus orígenes en aspectos filosóficos y psicológicos que se exponen a continuación.

##### **3.2.2.1.1. Orígenes Filosóficos**

Ruiz y Cano (1999) y Beck, et al. (1983 y 1984) proponen que los orígenes de la terapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C) y la filosofía religiosa oriental budista y taoísta. La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y

Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Así mismo, el budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generan sufrimiento. Pero quizás fue Epicteto quien más desarrolló estas ideas con esta frase: “*Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas*” (Ellis y Grieger, 1981, p. 21).

Se puede seguir rastreando el curso filosófico de concepciones que resaltaban el aspecto de la organización cognitiva de la experiencia humana y el papel de la cognición en la emoción y conducta en los empiristas ingleses del siglo XVII como Hume, Locke y Bacon que en términos generales resaltan nociones en que las emociones derivan de las asociaciones de ideas y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios, es decir, de conceptos erróneos preestablecidos (Jiménez, 2005).

En los siglos XVIII y XIX, dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos) son principalmente Kant (1724-1804) y H. Vaihinger (1853-1933). Kant argumenta que el conocimiento, al ser significados personales de la experiencia humana, es construido por la mente humana, así mismo, introduce el concepto de “*esquema cognitivo*” diciendo que una construcción mental de la experiencia reflejan al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. Incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el “*sentido privado*” de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo, será el neokantiano Vaihinger quien más desarrolle la idea de la realidad construida por los esquemas. Para este filósofo la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana. Ortega y Gasset (1883-1955) desarrollan en su obra “*Ideas y creencias*” el tema del hombre como instalado en ideas y creencias en unas circunstancias históricas, desarrollando a través de ellas una perspectiva personal de sus circunstancias y viéndose esa perspectiva a su vez afectada por esas circunstancias (Politzer, 1978).

#### **3.2.2.1.2. Orígenes Psicológicos**

A nivel psicológico la terapia cognitiva ha tenido diversas influencias de otros modelos, incluyendo el psicoanálisis, la fenomenología, la teoría estructural y la psicología cognitiva;

aunque no existe una relación directa de las teorías y supuestos básicos de cada corriente, esto a nivel epistemológico, se retoman las ideas o conceptos relacionados a la cognición.

El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. En 1926 el alemán Lungwitz crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica renovada. Siguiendo la tradición psicoanalítica, los autores que más han influido en la corriente cognitiva han sido los provenientes del “neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural”, sobre todo K. Horney y Sullivan. La psicoanalista K. Horney habla de la “*Tiranía de los deberías*” o exigencias culturales y familiares integradas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis.<sup>1</sup>

En la década de 1960, otra línea minoritaria dentro del psicoanálisis norteamericano, el “*psicoanálisis cognitivo*”, enfatiza la existencia de procesos y esquemas cognitivos inconscientes formados en las etapas tempranas de la vida y que al ser “*activados*” generan psicopatología. Incluso se habla del “*inconsciente*” como una estructura de significados al margen de la conciencia, concediendo menos importancia a motivaciones de orden puramente biológicas e instintivas, incluso reinterpretando gran parte de la metapsicología en términos cognitivos. Autores en esta línea son: Arieti, Bowlby, Erdelyi y Peterfreund.

Por otro lado, en la llamada psicología individual, es Alfred Adler (1897-1937) quién más anticipó una terapia cognitiva en su obra “*Breves anotaciones sobre razón, inteligencia y debilidad mental*”, en el que desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia, apartándose de los modelos motivacionales instintuales de su época. Esta obra se puede considerar como la pionera de la psicoterapia cognitiva. El adleriano Dinkmeyer (1998) resume los puntos teóricos centrales de la psicología individual: 1) toda conducta tiene un propósito; 2) la conducta es el resultado de nuestras percepciones subjetivas; 3) la psicología adleriana es una psicología cognitiva que da relevancia a los significados, propósitos, creencias y metas personales y 4) la persona es un organismo unificado cuya experiencia y conducta está organizada por metas.

También la fenomenología tuvo gran influencia en la cognición. El filósofo y fundador de la fenomenología, Husserl define el objeto de estudio de la misma, como el estudio de los fenómenos, entendiendo como tales a las experiencias de la conciencia. El mundo exterior es representado en la conciencia. K. Jaspers introduce en psicopatología y

---

<sup>1</sup> De hecho Ellis retoma de Horney este punto al hablar de “*Creencias Irracionales*”.

psiquiatría el método fenomenológico que permite, según este autor, la descripción de las vivencias subjetivas anómalas del enfermo psíquico. Un concepto central utilizado en esta psicoterapia es el de “*estructura fundamental del significado*” introducido por L. Binswanger para referirse a la tendencia humana a percibir significados en los hechos y trascenderlos (Phares, 1999).

En la Europa oriental, siguiendo la tradición pavloviana de estudiar las bases neurobiológicas del funcionamiento psíquico, diversos investigadores y teóricos de las ciencias sociales y biológicas estudian la génesis de las funciones psíquicas superiores o cognitivas. Entre ellos destacan el neuropsicólogo Luria que en 1960 desarrolló, gracias a la influencia teórica del psicólogo Vigostky, las bases de la neuropsicología (Luria, 1973) que son: 1) las funciones psíquicas superiores (cognitivas) se desarrollan a partir del contexto social, 2) el lenguaje proveniente del medio social permite conectar sectores funcionales del cerebro previamente independientes y que con su integración generan sistemas funcionales nuevos y 3) relevancia de las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico en los procesos emocionales y cognitivos.

Finalmente, la psicología del aprendizaje y terapia de conducta se aproxima a la cognición con Tolman, el cual sugiere que los animales que usaba para sus experimentos podían aprender sin “*reforzamiento*” al formar “*mapas cognoscitivos*” del entorno. Se sabe que Tolman, entre otras cosas, realizó estudios sobre aprendizaje utilizando laberintos como situaciones experimentales. En su estudio, Tolman sugirió que, a lo largo del aprendizaje, un mapa del entorno se establecía en el cerebro de sus ratas (Valiña y Martín, 1997).

### **3.2.2.2. Surgimiento y consolidación de la terapia cognitiva**

A finales de los años 50 e inicio de los 60 del siglo pasado, aparecen las primeras terapias cognitivas actuales (las llamadas terapias cognitivas “*semánticas*” o “*racionalistas*” por sus críticos): La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aron Beck. Por eso se dice que ellos son los fundadores modernos de esta terapia. Ambos se formaron en el psicoanálisis, y abandonaron esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo.

En 1958 Albert Ellis crea el modelo A-B-C de la Terapia Racional Emotiva. En 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia “Razón y emoción en psicoterapia”, donde expone extensamente su modelo de la terapia racional emotiva. A partir de 1960, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras que tenían como eje central convertirse en “métodos de autoayuda”.

Por su parte, Aron Beck trabajó intentando validar la teoría freudiana de que la depresión es el resultado de la ira dirigida hacia el yo. Al intentar validar esa teoría, Beck hizo observaciones clínicas de pacientes depresivos y examinó sus sueños y el contenido de su pensamiento según los principios del psicoanálisis tradicional, pero en lugar de hallar ira reflejada en los pensamientos y sueños, observó un sesgo negativo en el proceso cognitivo de los depresivos. Tras realizar una serie de estudios clínicos y de investigaciones, Beck desarrolló la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y a continuación elaboró el modelo cognitivo de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). En la primera exposición detallada que realizó Beck sobre este modelo, diferenciaba tres niveles de cognición que podían jugar un papel importante en la depresión y en su tratamiento: pensamientos automáticos, esquemas o asunciones subyacentes, y distorsiones cognitivas (Robins y Hayes, 1997).

La teoría de la terapia cognitiva se enriqueció gracias a los trabajos de un gran número de investigadores. Uno de los de mayor influencia fue George A. Kelly en sus obras “*La teoría de los constructos personales*” y “*Teoría de la personalidad*”, donde expone que los humanos miran al mundo y a ellos mismos a través de pautas o categorías cognitivas, denominadas “*constructos personales*”. Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos, y representan la forma personal de interpretar y actuar en el mundo. La terapia consiste en una revisión de los constructos empleados por el paciente que se han convertido en disfuncionales y en ayudarle a formular nuevos constructos más funcionales. A continuación de Kelly, las terapias cognitivas de la emoción, desarrolladas por Magda Arnold y Richard Lazarus propusieron que el cambio en la cognición era primariamente un cambio emocional y de conducta (Daltillo y Padesky, 1995).

Ciertos conductistas contemporáneos han influido también en la terapia cognitiva. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que conceptualiza nuevos patrones de



conducta (aprendizaje por observación) contribuyó al modelo cognitivo y orientan el modelamiento participativo. Esta teoría favoreció el giro de la terapia de conducta hacia el ámbito cognitivo. Los primeros trabajos de Mahoney sobre el control cognitivo de la conducta y de Meichenbaum sobre la modificación de conductas cognitivas han sido también importantes aportaciones teóricas. La terapia cognitiva también dedicó parte de la investigación y estudio al análisis de los trastornos de ansiedad.

No cabe duda que tanto la terapia de conducta como la terapia cognitiva tienen una gran serie de estudios que sustentan su efectividad. Una pregunta crucial que hace Beck es si ¿la terapia cognitiva sirve?, ¿funciona? respondiendo: los hallazgos, tanto presentes como pasados, nos muestran un apoyo empírico significativo a las distintas aplicaciones de la terapia cognitiva, cubriendo un amplio espectro de trastornos, un extenso abanico de poblaciones y una gran variedad de disposiciones (p. e. en pacientes en régimen interno y externo) y formatos (individual, pareja, familia y grupal).<sup>2</sup>

### **3.3. Fundamentación teórica de la terapia cognitivo conductual**

Las terapias cognitivo conductuales comparten las siguientes suposiciones (Ingrani y Scott, 1990, citados en Lega, Caballo y Ellis, 1997; Mahoney, 1983; Raciman, 1997; y Dobson y Dozois, 2001):

- A.** Los individuos responden a las representaciones cognitivas de acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos;
- B.** El aprendizaje está mediado cognitivamente;
- C.** La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa), es decir, los sujetos humanos desarrollan patrones afectivos y conductuales, adaptativos y desadaptativos, a través de procesos cognitivos (Mahoney y Arnkoff, citados en Méndez, Olivares y Moreno, 1998);
- D.** Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse;
- E.** La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta; y

---

<sup>2</sup> Se recomienda un artículo de Aron Beck donde hace una evaluación sobre el pasado, presente y futuro de la terapia cognitiva analizando los resultados obtenidos en el tratamiento de la depresión, de los trastornos de ansiedad, trastornos de pánico y alimenticios (Beck, 1997).

- F.** Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo conductual son las siguientes (Ingram y Scout, 1990, citados en Lega, Caballo y Ellis, 1997):

1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos conductuales,
2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos,
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas,
4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones,
5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica,
6. La terapia es de duración breve,
7. La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente, y
8. Los terapeutas cognitivo conductuales son directivos.

Resumiendo, la orientación cognitivo conductual parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que el cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización ideosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el si mismo.

Esas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo (constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos

adquiridos en otras etapas psicoevolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en predominio, produciendo “*círculos viciosos*” rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología.

### **3.4. Objetivo de la terapia cognitivo conductual**

La terapia cognitiva conductual es un enfoque que pone en primer plano los pensamientos, las creencias y la suposición de que la gente moldea activamente su propio ambiente. La conducta desadaptativa se considera de cogniciones erróneas y la terapia se centra en que el paciente tome conciencia de cómo sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales); para finalmente reemplazar los pensamientos y creencias que fomenten una conducta más adaptativa. En pocas palabras, los psicólogos clínicos cognitivo conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo.

### **3.5. Terapias cognitivo conductual**

Las terapias cognitivo conductual incorporan procedimientos conductuales y cognitivos en su aplicación a los distintos problemas. Se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo conductual: 1) terapias de reestructuración cognitiva, 2) terapias de habilidades de afrontamiento y 3) terapias de solución de problemas.

#### **3.5.1. Terapias de reestructuración cognitiva**

Estos métodos suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos. Las principales técnicas son seis: 1) Terapia

Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, 2) Terapia Cognitiva de Aaron Beck, 3) Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum, 4) Terapia de Conducta Racional de Maultsby, 5) Terapia Cognitivo Estructural de Guididano y Hankin-Wessler, y 6) Terapia de Valoración Cognitiva.

### **3.5.1.1. Terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis**

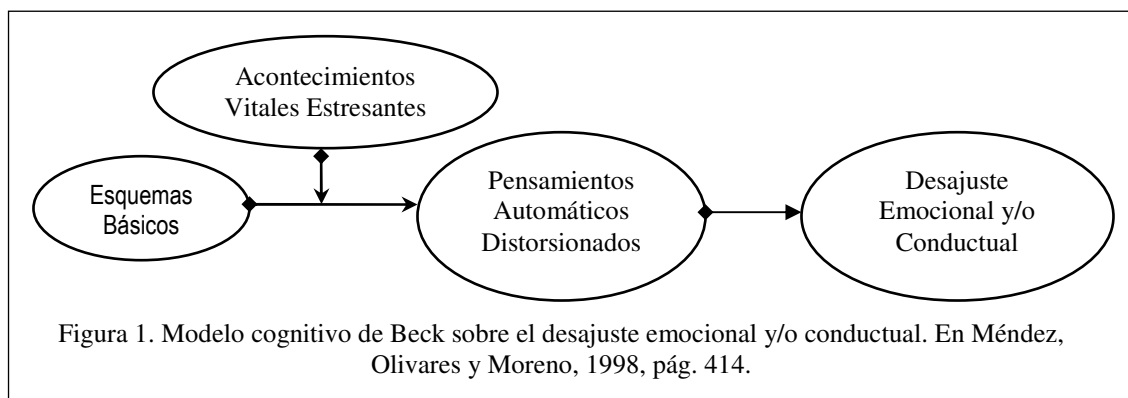
La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo y de su interpretación de la realidad. El tema central de la TREC es que el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional; que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional, y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental y de su perturbación si aprende a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional. Derivando así, su meta primordial de asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “*irracionales*” o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia, metas de tipo personal. La tarea del psicoterapeuta es trabajar con individuos que se sienten infelices o preocupados sin necesidad, o que están agobiados por una intensa ansiedad u hostilidad, y enseñarles, primero que sus dificultades en gran parte son el resultado de una percepción distorsionada y de un pensamiento ilógico, y segundo, que existe un método, relativamente sencillo, para reordenar sus percepciones y reorganizar su pensamiento de tal forma que haga desaparecer la causa básica de sus dificultades (Ellis, 1998).

La teoría central de la TRE se deriva de las observaciones de Epiceto hace unos 2000 años “*Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas*” (Ellis y Grieger, 1981, p. 21). La mayoría de las personas, según este modelo, mantienen sus dificultades o sus trastornos de comportamiento (punto “C” de consecuencias, del modelo A-B-C) producidos a partir de los acontecimientos de su vida (punto “A” de acontecimientos del modelo A-B-C). Así una persona dice estar deprimida y haber descendido su nivel de actividad (punto “C”) a consecuencia de haberle dejado su pareja (punto “A”). Sin embargo no es ese acontecimiento quién determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien lo que esa persona piensa sobre el acontecimiento, en su diálogo interno sobre la importancia de ese acontecimiento, en base a

sus actitudes o creencias personales (punto “B” de Belief, creencia en ingles). Así una persona después de haberle dejado su pareja (punto “A”) podría creer lo siguiente: “*mi vida no tiene sentido sin ella*”, “*no podré seguir viviendo sin ella*”, “*esto no debería haber ocurrido*”, etc. (su punto “B”) llevándole a sentirse emocionalmente trastornada (punto “C”). Siguiendo el modelo A-B-C, lo importante no sería tanto modificar el acontecimiento externo, ni medicar a la persona para no estar alterada en sus consecuencias, sino hacerle consciente de que su autodiálogo interno es autodestructivo e “irracionales”, y que ella misma, mediante la terapia, aprenda a modificarlos hacia maneras mas racionales y funcionales de asimilar esa experiencia. Esto no quiere decir que para la TRE todos los trastornos psíquicos estén causados por creencias y actitudes inadecuadas o disfuncionales, sino más bien que esas actitudes están implicadas en la mayoría de los trastornos psíquicos, aún en aquellos donde se supone una fuerte base biológica (Ellis, 1980).

### 3.5.1.2. Terapia cognitiva de Aaron Beck

La Terapia Cognitiva (TC) fue creada por Aaron Beck a partir de los pobres resultados del psicoanálisis con respecto a la depresión. Desarrollo un enfoque activo y estructurado para el tratamiento de una diversidad de desordenes psiquiátricos. La TC es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. La TC se dirige a identificar, someter a prueba de realidad y sustituir los pensamientos distorsionados, las creencias irracionales (esquemas) y los procesos que subyacen a dichas creencias (Rodríguez, 1997). Para entender la TC debemos introducir cuatro conceptos básicos: *distorsiones cognitivas*, *pensamientos automáticos*, *supuestos subyacentes* y *esquemas* (Ver figura 1).



1. La TC mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensamientos concretos y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de “*distorsiones cognitivas*”.
2. Los pensamientos “*superficiales*” son llamados *pensamientos automáticos* porque generalmente surgen de forma espontánea, son muy breves, e incluso pueden no reconocerse, a menos que se oriente al paciente a registrarlos de un modo deliberado. Son pensamientos (ideas, creencias, imágenes) que la gente tiene en situaciones específicas y que se relacionan con estados emocionales intensos (Dattilio y Padesky, 1995). Estos pensamientos automáticos son el reflejo de la valoración que el paciente hace de una situación en vez de la situación objetiva actual que conducen directamente a las respuestas comportamentales y emociones del paciente (Robins y Hayes, 1997). Los pensamientos automáticos se caracterizan por: a) ser un diálogo interno referido a temas muy concretos, b) aparecen como mensajes recortados en forma de “*palabras claves*”, c) los pensamientos automáticos son involuntarios, d) Con frecuencia se expresan en forma de palabras como “*debería de.. o tendría que...*”. Aparecen a menudo como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias intolerantes, e) tienden a dramatizar o “*exagerar las cosas*”. A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella, f) hacen que cada persona interprete los acontecimientos de forma rígida, g) los pensamientos automáticos son difíciles de controlar: al no ser pensamientos racionales ni reflexivos, no se suelen comprobar con la realidad y suelen creerlos fácilmente, h) son aprendidos: es el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que se han aprendido en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos períodos aun no se ha desarrollado demasiado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana “esperando” a ser “disparados” por situaciones con carga emocional (Dobson y Franche, 1995).
3. A un nivel más profundo existen reglas condicionantes y creencias crosituacionales, llamadas “*supuestos subyacentes*”, estas reglas ayudan a organizar la percepción y son la base de los pensamientos automáticos (Dattilio y Padesky, 1995).

4. Por último, hay creencias básicas llamadas “*esquemas*” que son creencias incondicionales e inflexibles (Dattilio y Padesky, 1995), que son usados por las personas para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en que facilitan un procesamiento de la información más eficaz, es decir, permiten conectar la información nueva con la antigua, de modo que se pueda reconocer y recuperar más rápidamente cuando ésta sea necesaria para realizar la acción apropiada. No obstante esta eficacia implica un sesgo debido a la tendencia a codificar y recobrar la información consistente con el esquema, a expensas de aquella contraria al esquema. Es mucho más fácil que se dé la asimilación de la nueva información al esquema, que la acomodación del esquema a la nueva información (Robins y Hayes, 1997).

### **3.5.1.3. Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum**

El Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) se remontan a los primeros trabajos llevados a cabo por Meichenbaum en los años sesenta con niños hiperactivos y agresivos; su trabajo se justifica en trabajos de Luria, Vygotski y Piaget. El reconocimiento del “*lenguaje interno*” como “*director y controlador*” del comportamiento le llevo a describir un procedimiento general que permite modificar las verbalizaciones internas del sujeto y, en consecuencia, la conducta manifiesta.

El EA se trata de una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifica las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que, en general, son más útiles para llevar a cabo la tarea. El objetivo es que el sujeto introduzca, inicialmente, un cambio en sus verbalizaciones para que, finalmente, se modifique su comportamiento manifiesto; es decir, para que alcance una mejora en su nivel de habilidades en una tarea, aumente el nivel de autocontrol de su comportamiento, o llegue a solución de un problema (Santacruce, 1995). Los pasos de que se compone este entrenamiento básicamente son los siguientes (Crespo y Cruzado, 2000):

1. Autoobservación y autorregistro de autoverbalizaciones.
2. Definición del problema: “¿*qué tarea debo realizar?*, me piden que haga...”.

3. Aproximación al problema: *“tengo que tener en cuenta las distintas posibilidades, los medios con los que cuento son...”*
4. Focalización de la atención: *“he de centrarme en los primero que hay que hacer...”*
5. Autorrefuerzo: *“me fijo en lo que voy consiguiendo, y tengo que felicitarme por ello...”*
6. Verbalizaciones para hacer frente a los errores: *“si cometo un error puedo rectificar, es una oportunidad de aprender, pero voy a centrarme en hacerlo bien...”*
7. Autoverbalizaciones: *“tengo que fijarme en los objetivos que voy consiguiendo, ya he hecho...”*
8. Autorrefuerzo: *“tengo que felicitarme por lo bien que lo he hecho”*.

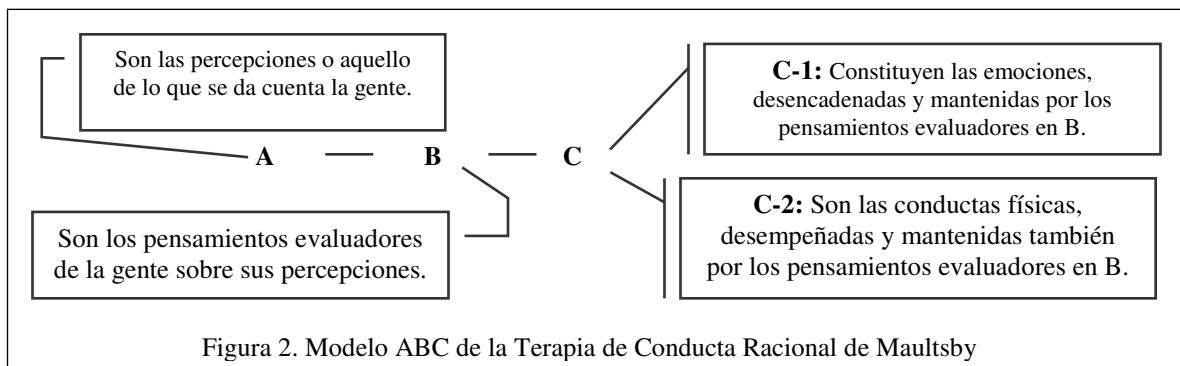
#### **3.5.1.4. Terapia de conducta racional de Maultsby**

La Terapia de Conducta Racional (TCR) fue creada por Maxie Maultsby y ésta proviene de: 1) la práctica de la medicina familiar y la psiquiatría, 2) la neuropsicología de Luria, 3) la teoría operante de Skinner, y 4) las técnicas de la terapia racional emotiva de Ellis.

Esta terapia conceptualiza los problemas del paciente según el modelo ABC sobre las experiencias de la vida, que es una extensión teórica del modelo ABC sobre las emociones humanas descrito por Ellis (Ver figura 2). La hipótesis de la TCR es que la gente tiende a causar sus propias reacciones físicas y emocionales por medio de creencias que han llegado a adoptar. Después de que la gente, con cerebros que funcionan normalmente, tiene los mismos pensamientos evaluadores en B, sobre las mismas percepciones en A, y obtienen las mismas emociones y conductas en Cs las suficientes veces, sucede lo siguiente: el hemisferio izquierdo de las personas convierten esos pensamientos y percepciones, repetidamente emparejados, en programas mentales y unidades semipermanentes, consientes, con significado personal, denominados *creencias*. Una creencia se puede representar como a-B, en donde la letra mayúscula B indica que el habla con uno mismo conciente es el estímulo controlador en esa unidad de percepción. Neuropsicológicamente, las palabras en B (en la unidad de percepción a-B) desencadenan en el hemisferio derecho imágenes mentales de acontecimientos–A pasados, reales e imaginados. Por consiguiente,



la unidad de percepción a-B desencadena las mismas reacciones físicas y emocionales habituales en C que las As y Bs reales en el emparejamiento original ABC. Después de que la gente se forma sus creencias, sus hemisferios izquierdos ya no necesitan procesar estímulos-A pasados, como sucesos mentales únicos. En este punto, las palabras de su hemisferio izquierdo provocan unidades de percepción a-B almacenadas internamente, que desencadenan reacciones físicas y emocionales habituales en C, controladas por el hemisferio derecho. Cada repetición de esas secuencias a-BC constituyen una ocasión para practicar las relaciones C habituales (Caballo y Buela-Casal, 1995).



Estos autores agregan que en la TCR la percepción A-b representa la actitud, la “b” minúscula de la unidad A-b indica que las actitudes son mudas y, por consiguiente, formas “*súperconscientes*”, no habladas, de creencias. Las creencias constituyen las formas concientes o hablada de las actitudes. Después de que la gente se forma actitudes, su hemisferio derecho ya no perciben los estímulos externos pasados en A como acontecimientos mentales aislados. Por el contrario el hemisferio derecho percibe esos estímulos “A” pasados como estímulos condicionados, codificados como actitudes A-b que desencadenan programas cerebrales de reacciones físicas y emocionales habituales en “C”. Por consiguiente, con apenas pensamientos o con pensamientos no conscientes, la gente puede presentar reacciones físicas y emocionales instantáneas, aparentemente involuntarias pero correctas ante sus percepciones sobre los acontecimientos activantes externos pasados.

### 3.5.1.5. Terapia cognitivo estructural de Guididano y Liotti

Reda y Mahoney (1984, citados en Botella, 1995) dividían las terapias cognitivas actuales en dos grandes corrientes: a) Por una parte encuadraban a todos aquellos enfoques que se apoyan en un modelo “asociacionista”, y aquí incluían planteamientos bastante

clásicos como la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, o la terapia racional emotiva de Ellis; b) Por la otra, agrupaban las nuevas perspectivas constructivistas que plantean una concepción activa de la mente humana como la Terapia Cognitivo Estructural (TCE). El paradigma constructivista defiende que las personas crean activamente sus propias realidades; y se afirma, además, que los modelos de la realidad que cada persona crea determinan a su vez el modo en que la realidad pueda ser percibida. La orientación constructivista se apoya en una serie de supuestos básicos que derivan de la epistemología evolucionista. Sin embargo la TCE de Guidano y Liotti (1985, citados en Botella, 1995) presentan una fuerte reminiscencia psicodinámica, revitalizando la obra de Jung, por lo que se encuentra un serio problema a nivel teórico y aplicabilidad de muchos de sus conceptos.

#### **3.5.1.6. Terapia de valoración cognitiva de Hankin-Wessler**

La Terapia de Valoración Cognitiva (TVC) surgió a partir de la terapia racional emotiva (TRE) y de la terapia cognitiva (TC). La experiencia clínica de los autores de esta terapia reveló una necesidad de modificaciones en la TRE y en la TC, al menos cuando se emplean en su forma pura. La TRE es demasiado dogmática teóricamente con su insistencia de que las expresiones absolutistas de los “tengo que” son la causa de la mayoría de las perturbaciones psicológicas, por su lado, la TCO se limita a la distimia y a los estados de ansiedad. La TVC se centró en el tratamiento de la personalidad y desarrolló intervenciones para los trastornos de la personalidad.

Para la TVC las estructuras cognitivas pueden ser tácitas o no conscientes, es decir, pueden influir sobre los pensamientos, sentimientos y acciones sin que la persona se dé cuenta. Las cogniciones (o conocimiento) y las valoraciones (o evaluaciones) de sí mismo, de otras personas y de las situaciones son aspectos cruciales de las emociones y de acciones. La TVC supone una interdependencia de los acontecimientos cognitivos, afectivos y conductuales y una necesidad de integrar todos los aspectos del tratamiento. La TVC integra procesos cognitivos, afectivos e interpersonales en un enfoque que está limitado a determinados trastornos de personalidad. No se trata de abordar síntomas de distimia y ansiedad, excepto cuando son el resultado de aspectos de la personalidad. La TVC, entonces, se dirige a: 1) proporcionar introspección o conocimiento, y 2) sugerir,

alentar y explicar acciones e intervenciones correctoras cognitivas. Los fundamentos conceptuales y empíricos de la TVC son los siguientes (Wessler y Hankin-Wessler, 1995):

1. *Reglas personales de vida.* Se consideran a las personas como criaturas gobernadas por reglas que aplican a situaciones específicas de la vida, reglas que aplican según entiendan esas situaciones. La gente emplea sus reglas para adaptarse a las situaciones, aunque pueden aplicar las reglas sin darse cuenta de que lo están haciendo. No son racionales ni irracionales sino que generan problemas cuando se aplican con rigidez o a contextos no útiles. A menudo pueden entrar en conflicto entre si, generando trastorno emocional.
2. *Las cogniciones justificadoras.* Según la TVC ciertas cogniciones pueden añadirse a los sentimientos con el fin de justificar la experiencia de los sentimientos, o con el fin de producir los sentimientos, o para apoyar las conductas defensivas. Las cogniciones justificadoras constituyen una categoría diferente de cogniciones desadaptativas que son negaciones o racionalizaciones defensivas, cuyo propósito es el proporcionar “razones” para ciertos sentimientos y las conductas que les siguen. Las cogniciones justificadoras dan a la persona razones plausibles para sentirse como lo hace.
3. *El afecto personotípico.* Cada persona experimenta ciertos afectos más frecuentemente que otros denominándolos afectos personotípicos. Se originan en las primeras experiencias de socialización de la persona. Más tarde, esos afectos se evocan más fácilmente que otros y están más frecuentemente implicados en las interacciones sociales.
4. *Maniobras de búsqueda de seguridad.* Una hipótesis básica de la TVC es que el individuo perseguirá estados afectivos familiares, a menudo sin su conocimiento consciente. La persona busca la seguridad de las experiencias familiares, en vez de buscar simplemente el placer y evitar el dolor. Las maniobras de búsqueda de seguridad son acciones que construyen la realidad de una manera tal que los resultados producen sentimientos de seguridad en la persona.
5. *El punto fijo emocional.* La TVC postula un *punto fijo emocional* que actúa regulando las experiencias afectivas. Cuando las experiencias afectivas se desvían de un cierto rango, empieza a tener lugar un proceso de autorregulación que produce

el efecto de retornar los sentimientos de la persona a aquellos que le son más familiares. Tanto para las experiencias agradables como para el alivio de las experiencias desagradables, este proceso es el mismo que el bien conocido retorno homeostático a los estados óptimos. En general, la gente prefiere experiencias positivas afectivas a experiencias negativas y es probable que actúe de una manera que le ayude a mantener sus sentimientos positivos. Sin embargo, también la gente está también motivada para buscar experiencias desagradables y encontrar “alivio” de las agradables. Un ejemplo de la búsqueda voluntaria de experiencias afectivas negativas incluye el sentir miedo en una película de terror. Así pues, la TVC supone que para la mayoría de la gente, la mayor parte del tiempo, las experiencias afectivas familiares son positivas; sin embargo, para la mayoría de la gente, parte del tiempo, y para algunas personas, la mayoría del tiempo, la seguridad proviene de estados emocionales negativos. Es decir, cuando la persona se siente mejor encuentra pronto formas de sentirse peor.

Entre los aspectos básicos del tratamiento se encuentra la alianza terapéutica; la intimidad se desarrolla a través de la honestidad emocional y de compartir experiencias y sentimientos positivos y negativos. También es esencial el diagnóstico preciso y el reconocimiento del afecto personotípico empleando el Cuestionario Multimodal de la Historia de Vida (LHQ) y otros instrumentos. Se ayuda a los pacientes a que comprendan cómo utilizan cogniciones justificadoras para mantener patrones desadaptativos y se les alienta a que pongan en duda esas cogniciones, de modo que las vean como excusas y no como hechos. Se ayuda a los pacientes a que cuestionen sus acciones y a que consideren el resultado de estas acciones antes de llevarlas a cabo. Se les alienta a que actúen contra los patrones desadaptativos, utilizando el conocimiento que han adquirido en las sesiones con el terapeuta. Este, por medio de la autorevelación y del modelado, presenta el ejemplo al paciente en un ambiente terapéutico sin vergüenzas (Wessler y Hankin-Wessler, 1995).

### **3.5.2. Terapias de habilidades de afrontamiento**

Las terapias de habilidades de afrontamiento tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes, las cuales

son: entrenamiento en el manejo de la ansiedad, entrenamiento en inoculación de estrés y reestructuración racional sistémica.

### **3.5.2.1. Entrenamiento en el manejo de la ansiedad**

El Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad (EMA) fue creado en 1971 por Suinn y Richardson como una terapia conductual para el tratamiento de los trastornos generalizados de ansiedad. En el EMA no es necesario que el paciente identifique las causas o estímulos que originan la ansiedad, por el contrario, la misma experiencia de ansiedad se emplea para entrenar al paciente a reconocer su presencia. Se enseña al paciente a prestar atención a los síntomas que reflejan la presencia de ansiedad. El EMA continúa en el entrenamiento de la relajación para presentar esta respuesta cuando se percibe la ansiedad, sirviendo para reducir y eliminar el estado de ansiedad. Enseñando, así mismo, al paciente a identificar los síntomas de ansiedad para emitir las respuestas de relajación y así manejar el nivel de ansiedad. El EMA se compone, generalmente, de ocho sesiones que se explican a continuación de manera resumida (Caballo y Buela-Casal, 1995):

**Sesión 1.** Implica cuatro pasos: 1º explicación razonada, 2º desarrollo de una escena de relajación, 3º entrenamiento en relajación y 4º la asignación de tareas.

**Sesión 2.** Implica cuatro pasos: 1º la identificación de una escena de ansiedad, 2º la relajación, 3º la ansiedad (escena) seguida por la relajación y 4º tareas para casa.

**Sesión 3.** Implica los pasos usados en la sesión 2, pero añadiendo dos pasos nuevos: la relajación iniciada por uno mismo y el prestar atención a los síntomas activadores de la ansiedad.

**Sesión 4.** En esta etapa el paciente toma el control de la escena de ansiedad y él decide cuando termina, para realizar la relajación.

**Sesión 5.** Se busca que el paciente obtenga el control total de la situación ansiógena para usar la relajación.

**Sesión 6 a 8.** Se repiten el formato de la sesión anterior hasta que se consiga totalmente el autocontrol. Además el terapeuta busca que el paciente se enfrente a la situación real para comprobar su progreso en el control de ansiedad.

### 3.5.2.2. Entrenamiento en inoculación de estrés

El Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIDE) surgió a principios de los años sesenta, en un principio se desarrollo para el tratamiento general de las fobias, posteriormente se aplico a muchos otros problemas como la ira, dolor, problemas de salud y al estrés laboral. Meichenbaum dice que una respuesta de miedo o cólera puede concebirse como una interrelación de dos elementos: 1° una elevada activación fisiológica y 2° pensamientos que interpretan la situación como peligrosa, amenazadora, o injusta y que atribuyen la activación fisiológica a las emociones de miedo o cólera (McKay, Davis y Fanning, 1985a).

Así mismo, se entiende que un individuo está en una situación de estrés cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que son difíciles de realizar o satisfacer. Esta dificultad para responder variará en función de las discrepancias entre las demandas del medio, tanto interno (creencias del propio sujeto) como externas (ajeno al individuo), y la manera en que percibe que puede dar respuestas a estas demandas y las habilidades instrumentales que posee para dar respuesta a dichas demandas (López, Rodríguez y Gavino, 1997).

Así pues, el EIDE es un procedimiento a través del cual las personas aprenden a conceptualizar y valorar adecuadamente las demandas estresantes, adquieren un repertorio de habilidades para afrontar el estrés y los practican exponiéndose ante distintos tipos de acontecimientos estresantes graduados en intensidad creciente, aumentando así su resistencia ante el estrés (Crespo y Cruzado, 2000). El EIDE incluye aprender a relajarse utilizando la reparación profunda y la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente estrés, dónde y cuándo sea, se puede relajar la tensión (McKay, et al. 1985a).

EL EIDE se compone de tres fases que se explican a continuación (Deffenbacher, 1995):

1. **Educación o reconceptualización.** Los objetivos de esta fase son tres: 1) desarrollar una buena relación terapéutica, 2) evaluar conjuntamente la naturaleza de los problemas de los pacientes y 3) formular hipótesis de trabajo sobre los problemas y su modificación. Por lo tanto, en esta fase, el terapeuta debe: 1° identificar los determinantes del problema y ayudar al paciente a identificarlos, distinguiendo si el problema es respecto a las demandas del medio o en la forma en

que ejecuta la respuesta, 2º proporcionar al paciente una explicación teórica acerca del origen y mantenimiento de las conductas problemáticas que presenta, 3º enseñar al a conceptualizar el problema como una secuencia de etapas diferenciadas y manejables, 4º enseñara al paciente a evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza y seleccionar aquéllas en las que presenta deficiencias y 5º explicar al paciente sobre qué aspectos incidirá el tratamiento y en qué consistirá.

2. **Adquisición y ensayo de habilidades.** En esta fase se desarrolla las habilidades de afrontamiento necesarias y/o comienza la intervención ambiental, se ensayan y revisan las estrategias y habilidades objetivo, hasta que el paciente posea los componentes de una intervención para la reducción de los problemas. Las intervenciones podrían incluir la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación, el entrenamiento en habilidades conductuales, el entrenamiento en solución de problemas, etc.
3. **Aplicación y consolidación.** Estos elementos se integran y se ensayan para la puesta en práctica de la vida real. Teniendo como metas: 1) el entrenamiento para la puesta en práctica en sitios reales y 2) el entrenamiento para la prevención de las recaídas y para el mantenimiento.

### 3.5.2.3. Reestructuración racional sistémica

La Reestructuración Racional Sistemática (RRS) se basa en la Terapia Racional Emotiva de Ellis, pero intenta ser más estructurada y resaltar más el empleo de este procedimiento para proporcionar al paciente habilidades de afrontamiento. La RRS se define como aquel procedimiento en el que el paciente aprende a controlar su ansiedad modificando el *set* cognitivo con el que se enfrenta a los acontecimientos preocupantes en potencia (Kanfer, 1992). Para la RRS Las suposiciones y expectativas de los individuos sobre el mundo que les rodea pueden tener importantes implicaciones para su reacción emocional y la conducta real. Los pacientes no se dan cuenta siempre de cómo construyen distintas situaciones ansiógenas. Aunque muchos individuos pueden ser capaces de informar sobre lo que se dicen a sí mismos en distintas situaciones ansiógenas, no siempre se dan cuenta de las razones “subyacentes” por las que se perturban. Teóricamente, esas autoverbalizaciones reflejan suposiciones más básicas, algunas de las cuales pueden tener

un carácter tácito. Se puede considerar que estas suposiciones tácitas reflejan esquemas básicos, que son las suposiciones subyacentes que los individuos ansiosos presentan en diferentes situaciones (Caballo y Buela-Casal, 1995).

El objetivo de la RRS consiste en proporcionar a los individuos habilidades de afrontamiento, de modo que en último término aprendan a funcionar como sus propios terapeutas. Las directrices clínicas del procedimiento son las siguientes:

1. *Presentar la suposición de que los pensamientos median las emociones.* El paciente debe reconocer que sus pensamientos, suposiciones, expectativas y etiquetas pueden afectar a su reacción emocional ante las situaciones.
2. *Establecer una perspectiva realista en el paciente.* El propio paciente debe tomar la perspectiva de que sus suposiciones que provocan su conducta desadaptativa son pocas realistas.
3. *Identificar las suposiciones poco realistas que median la conducta desadaptativa del paciente.*
4. *Ayudar a los pacientes a cambiar sus cogniciones poco realistas.* El paciente aprende a identificar y reemplazar las evaluaciones poco realistas por una valoración más apropiada de la situación.

### **3.5.3. Terapias de solución de problemas sociales**

El Entrenamiento en Solución de Problemas (ESP) se define como un proceso cognitivo conductual que ayuda al sujeto a: 1) hacer disponibles una variedad de alternativa de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y 2) incrementar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces entre esas alternativas. Puede decirse que el ESP es un método de tratamiento que enfatiza la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver los conflictos intra e interpersonales (Rodríguez y Gavino, 1997).

El ESP maneja tres conceptos básicos: problema, solución y solución eficaz. El problema se define como situaciones específicas de la vida que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrenta con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos. Básicamente los problemas presentan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados. Un problema puede ser un



acontecimiento único (p. e. pérdida de la cartera), una serie de sucesos relacionados (p. e. un jefe que hace peticiones poco razonables) o una situación crónica (como la enfermedad). Las demandas de la situación problemática pueden originarse en el ambiente (p. e. un requisito objetivo de la tarea) o dentro de la persona (p. e. una meta, una necesidad o compromiso social). Una solución se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. Así pues, una solución eficaz son aquellas respuestas de afrontamiento destinadas no sólo a lograr estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas y minimizan otras consecuencias negativas (Nezu y Nezu, 1995).

En sí, ninguna situación es intrínsecamente problemática sino la inadecuación de la respuesta lo que la hace problemática. Así pues, podemos enumerar el proceso de manera sintética con los cinco pasos que podemos nombrar “SOLVE” (en sus siglas en ingles) (McKay, Davis y Fanning, 1985b):

- S) Especifique su problema;
- O) Perfil su respuesta;
- L) Haga una lista con sus alternativas;
- V) Vea las consecuencias;
- E) Evalué los resultados.

Las ventajas de esta técnica, son las siguientes (Rodríguez y Gavino, 1997):

- 1) Es una estrategia que se utiliza tanto para prevenir problemas como para afrontar la autonomía.
- 2) Se usa fundamentalmente en psicología educativa.
- 3) Se puede utilizar sobre grupos con problemas específicos.
- 4) Durante el proceso terapéutico, se utiliza para el mantenimiento de los resultados.

### **3.6. Terapia de grupo cognitivo conductual**

#### **3.6.1. Definición del grupo cognitivo conductual**

Para Hollander y Kazaoka (1988, citados en Wessler, 1995) un grupo cognitivo conductual es el intento por parte del psicólogo encargado del grupo para intentar modificar

conductas y cogniciones de, por lo menos, dos o más pacientes que se reúnan como grupo por medio de la evaluación psicológica y de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, es decir, técnicas cognitivo conductuales que permita recabar datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los pacientes como individuos y sobre el grupo como un todo.

### **3.6.2. Fundamentación del grupo cognitivo conductual**

Cualquier técnica desarrollada para la terapia cognitivo conductual individual puede ser utilizada en los grupos. Por lo tanto, la terapia de grupo cognitivo conductual descansa sobre los mismos fundamentos que la terapia individual. Así mismo se basa en un modelo educativo de terapia, la labor del psicólogo a cargo consiste en enseñar y la tarea del paciente en aprender o reaprender nuevas conductas y creencias respecto a su enfermedad. Los problemas del paciente renal se deben a que en cierta medida son “ignorantes” pues se enfrentan a una situación nueva en la que no saben que hacer. Así pues, la terapia de grupo es, básicamente, un método de aprendizaje para aceptarse “uno mismo”.

### **3.6.3. Ventajas del grupo cognitivo conductual**

El enfoque grupal ofrece ciertas ventajas:

1. El grupo tiene una mejor relación costo/eficacia; se puede trabajar con varios pacientes a la vez.
2. Los pacientes pueden aprender que no son los únicos que presentan problemas con su enfermedad.
3. El grupo puede funcionar de una manera preventiva; p. e. un paciente que apenas ha ingresado a diálisis puede escuchar a otros pacientes que ya llevan tiempo en el programa y discutir situaciones a las que no se han enfrentado.
4. El paciente puede obtener una gran retroalimentación sobre su conducta de parte del terapeuta o de los demás miembros.
5. En el grupo los pacientes pueden ofrecer más información sobre problemas específicos y más sugerencia para su solución, que las que podría originar un terapeuta individual.

En resumen, la terapia cognitivo conductual es la fusión de dos corrientes en psicología: la conductual y la cognitiva. La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo).

Sostiene que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas.

Y las terapias cognitivo conductual se categorizan en tres grupos:

1. Terapias de reestructuración cognitiva: Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, Terapia Cognitiva de Aaron Beck, Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum, Terapia de Conducta Racional de Maultsby, Terapia Cognitivo Estructural de Guidiano y Liotti y Terapia de Valoración Cognitiva de Hankin-Wessler.
2. Terapias de habilidades de afrontamiento: Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad, Entrenamiento en Inoculación de Estrés y Reestructuración Racional Sistémica.
3. Terapia de solución de problemas

En conclusión, la terapia cognitivo conductual presenta grandes ventajas con respecto a otras aproximaciones psicológicas que pueden ser de gran utilidad en la intervención a problemas de salud. El siguiente capítulo contiene información derivada de la terapia cognitivo conductual sobre la importancia y ventajas de una buena comunicación médico-paciente.

Nombre de archivo: A6  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de  
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: CAPITULO III  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 28/09/2005 11:29  
Cambio número: 87  
Guardado el: 03/03/2006 12:11  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 82 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:07  
Última impresión completa  
Número de páginas: 29  
Número de palabras: 10.025 (aprox.)  
Número de caracteres:55.138 (aprox.)

## CAPÍTULO IV

### LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La interacción y comunicación efectivas entre médico y paciente son el punto central para la satisfacción de ambos, por el incremento de la capacidad clínica de los primeros, impactando favorablemente en los resultados de salud de sus pacientes.

#### **4.1. Importancia y ventajas de una buena comunicación médico-paciente**

La comunicación entre médicos y paciente, en la práctica, resulta frustrante e insatisfactoria para ambos interlocutores. Investigaciones muestran que la comunicación con los profesionales de la salud (PS) es considerada por los pacientes como el hecho más negativo de toda su estancia hospitalaria, así mismo, la transmisión de información, incluso en profesionales experimentados, se reporta como un problema que genera conductas y cogniciones de insatisfacción (McGhee, 1961). No resultan ajenas las percepciones que mantienen los PS y las características de su rol. Las percepciones se basan en estereotipos: lo que Watson decía es que los PS deben ver a sus pacientes como seres humanos y no meramente objetos sobre los que puede demostrar su habilidad, también, varían su comportamiento en función al tipo de pacientes, tipos de conductas, tipos de enfermedad, tipos de personalidad y estilos de interacción, e incluso en función de la popularidad de los pacientes. En ocasiones los PS pueden atribuir el fracaso de comunicación al propio paciente, resulta obvio que también el paciente puede no tener habilidades de comunicación (Rodríguez, 2000b).

1. *Una buena comunicación es parte importante del diagnóstico.* La comunicación efectiva le permite al médico, obtener información de salud relevante y motivar al paciente a seguir estilos de vida saludables, mejorando entonces el papel del médico en la promoción a la salud y en la prevención de la enfermedad.
2. *Una buena comunicación ayuda a la adherencia al tratamiento.* Las investigaciones muestran que el entrenamiento en habilidades de comunicación tiene una influencia positiva sobre el cumplimiento de los pacientes con la medicación prescrita.

3. *Una buena comunicación contribuye a la competencia clínica del médico.* Una mejor comunicación entre médico y paciente puede producir más consultas recompensantes para el doctor, tanto profesional como personalmente.
4. *Una buena comunicación contribuye a la satisfacción del paciente.* Ha sido bien documentado que la comunicación deficiente por parte del médico es un factor importante que contribuye a la insatisfacción de los pacientes y de sus familiares.
5. *Una buena comunicación contribuye en el costo y buen rendimiento de los recursos.* Las ganancias de la introducción del entrenamiento en habilidades de la comunicación contribuyen para abatir el costo y lograr una buena distribución de los recursos en la atención a la salud dado el potencial para diagnósticos más precisos y una mejor adherencia del paciente a los planes de tratamiento. Tales mejoras podrían ayudar a prevenir prescripción innecesaria de medicamentos que son: ya sea erróneamente indicados, seleccionados o bien usados inadecuadamente por los pacientes. La pobre comunicación conlleva a los accidentes y a las demandas consecuentes por negligencia médica.

#### **4.2. Ventajas del entrenamiento en habilidades sociales en médicos**

Las habilidades de comunicación son una inversión relativamente pequeña de tiempo y recursos en comparación con los considerables beneficios potenciales para los pacientes, médicos, escuelas de medicina y sistemas de atención a la salud.

La capacidad para comunicar es una habilidad humana básica. Como con cualquier otra habilidad, algunas personas muestran mayores aptitudes que otras. Sin embargo las habilidades pueden y deben ser mejoradas. El entrenamiento apropiado en habilidades de comunicación ha mostrado mejorar la comunicación de los profesionales en formación (Bird, Maguire y Heavy, 1993; Kahn, Cohen y Jason, 1979; Sanson-Fisher, Redman, Walsh, Reid y Perkins, 1991).

Se han desarrollado otros cursos para responder a las necesidades más específicas de internos y estudiantes durante el entrenamiento clínico. En tales cursos, las habilidades de comunicación se enseñan en el contexto de aspectos específicos de la interacción médico-paciente. La comunicación efectiva se ha enseñado como una forma de animar la adherencia a regímenes de tratamiento y para dar malas noticias (Sanson-Fisher, et al.,

1991). Las habilidades de comunicación se han enseñado en cursos de medicina de emergencia para el estudiante del primer año; para fortalecer el entrenamiento médico en prevención de enfermedades de transmisión sexual; en el cuidado de enfermos terminales; para intensificar el entrenamiento médico en el trabajo con pacientes sordos, y en adultos con retraso mental.

### **4.3. ¿Por qué dotar de habilidades sociales de comunicación a médicos?**

Por que, de manera resumida, Sanson-Fisher, et al. (1991) han sugerido que estudios en muchos países confirman que son comunes en la práctica clínica los problemas serios de comunicación. El sistema tradicional hipotético-deductivo que emplean los médicos para la solución de problemas, ha sido criticado por depender de preguntas demasiado cerradas y no responder a preguntas clave de los pacientes; presentando en muchos casos deficiencias en la construcción de la historia medica por una entrevista clínica mal hecha. Estos hallazgos son significativos considerando que se ha reportado que las habilidades de comunicación deficientes tienen consecuencias adversas sobre aspectos físicos, psicosociales y económicos en la atención a la salud (Fallowfield, 1992).

Por lo anterior, el entrenamiento en habilidades de comunicación, como ya se había mencionado, ayuda a que el médico de un mejor diagnostico, ayuda a que el paciente en el futuro se adhiera mejor a su tratamiento, por lo que una buena comunicación beneficia a la competencia clínica del médico y el paciente se siente más satisfecho por la atención; finalmente una buena comunicación reduce costos y aumenta los beneficios a las instituciones de salud.

### **4.4. Concepto de habilidades sociales**

Se denomina entrenamiento en habilidades sociales al proceso por el cual la gente se relaciona de forma eficaz o hábil con los demás (García y Gil, 1995). La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, sexo, clase social y educación. No supongamos que los médicos se comporten de la misma forma por pertenecer a una profesión determinada, ya que el grado de efectividad de un médico dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en

que se encuentre, atendiendo también que el médico tiene sus propias actitudes, valores creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. Por lo que aquí, considero, la conducta socialmente habilidosa debe definirse en función de la efectividad en que se comunican dependiendo la persona (paciente) y situación particular, en vez de términos de su topografía (Caballo, 1995).

Una habilidad significa que una conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. Por lo que las habilidades: 1) deben ser aprendidas, y 2) consiste en un conjunto de capacidades específicas.

Una conducta socialmente habilidosa debe ser considerada como:

- A)** Una característica de la conducta, no de las personas.
- B)** Una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- C)** Se debe contemplar el contexto cultural del paciente.
- D)** Esta basada en la capacidad de la persona para escoger libremente su actuación.
- E)** Es una característica de la conducta socialmente afectiva, no dañina.

Así mismo, las respuestas socialmente habilidosas son las siguientes:

- 1.** Iniciar y mantener una conversación.
- 2.** Expresión de amor, agrado y afecto.
- 3.** Defensa de los propios derechos.
- 4.** Pedir favores.
- 5.** Hacer cumplidos. Por ejemplo en el cuidado recibido.
- 6.** Aceptar cumplidos. Sobre conductas adecuadas como el cumplimiento terapéutico.
- 7.** Expresiones de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- 8.** Expresión justificada de molestia, incluido el desacuerdo.
- 9.** Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- 10.** Petición de cambio en la conducta del otro.
- 11.** Rechazar peticiones.
- 12.** Afrontamiento de las críticas.
- 13.** Hablar en público.



### 4.5. Habilidades básicas de comunicación en médicos

Los médicos necesitan adquirir algunas habilidades esenciales de comunicación. Para los propósitos del entrenamiento puede ser útil agruparlos como sigue (Rodríguez, 2000b):

#### 4.5.1. Habilidades interpersonales entre médico y paciente

Las habilidades interpersonales médico-paciente se refieren a las habilidades básicas que pueden ayudar a crear relaciones efectivas de ayuda. Un entrenamiento en habilidades interpersonales médico-paciente debería dirigirse a producir un nivel básico de aptitud en las siguientes áreas:

- A. *Ambiente físico apropiado.* La necesidad de establecer un ambiente físico apropiado para mejorar la privacidad, comodidad y atención. Pequeñas cosas tales como arreglar el asiento de tal manera que no sea amenazante O distante, o una cortina para crear la sensación de privacidad, mejorarán el resultado de la entrevista.
- B. *Recepción del paciente.* Saludar a los pacientes de una manera aceptable dentro de las normas culturales de acuerdo con la edad, sexo, etcétera, ayudará a mantener la dignidad del paciente y animará su participación. Usar el nombre del paciente es correcto cuando el médico conoce al paciente, ofrecer una señal apropiada de reconocimiento (“¿cómo está la familia?”, “¿cómo le fue en vacaciones?”, “se ve mejor hoy”, etcétera).
- C. *Escuchar activamente.* Esto involucra el empleo de las técnicas de comunicación verbal y no verbal. El médico deberá indicar claramente que el paciente tiene su total atención al observar, ofrecer aceptación y signos de seguimiento como asentimientos con la cabeza, frases como “bien”, “ya veo”, etcétera. Sin embargo, una disposición a escuchar activamente está mejor expresada al usar preguntas abiertas para promover respuestas más completas.

Lista de características para saber escuchar
<p>Signos de un pobre oyente</p> <p>Un pobre oyente... “...interrumpe mi fluidez para hablar o pensar”, “...cambia el tema”; “...piensa su respuesta mientras yo estoy todavía hablando”, “...da consejo en vez de participar en una búsqueda de respuestas”, “...generaliza diciéndome que soy igual que todos los demás”, “...salta a las conclusiones y hace interpretaciones”, “...trata de arreglar mi problema”, “...se mueve mental y emocionalmente fuera de mi situación”, “...mueve sus manos, pies o la posición corporal constantemente”, “...piensa que tiene que llenar las pausas o silencios”, “...evade mis preguntas”.</p>
<p>Signos de un buen oyente activo</p> <p>Un buen oyente... “...percibe lo que estoy sintiendo”; “...es paciente con los silencios”; “...me deja contarle mi historia sin interrumpir”; “...entra a mi mundo, camina en mis zapatos”; “...refleja mis</p>

pensamientos y sentimientos”; “...me acepta sin juzgarme”; “...me ayuda a tomar mis propias decisiones”; “...pone a un lado sus propias preocupaciones y necesidades”; “...no presume de tener las respuestas”; “...muestra calidez, interés y empatía” y “...me invita a compartir más”.

- D. Empatía, respeto, interés, calidez y apoyo.** Estos aspectos son la esencia de las habilidades interpersonales. No pueden ser fingidos fácilmente, y si el médico no los tiene, no se puede enseñar fácil mente qué hacer para mejorarlos. Sin embargo los médicos deberían marcar claramente su interés en cómo perciben sus problemas, cómo afecta su vida, si esto les preocupa, cuáles son sus esperanzas y expectativas. Los médicos pueden reafirmar su atención hacia el paciente con frases como: “eso debe ser molesto para usted” y deberán hacer preguntas para descubrir la percepción del paciente: “¿qué idea de la operación lo entristece?”. El médico deberá también aprender a mostrar respeto, interés, calidez y apoyo; esto también involucra no adoptar una actitud de juez.
- E. Lenguaje.** Los médicos deben monitorear más que abandonar el nivel de lenguaje que utilizan (“usted tiene apendicitis” es común en muchos adultos pero no en niños, etcétera); deberán monitorear la dificultad de cualquier lenguaje explicativo que usen, particular mente al explicar el diagnóstico y el razonamiento de éste y las sugerencias para el manejo del tras torno y la justificación de ellas.
- F. Comunicación no verbal.** Las habilidades de comunicación no verbal como el contacto visual, la proximidad y la expresión facial necesitan ser monitoreadas con retroalimentación para los estudiantes para ayudarlos a mejorar sus interacciones. Esto transmitirá al paciente que el médico está atento e interesado.
- G. Relación colaborativa.** Es importante que los pacientes puedan sentir que e doctor comprende claramente sus necesidades, y que está preparado para trabajar con ellos para lograrlo. Esto ocurrirá cuando el plan de tratamiento surja claramente de una explicación cuidadosa y una total comprensión de las necesidades, lo cual conduce a una negociación informada.
- H. Cierre de la entrevista.** Además de las habilidades para el lugar, inicio y continuación de la entrevista, también es importante la forma de concluirla. El médico deberá señalar clara mente que la entrevista está por concluir, habitualmente a través del resumen de qué se ha dicho y qué se ha negociado.

#### 4.5.2. Habilidades para reunir información

Una parte fundamental de la interacción médico-paciente implica obtener información de éste último. Las habilidades esenciales que son necesarias para facilitar el proceso de obtención de la información son las habilidades que facilitan la colaboración del paciente con la entrevista médica de tal forma que sea capaz de llevar al médico a un diagnóstico preciso del problema o de los síntomas.

- A. *Usar un balance apropiado de preguntas abiertas o cerradas.* Las preguntas abiertas invitan a una respuesta extensa, no a una respuesta “Si/No” Generalmente las preguntas abiertas tales como “Por favor, plátiqueme acerca de su dolor” son mejores para proporcionar información que las preguntas cerradas tales como “¿es un dolor punzante?”. Las preguntas abiertas son particularmente útiles cuando se pide a los pacientes describir su problema, lo cual se les permitirá hacer con un mínimo de interrupción al principio de la consulta.
- B. *Silencio.* Los estudiantes necesitan aprender a usar apropiadamente el silencio como una forma de animar a los pacientes a expresarse más completamente, tratar temas difíciles y recordar información importante.
- C. *Esclarecer las expectativas de los pacientes acerca de la consulta.* Los estudiantes necesitan definir con el paciente cuáles son sus expectativas sobre la consulta, y evitar hacer conclusiones prematuras sobre los motivos de consulta del paciente. Esto puede ayudar a identificar casos en los que los síntomas presentados por el paciente no son, de hecho, su principal preocupación. Esto último puede ser llamado el “motivo oculto” del paciente, el cual si no es identificado puede resultar en un diagnóstico inexacto.
- D. *Aclarar la información dada por el paciente.* Los estudiantes necesitan aclarar el significado de lo que el paciente dice y las señales que los médicos perciben de la comunicación no verbal del paciente con el fin de asegurar que lo comprendió totalmente.
- E. *Sucesión de eventos.* Después de propiciar una descripción amplia de la situación del paciente, los estudiantes necesitan aprender cómo ayudar al paciente a secuenciar los eventos y experiencias, con el fin de desarrollar un panorama lógico de su situación.

- F.** *Dirigir el flujo de la información.* Así como es importante que se dé a los pacientes la oportunidad de comunicarse libremente, también el estudiante necesita aprender a mantener el control de la entrevista guiando discretamente su contenido hacia un diagnóstico del problema.
- G.** *Resumen.* Dado que puede ser intercambiada demasiada información en la consulta, el estudiante debe aprender a resumir los principales puntos surgidos durante la consulta y asegurarse de que haya una comprensión compartida de éstos.

### **4.5.3. Habilidades para dar información y educación al paciente**

La entrevista médica usualmente implica que el médico ofrezca información al paciente acerca de su enfermedad o problema, y cuando es apropiado el médico dará información y consejo acerca del propósito del plan de tratamiento propuesto u opciones de tratamiento.

- A.** *Ofrecer información clara y simple* por medio del monitoreo de la jerga, la dificultad y la certeza, como ya se mencionó, y revisando la comprensión del paciente antes (“¿qué sabe acerca del asma?”) y durante (“¿he sido claro?”) el proceso de explicación.
- B.** *Usar recomendaciones específicas con ejemplos concretos.* La información o recomendación abstracta o general debe ejemplificarse y contextualizarse en términos que tengan sentido para el paciente: “no coma alimentos ácidos, por ejemplo, evite cosas fritas”.
- C.** *Señalar primero las cosas importantes.* La investigación sugiere que lo que se dice primero se recuerda mejor. El médico deberá decir primero lo que es más importante para que el paciente lo recuerde.
- D.** *Emplear la repetición.* La repetición debe ser usada cuidadosamente en un nivel apropiado para el paciente. A menudo es mejor reciclar información usando palabras ligeramente diferentes en caso de que la primera formulación sólo haya sido comprendida parcialmente.
- E.** *Resumir.* Esto es una habilidad importante para concluir la entrevista. El resumen debe ser breve y repetir los principales puntos acordados en un lenguaje inequívoco y claro. También se les puede pedir a los pacientes que repitan las instrucciones del médico para asegurarse de que hay una comprensión compartida.

**F. Categorizar la información para reducir la complejidad y ayudarlo a recordar.**

Cuando la información a transmitir sea compleja o cuando se tiene que decir, deberá ser claramente dividida en unidades manejables que sean fácilmente señaladas para el paciente, usando indicadores como “hay tres cosas que necesitamos pensar acerca de... primero, segundo, tercero, etcétera”.

**G. Usar herramientas.** Los diagramas pueden ser muy útiles cuando la información es compleja o simplemente se da mejor de esta forma (por ejemplo al explicar y localizar el lugar de una úlcera). La información compleja puede ser acompañada por una serie de anotaciones en una hoja de papel como un auxiliar de memoria. Algunos doctores ofrecen cintas grabadas de sus consultas a los pacientes cuando la información ha sido demandante intelectualmente o estresante psicológicamente.

Verificar la comprensión del paciente acerca de lo que se ha dicho. Es útil repetir las instrucciones importantes, usar diagramas, instrucciones escritas y algunas veces emplear auxiliares técnicos para explicar conceptos difíciles. El estudiante debe ser apto para resumir la información dada y comprobar la comprensión del paciente pidiéndole que repita lo que ha escuchado y comprendido.

#### **4.6. Procedimientos de aplicación en entrenamiento grupales**

La aplicación eficaz del entrenamiento en habilidades sociales orientadas a maximizar el aprendizaje de conductas socialmente habilidosas, exige observar unos requisitos mínimos que garanticen una adecuada participación de los sujetos en los entrenamientos (Caballo, 2002) que son las condiciones generales de aplicación y las técnicas del entrenamiento en habilidades sociales.

##### **4.6.1. Condiciones generales de aplicación**

Existen ciertas condiciones generales que garantizan una adecuada aplicación:

1. Evaluación de los sujetos,
2. Identificación de las situaciones sociales y de las habilidades sociales necesarias,
3. Elección de modalidad de entrenamiento,
4. Infraestructura y recursos materiales y personales,
5. Estrategias de generalización,

## 6. Planificación de las sesiones de entrenamiento y seguimiento.

Así mismo, de forma general, pueden señalarse cuatro fases fundamentales en la aplicación de entrenamiento en grupo son:

1. Formación del grupo,
2. Establecimiento de normas,
3. Establecimiento de un marco de análisis uniforme para todos los sujetos, y
4. Establecer y aplicar un modelo de cambio.

### 4.6.2. Técnicas del entrenamiento en habilidades sociales

Las técnicas empleadas en el entrenamiento en habilidades sociales son las siguientes (Caballo, 2002):

1. **Instrucciones.** Se trata de dar explicaciones claras y concisas sobre las conductas a entrenar. Su finalidad es guiar en la ejecución de respuestas específicas.
2. **Modelado.** La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. El modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede presentarse en vivo o grabado en vídeo. La representación puede hacerse de todo el episodio o de únicamente una parte de él.
3. **Ensayo conductual.** El ensayo de conducta es el procedimiento más frecuentemente empleado en el entrenamiento en habilidades sociales. Por medio de dicho procedimiento se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para el paciente. En el ensayo de conducta el paciente representa cortas escenas que simulan situaciones de la vida real. Se le pide al actor principal -el paciente- que describa brevemente la situación-problema real.
4. **Retroalimentación y reforzamiento.** La retroalimentación y el reforzamiento son dos elementos fundamentales del entrenamiento en habilidades sociales. Muchas veces, estos dos componentes se funden en uno, cuando la retroalimentación que se da al paciente es reforzante para él. El reforzamiento tiene lugar a todo lo largo de

las sesiones y sirve tanto para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente.

5. **Generalización.** Nos referimos a generalización cuando el paciente manifiesta los comportamientos de habilidades sociales entrenados en condiciones distintas a las que guiaron su aprendizaje inicial.

En resumen una buena comunicación entre médico y paciente trae diversos beneficios: el diagnóstico mejora, ayuda a que el paciente se adhiera mejor al tratamiento, contribuye a la competencia clínica del médico, contribuye a la satisfacción del paciente y contribuye en el costo y buen rendimiento de los recursos de las instituciones de la salud. Para lograr una buena comunicación entre médicos y pacientes el entrenamiento en habilidades sociales es una alternativa viable. Así pues, en el siguiente capítulo se presenta la propuesta de intervención psicológica cognitivo conductual donde se puede observar como el entrenamiento en habilidades sociales y otras técnicas cognitivo conductuales pueden mejorar el desempeño del médico al comunicarse mejor con sus pacientes y el paciente afrontar mejor su enfermedad.

Nombre de archivo: A7  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: CAPITULO IV  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 28/09/2005 11:29  
Cambio número: 12  
Guardado el: 02/03/2006 1:44  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 14 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:10  
Última impresión completa  
Número de páginas: 11  
Número de palabras: 3.520 (aprox.)  
Número de caracteres: 19.360 (aprox.)



## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL**

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) tiene grandes implicaciones en tres esferas de la vida del paciente: a nivel físico, psicológico y social. En el físico la IRCT es una insuficiencia casi total del funcionamiento del riñón inferior al 10% de lo normal, como son el mantenimiento de la composición del organismo, la excreción de productos finales del metabolismo y de sustancias extrañas, y producción y secreción de enzimas y hormonas para realizar las funciones renales básicas. En esta fase terminal, el paciente tiene que ingresar a un programa de diálisis o hemodiálisis para sustituir parcialmente la función renal y posteriormente realizarse un trasplante de riñón que le permita recuperar la función renal total.

Psicológicamente hablando, los pacientes tratados con diálisis peritoneal, en sus tres modalidades (DPI, DPCA y DPCC), están ligados a un ritual diario y repetitivo para realizar los recambios del líquido, es decir, el paciente deberá afrontar no sólo el hecho de padecer una enfermedad incurable, sólo con el trasplante de riñón, sino también someterse a un procedimiento dialítico para seguir vivo; esta realidad supondrá un corte radical en la vida del paciente, existiendo un antes y un después de la diálisis. Los problemas psicológicos más importantes en los pacientes en diálisis son: la depresión, ansiedad, suicidio, conductas poco cooperativas, falta de adhesión al tratamiento, estrés y disfunción sexual, que se deben al padecimiento mismo de la enfermedad y al nivel cognitivo, pues el paciente piensa que es un discapacitado. Finalmente, a nivel social los pacientes con IRCT tienen problemas en las actividades laborales; aquellos que han trabajado por largo tiempo sufren una muerte social. Esto conlleva a problemas económico que forzan a la familia a adaptarse a una pensión o a que uno de los miembros tome el papel de proveedor que fungía el enfermo; de esta manera, la enfermedad puede generar una reestructuración de los roles familiares que posiblemente provocará problemas en la relación con los demás miembros de su familia.

El paciente con IRCT puede vivir por un período aproximado de dos a cinco años en programa de diálisis. En México sólo 16 pacientes de cada 100 en diálisis recibe un

trasplante de riñón. Por lo anterior, y debido a que en México el papel del psicólogo de la salud es mínimo, a consecuencia de su reducido número y en algunas ocasiones nulo, dentro de las instituciones de salud, se sugiere el trabajo de éstos en la atención, tan necesaria, de problemas relacionados al proceso salud-enfermedad y en específico al trabajo psicológico con el paciente con IRCT, para intervenir en los diversos problemas psicológicos que surgen a lo largo del progreso de la enfermedad de éstos pacientes, en base a la terapia cognitivo conductual por su fundamentación teórica, su estructura metodológica y sus antecedentes empíricos efectivos en el tratamiento de otras patologías médicas.

### **5.1. Objetivo global de la propuesta**

El objetivo global es proponer y proporcionar las bases teóricas y metodológicas para la atención psicológica del paciente diagnosticado con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis basado en la terapia cognitivo conductual.

### **5.2. Objetivo general 1. Elaborar un programa de capacitación para que el médico proporcione de manera adecuada la información sobre la enfermedad al paciente con IRCT.**

La presente propuesta inicia con el entrenamiento en habilidades de comunicación en médicos, éste es un componente fundamental del tratamiento psicológico del paciente renal (Tucker, Mulkener y Ziller, 1982; Nichols, 1995, citados en Vidal, 2003), ya que por un lado Kaplan de Nour (citado en Vidal, 2003) encontró que en las unidades de diálisis, los médicos, tienden a subestimar el grado de ajuste de los pacientes al tratamiento dialítico; por el otro diversas investigaciones (p. e. McGhee, 1961; Kahn, Cohen y Jason, 1979; Sanson-Fisher, et al., 1991; Fallowfield, 1992; Bird, Maguire y Heavy, 1993 y Rodríguez, 2000) han demostrado que una buena comunicación ayuda a que el médico realice un buen diagnóstico, probabiliza el aumento de la adherencia al tratamiento médico, puede producir más consultas recompensantes para el médico, mejora la comprensión de la información del padecimiento en el paciente, puede contribuir a la satisfacción del paciente en los servicios profesionales que recibe del médico y favorece en el costo y buen rendimiento de los recursos destinados a las instituciones de salud.

## **1. Método**

**Participantes.** Médicos que intervienen directamente con el paciente renal, de las áreas de medicina general, medicina interna, diálisis y médicos residentes de estas áreas.

**Instrumentos y aparatos.** “Hoja de registro de habilidades de comunicación” (Ver Anexo 1). Materiales audiovisuales tales como: equipo de video conformado por cámara, reproductor de video y televisor; pizarrón, proyector de acetatos o computadora y cañón.

### **Procedimiento**

**Criterio de selección.** Se debe aplicar a los médicos la “Hoja de registro de las habilidades de comunicación” (Ver anexo 1) que nos permitirá evaluar de manera general las habilidades básicas de comunicación del médico o del residente. Esta escala debe ser aplicada en un contexto real de interacción médico-paciente por un observador que evalúe la competencia del médico. Esta evaluación descarta sujetos que sí exhiban habilidades básicas de comunicación. Los sujetos seleccionados deben ser entrevistados individualmente para dar el resultado de la escala y sugerirles la participación en el grupo para ser entrenados en habilidades sociales de comunicación.

### **Propuesta**

**Objetivo general de la intervención:** Al término de la intervención los médicos establecerán una buena comunicación con sus pacientes.

#### **Objetivos particulares de la intervención:**

1. Que los médicos participantes describan la importancia y beneficios de la comunicación médico-paciente.
2. Que los médicos participantes adquieran las habilidades básicas de comunicación (habilidades interpersonales entre médico y paciente, habilidades para reunir información y habilidades para dar información y educación al paciente).
3. Que los médicos participantes integren a su repertorio conductual las habilidades sociales de comunicación (verbales, no verbales y cognitivas) en situaciones artificiales para proporcionar información a pacientes.
4. Que los médicos participantes integren a su repertorio conductual las habilidades sociales de comunicación (verbales, no verbales y cognitivas) en situaciones reales para proporcionar información a los pacientes.

Programa de intervención					
Número de sesión	Objetivo particular	Actividades del entrenador	Actividades del médico	Formas de evaluación	Criterios de cambio
<b>SESION I</b>	Que los médicos participantes describa la importancia y beneficios de la comunicación médico-paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Evaluación inicial del médico (conocimientos de la importancia de la comunicación médico-paciente [Ver Anexo 2]).</li> <li>◆ Exposición total de la información (Ver esquema 1 del Anexo 3 para guía de exposición y punto 4.1 Importancia y ventajas de una buena comunicación médico-paciente del capítulo IV).</li> <li>◆ Coordinación de participación.</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 2).</li> <li>◆ Evaluación final del médico.</li> <li>◆ Asignación de tarea (roles, Ver parte II del Anexo 4).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El médico contestará el “Cuestionario de conocimientos básicos de la comunicación médico-paciente” al inicio y final de la sesión (Ver Anexo 2).</li> <li>◆ El usuario tomará notas y analizará la información presentada.</li> <li>◆ Hará preguntas de lo que no le quede claro.</li> <li>◆ El médico hará el comentario de lo que le ha parecido la información y que cambios hay en ésta.</li> <li>◆ Realización de la tarea para la siguiente sesión (Asignación de roles [Ver parte II del Anexo 4]).</li> </ul>	“Cuestionario de conocimientos básicos de la comunicación médico-paciente” (Ver Anexo 2).	Que el médico obtenga una puntuación de 100% de respuestas correctas del “Cuestionario de conocimientos básicos de la comunicación médico-paciente” (Ver cuestionario 1).
<b>SESION II y III</b>	Que los médicos participantes adquiera las habilidades básicas de comunicación (habilidades interpersonales entre médico y paciente, habilidades para reunir información y habilidades para dar información y educación al paciente).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones/aleccionamiento de las habilidades a desarrollar (Ver esquema 2 del Anexo 4 para guía de exposición, parte I del Anexo 4 y punto 4.4 “Habilidades básicas de comunicación en médicos” del Capítulo IV).</li> <li>◆ Ejemplos de las habilidades básicas de comunicación (Ver parte I del Anexo 6).</li> <li>◆ Dinámica de juego de roles (Ver parte II del Anexo 6).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la ejecución del médico (Ver Anexo 6).</li> <li>◆ Asignación de tareas (Ver parte III del Anexo 6).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El médico tomará notas y analizará la información presentada (Ver parte I del Anexo 6 y punto 4.4 “Habilidades básicas de comunicación en médicos” del capítulo IV).</li> <li>◆ Realización de ejercicios (Ver parte I del Anexo 6).</li> <li>◆ Participará en representaciones (juego de roles, Ver parte II del Anexo 6).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	“Hoja de registro de las habilidades de comunicación” (Ver anexo 1) y “SECHS” (Ver anexo 5).	Que el médico obtenga una evaluación general de 63 puntos “Regular” a 105 “Muy bueno” del “SECHS” (Ver anexo 5).

Número de sesión	Objetivo particular	Actividades del entrenador	Actividades del médico	Formas de evaluación	Criterios de cambio
<b>SESION IV y V</b>	Que los médicos participantes integren a su repertorio conductual las habilidades sociales de comunicación (verbales, no verbales y cognitivas) en situaciones artificiales para proporcionar información a pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones para la realización del ensayo conductual (Ver parte I del Anexo 7).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento del ensayo realizado.</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escuchar y tomar notas de las instrucciones (Ver parte I del Anexo 7).</li> <li>◆ Repetición (en caso necesario).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).	Que el médico obtenga una evaluación general de “Muy bueno” de la hoja de “Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” en dos ensayos consecutivos (Ver anexo 5).
<b>SESION V y VI</b>	Que los médicos participantes integren a su repertorio conductual las habilidades sociales de comunicación (verbales, no verbales y cognitivas) en situaciones reales para proporcionar información a los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ensayo conductual en situación real (Ver parte II del Anexo 7).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento del ensayo realizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Realizará las conductas de dar información que no contenía o realizaba inadecuadamente (Ver parte II del Anexo 7).</li> <li>◆ Participará en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	“Hoja de registro de las habilidades de comunicación” (Ver anexo 1).	Que el médico obtenga calificaciones de “5” por cada conducta que amerite ser evaluada en una situación real (Ver anexo 1).

**5.3. Objetivo general 2. Proporcionar al paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en programa de diálisis un programa de intervención psicológica basado en la terapia cognitivo conductual para afrontar, en la medida de lo posible, su enfermedad.**

La propuesta de atención psicológica del paciente con IRCT se estructura en tres fases diferenciadas, que pueden no ser continuas para todos los pacientes, es decir, puede que un paciente entre a la fase II en el momento de comenzar la intervención u otro sea atendido desde el diagnóstico hasta la etapa terminal de su enfermedad:

**Fase I.** Intervención psicológica del paciente diagnosticado con IRCT antes de entrar al programa de diálisis (diagnóstico-colocación de catéter) cumpliendo dos objetivos específicos:

1. Evaluación de la comprensión y satisfacción del paciente con respecto a la información del padecimiento.
2. Preparación psicológica cognitivo conductual para la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis.

**Fase II.** Grupo cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis cumpliendo cuatro objetivos específicos:

1. Entrenamiento en reestructuración cognitiva en pacientes con IRCT,
2. Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT,
3. Entrenamiento en control de la activación en el paciente con IRCT y
4. Entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT.

**Fase III.** Intervención psicológica cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis en formato individual.

**5.3.1. Fase I.** La intervención psicológica del paciente diagnosticado con IRCT debe empezar antes de entrar al programa de diálisis, es decir, en el periodo comprendido entre el diagnóstico y la colocación de catéter (Nichols, 1995, citado en Vidal, 2003). Cumpliendo dos objetivos específicos: 1. Evaluar la comprensión y satisfacción del paciente con respecto a la información del padecimiento y 2. Preparación cognitivo conductual para la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis.

**Objetivo específico 1. Evaluar la comprensión y satisfacción del paciente con respecto a la información del padecimiento.**

En el objetivo general uno se propuso dotar al médico de habilidades sociales de comunicación para proporcionar información de la enfermedad al paciente con IRC. Ahora bien, se pretende aquí evaluar la satisfacción y comprensión de la información del paciente y trato que ha recibido de su médico, para lo cual podemos emplear las preguntas del Anexo 9. Se debe comprobar que el paciente cuente con la información básica de la enfermedad que le ayude a comprender lo que le está pasando. Esto sirve, además de la evaluación en vivo del médico al proporcionar la información, para evaluar si existen sesgos de información y proceder según el caso, es decir, pedir al médico que vuelva a dar la información no entendida o que dé toda la información si es que no la ha proporcionado. Esto es de vital importancia, pues se considera que el fracaso en el procesamiento de la información puede llevar al paciente renal a crear pensamientos distorsionados y a las consiguientes emociones y conductas desadaptativas. Así pues, después de estar seguros que la información ha sido adquirida por el paciente, podemos pasar al siguiente objetivo específico.

**Objetivo específico 2. Preparación cognitivo conductual para la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis.**

Los procedimientos médicos invasivos son cualquier técnica operatoria o diagnóstica que usualmente involucra el uso de instrumentos y que requiere la penetración de tejido o la invasión por medio de una incisión en el cuerpo del paciente. El éxito de la diálisis peritoneal está directamente relacionado con un acceso seguro y permanente a la cavidad

peritoneal. Este acceso es denominado catéter. El catéter es un tubo plástico, siliconado, flexible y compatible para uso interno en el organismo.

El acceso a la cavidad peritoneal se realiza a través de una pequeña incisión, cirugía o por la apertura de un pequeño orificio realizada con un instrumento llamado “trocar”, que dará acceso permanente a la cavidad peritoneal. Luego de su implantación, unos centímetros del catéter se dejan sobresalir del abdomen y se le cierra debidamente con un pequeño equipo de transferencia y un tapón que, una vez cerrado y fijado, se mantendrán debajo de la ropa. La infusión y el drenaje de la solución de diálisis se realizan mediante el implante del catéter peritoneal. Este procedimiento invasivo es doloroso, ya que la anestesia es local.

Así pues, para el cumplimiento del objetivo se deben seguir dos fases: fase A. Evaluación del paciente con IRCT candidato a diálisis peritoneal y fase B. Intervención cognitiva conductual dirigida al paciente con IRCT candidato a diálisis peritoneal.

**Fase A. *Evaluación del paciente con IRCT candidato a diálisis peritoneal.*** La evaluación del paciente con IRCT debe ser en el aspecto conductual y cognitivo. Desde el punto de vista conductual el hecho de que una persona mantenga, pierda o recupere su salud va a depender de la interacción de tres factores: la historia previa de relaciones del sujeto con su entorno, las habilidades funcionales para manejar las situaciones que vive y el papel modulador de las contingencias ambientales sobre sus estados biológicos. Desde el punto de vista cognitivo, la respuesta de estrés del paciente en situaciones específicas como la hospitalización, la enfermedad o la cirugía como estresor, va a depender de dos procesos cognitivos: la evaluación primaria (“¿qué significa esto (la cirugía) para mí?”) y la evaluación secundaria (“¿me siento capaz de hacer algo eficaz ante esta situación?”). La ansiedad ante la colocación del catéter de diálisis antes (preparación), durante (curso o procedimiento de la cirugía) y después (recuperación) no va a depender sólo de las causas biológicas implicadas, sino también lo que significa para el paciente (p. e. amenaza, pérdida, pensamientos de injusticia, etc.), y lo que hará con ella (p. e. seguimiento de las prescripciones). Significado y conducta ante la enfermedad o cirugía son las cuestiones claves para la intervención cognitivo conductual del paciente con IRCT. Para la evaluación del paciente nos debemos basar en cuatro factores específicos:



**1. *Evaluar el significado subjetivo de la enfermedad o cirugía.*** Los significados en torno a la enfermedad o cirugía inminente a la que va a ser sometido el paciente con IRCT se suelen distribuir en dos aspectos relacionados entre sí: el concepto que tiene el paciente sobre la enfermedad o cirugía en cuestión y el significado que le otorga en cuanto a las repercusiones personales que le conlleva ésta situación.

En cuanto al concepto o modelo de enfermedad del propio paciente, es importante recabar de él mismo:

- A.** Sus preocupaciones en torno a la enfermedad que padece o la cirugía prevista. Las preguntas del Anexo 9 pueden ser muy útiles, así mismo se puede preguntar lo siguiente: ¿el cirujano le ha explicado el procedimiento quirúrgico?, ¿le ha aclarado sus dudas?, ¿qué le preocupa de la intervención?
- B.** El modelo causal (atribuciones) del propio paciente, sus ideas de qué le ha llevado a tal estado. Por eso es importante que el médico proporcione toda la información para el entendimiento del paciente renal de su situación. El paciente al no ser informado puede generar conclusiones sin bases sólidas, por ejemplo dejar las causas de la IRCT en ideas irracionales de culpa o merecimiento como castigo divino, del destino, etc. dejando de lado la explicación del antecedente patológico que ha desarrollado (p. e. diabetes o hipertensión).
- C.** Así mismo, debemos conocer si el paciente minimiza o maximiza la importancia del órgano afectado, es decir, puede exagerar la implicación o amenaza de la afectación (p. e. pensar que IRCT es sinónimo de muerte) y minimizar su efecto futuro (p. e. pensar que si no se realiza la diálisis no pasará nada).

Respecto al significado que el paciente otorga a las repercusiones que puede tener la enfermedad o cirugía para su propia autoestima y curso vital es importante determinar las siguientes situaciones:

- A.** Cómo cree el paciente que la enfermedad va a afectar a su imagen corporal y estima personal (p. e. pérdida de vigor físico, de atractivo sexual por el cambio estético de su abdomen con el catéter de diálisis, etc.),
- B.** Las consecuencias y repercusiones sobre su actividad y proyectos personales, y

C. Pedir al paciente que comparta sus expectativas sobre su enfermedad, su evolución futura y los tratamientos previstos. Algunos pacientes pueden exagerar sus expectativas que repercutirán de manera negativa.

Vemos así la importancia de la información que reciba el paciente con IRCT del médico con respecto a su enfermedad (diagnostico, causas, síntomas, tratamiento: diálisis, medicamento, dieta, cirugía, etc., expectativas de funcionalidad, cambios en el aspecto estético, etc.) para que el paciente se adapte mejor a su nueva situación y pueda enfrentarse a la colocación del catéter de diálisis y a largo plazo adherirse al tratamiento. Por eso es que la propuesta de intervención psicológica con el paciente renal debe empezar con la adquisición de habilidades de comunicación en el médico.

**2. *Evaluar el estado emocional del paciente.*** Es importante conocer el estado emocional del paciente con IRCT. Como se verá más adelante, la ansiedad, el estrés, distorsiones cognitivas y la depresión pueden estar presentes con frecuencia, dado que la hospitalización, la enfermedad o cirugía pueden significar una amenaza o pérdida potencial para el paciente.

Se deben investigar los miedos específicos del paciente sobre su enfermedad o cirugía. El paciente que no cuente información sobre su enfermedad y sobre el procedimiento quirúrgico puede presentar “miedos injustificados”, por ejemplo, una paciente a la que se le iba a colocar el catéter de diálisis, al no ser informada en lo más mínimo, afirmaba que la incisión sería igual que una cesárea, cuando en realidad es de unos cuantos centímetros (5 a 10 cm.).

**3. *Evaluar el curso de la enfermedad o cirugía prevista.*** Es de gran importancia que el psicólogo, además de conocer las técnicas cognitivo conductuales, conozca el estado físico actual del paciente, el tipo de intervención prevista o en curso y los principales elementos de la enfermedad, su tratamiento y pronóstico, y por lo tanto debe de tener una actividad relacionada con la del médico, cirujano, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.

**4. *Evaluar la red de apoyo familiar y equipo de salud del paciente.*** Los familiares del paciente juegan un papel importante sobre el estado emocional y conductual de éste. No se le pide en vano al familiar de éste que permanezca 24 horas con él, ya sea para satisfacer necesidades básicas de cuidado (proporcionarle el cómodo, ayudarle a bañarse, etc.) o para

que se sienta apoyado en una situación difícil y pueda estimular a su familiar a afrontar su situación de manera más adaptativa.

En caso de cirugía es importante evaluar si el paciente puede contar con la presencia de un familiar de confianza que le acompañe en los momentos previos a la intervención y en el postoperatorio cuando termine la anestesia y aparezcan los signos iniciales de desorientación y dolor.

Sí bien es triste ver pacientes que prácticamente son abandonados por sus familiares en los hospitales y que por ende presentan conductas, emociones y cogniciones desadaptativas, la ayuda del personal sanitario que está en contacto con ellos es de gran utilidad. En este caso los profesionales de la salud deben eliminar preferencias por sus pacientes.

### **Fase B. Intervención cognitiva conductual dirigida al paciente con IRCT candidato a diálisis peritoneal.**

#### **1. Información de la intervención quirúrgica para la colocación del catéter de diálisis.**

Investigaciones han mostrado que la mayoría de los pacientes adultos desean ser informados en detalle acerca de los procedimientos médicos invasivos que van a llevarse a cabo. En el objetivo uno de esta propuesta vemos la importancia de la información de la enfermedad para los pacientes. Ridgeway y Mathews (1982) y Webber (1990) han demostrado que la información adecuada antes de la operación acerca del procedimiento favorecía la recuperación postoperatoria de los pacientes. Más relacionado con el paciente en diálisis, en 1964 Egbert y otros autores mostraron la validez de esta teoría con pacientes que serían operados del vientre (parecido a la colocación de catéter). Asignados aleatoriamente a dos grupos, el primero sería informado de manera general sobre la enfermedad y el segundo (grupo control) no sería informado. Los resultados demostraron que el primer grupo necesitó menor administración de narcóticos para el dolor y se les dio de alta hospitalaria en menor tiempo en comparación al segundo grupo. El supuesto básico es que dar información sobre un acontecimiento estresante puede reducir el estrés y sus consecuencias negativas, es decir, la información aumenta el grado de predictibilidad del estresor y con ello aumenta la tolerancia al estrés (Johnson, Leventhal y Dabas, 1971, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993). La información proporcionada debe dirigirse en dos sentidos:

- A. *Información sobre el padecimiento.* Deben ser contestadas las siguientes preguntas: cómo se realiza la colocación del catéter, quién la realizará (cirujano o médico residente), qué etapas o fases se suceden y qué ocurre en los períodos pre, intra y post quirúrgicos.
- B. *Información sobre sensaciones.* Se debe prever al paciente sobre las posibles sensaciones después de colocado el catéter como dolor (intensidad, tipo, frecuencia, localización), fatiga, náuseas, etc.

## 2. Reestructuración cognitiva de la cirugía.

El paciente diagnosticado con IRCT y candidato a diálisis peritoneal (con la inminente intervención de cirugía) puede presentar una serie de actitudes o creencias disfuncionales, erróneas o irracionales sobre cuestiones relacionadas a la enfermedad y el procedimiento quirúrgico. Habrá algunas ocasiones en que el paciente aunque haya sido informado adecuadamente presente cogniciones distorsionadas relacionadas a la colocación del catéter. Algunas investigaciones (p. e. Kendall, Williams, Pechaceck, Graham, Shisslack y Herzoff, 1997; Langer, Jarris y Wolfer, 1975, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993) han demostrado la efectividad de la reestructuración cognitiva en pacientes sometidos a cirugía. Algunas de estas cogniciones distorsionadas que se han identificado en los pacientes con IRCT son las siguientes, con sus respectivas reestructuraciones:

- A. *“Para que me coloco el catéter si de todas formas me voy a morir”.* De hecho si el paciente no se colocara el catéter de diálisis sería una decisión contraproducente con sus deseos de vivir, ya que la no dialización provocará un deterioro en sus funciones ocasionando así una muerte prematura.
- B. *“La incisión para colocar el catéter será muy grande”.* La falta de información del procedimiento orillan a que los pacientes lleguen a conclusiones sin bases sólidas, imaginándose así en qué consiste todo el procedimiento y el material. La incisión para colocar el catéter de diálisis es de unos cuantos centímetros.
- C. *“La anestesia me puede provocar muchos problemas”.* A cualquier paciente que será anestesiado local o totalmente se le practican una serie de análisis previamente para saber si existe la posibilidad de una alergia a la anestesia, así pues, pocos pacientes presentan problemas relacionados con la administración de la anestesia.

- D.** *“Entrar al quirófano es lo peor que me puede pasar”*. Ésta es una idea catastrofista, invariablemente las personas piensan que ciertas situaciones que viven y que no les son agradables son las peores que pueden vivir, hay que ayudar al paciente a que recuerde aquellas situaciones en las que dijo lo mismo para que se percate de que ha superado cada situación difícil de su vida y que puede lograr superar la colocación del catéter de diálisis.
- E.** *“No soporto la idea de ingresar a un quirófano”*. Preguntas claves pueden ser muy útiles: *“¿Qué es lo que no soporta en particular?, ¿de qué manera no lo puede soportar?, pruebe que no puede, ¿cómo no puede?, ¿eso es tan insoportable para usted?, ¿ha sobrevivido a situaciones que usted pensaba insoportables?”*. En realidad no hay nada que una persona no pueda soportar. Podrán haber muchas cosas que no le agraden, que le molesten, que le incomoden, que le entristezcan y que le duela tener que soportar, pero eso no implica que no pueda hacerlo. Un paciente podría decir que no soporta estar enfermo, pero la realidad es que sí puede hacerlo, a pesar de que sufra, puede, y lo hará hasta que el día que sane o muera.
- F.** *“Algo puede salir mal en la operación y puede que muera”*. Siguiendo el argumento anterior, incluso si le ocurriera la cosa más perjudicial, como cualquier situación negativa en el quirófano, claramente puede soportarlo hasta que muera; porque una vez que muera por causa de ello, ya acaba su existencia y ya no quedan más preguntas que hacer sobre si puede o no soportarlo. Se le puede demostrar estadísticamente al paciente que los fallecimientos que han ocurrido para colocar un catéter (nulas), que aunque sea una cirugía ésta es de bajo riesgo para el paciente.

**3. Evaluación de la cirugía en función a sus aspectos positivos y negativos.** Se pide al paciente que clasifique la colocación del catéter en término de ventajas y desventajas con ayuda del siguiente cuadro:

“Ventajas para entrar a diálisis”	“Desventajas para entrar a diálisis”
P. e. Mis síntomas desaparecerán, me sentiré mejor, podré irme a casa en poco tiempo, etc.	Me dolerá la incisión, me preocupa que no salga bien la colocación del catéter, etc.

**4. Entrenamiento en técnicas de control de la activación.** Se ha comprobado que las técnicas de relajación pueden disminuir la activación fisiológica y emocional asociada al

dolor de la cirugía (Vera y Vila, 1995; Langer, Jarris y Wolfer, 1975; y Valliant y Leith, 1986, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993). El objetivo es enseñarle al paciente con IRCT la habilidad de controlar la actividad emocional y fisiológica elevada. Generalmente la relajación que se sugiere es la relajación progresiva, sin embargo hay que tener en cuenta que algunos pacientes con IRCT pueden presentar en ocasiones retención de líquidos que ocasiona hinchazón en algunas extremidades. Por esta razón, antes de la operación, se debe entrenar al paciente en relajación sin tensión (sólo en aquellos pacientes que no presenten dolor), es decir, concentrarse y soltar grupos musculares, sin los ejercicios de relajación progresiva. Después de la colocación del catéter se le debe enseñar la relajación basada en la imaginación, pues compromete exclusivamente la imaginación cerrando los ojos por breves períodos de tiempo y recordando vívamente una imagen personal de relajación.

**5. Detección del pensamiento.** Es un procedimiento de autocontrol que se puede utilizar para la eliminación de pensamientos obsesivos o perseverantes que son improductivos, irreales y tienden a inhibir la ejecución de la conducta deseada o una secuencia de conductas (como la inoculación de estrés que se pretende entrenar a continuación). La efectividad de esta técnica ya ha sido comprobada en pacientes quirúrgicos (Pickett y Clum, 1982, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993). El entrenamiento consiste en: 1) hacer un listado de todos los pensamientos perturbadores que el sujeto supone que están fuera de su control; 2) el terapeuta pide que el paciente se coloque en una posición cómoda, cierre los ojos y cuando se le indique, describa en voz alta los pensamientos; el terapeuta lo interrumpe diciendo “¡basta!”, y le pregunta al paciente si ha podido detener ese pensamiento y pidiéndole que lo haga él mismo; 3) finalmente se le enseña al paciente sustituir la palabra de detención (“¡basta!”) por un reforzamiento positivo encubierto (p. e. escenas agradables) que tengan el mismo efecto de detener el pensamiento perturbador.

**6. Entrenamiento en inoculación de estrés.** Entrenado el paciente con las técnicas anteriores se procede al entrenamiento en inoculación de estrés. Existen estudios que comprueban la efectividad de la inoculación de estrés en pacientes operados que reportan niveles significativos más bajos de dolor (p. e. Ruiz, 1997; y Wills, Howard, Nowlin y Vargas, 1986, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993). Este procedimiento debe ser empleado para reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes con IRCT que tienen el catéter y los que serán intervenidos para colocárselos. Primero se enlistan los pensamientos

y significados personales asociados a esas situaciones de estrés y ansiedad. Posteriormente se le pide que aplique la relajación antes entrenada. En el tercer paso se elabora una jerarquía de situaciones activadoras y se eligen pensamientos alternativos de afrontamiento de las mismas (p. e. 1. entrar al quirófano [pensamiento alternativo: pensar en una situación o personas agradables, etc.], 2. que lleguen los camilleros, 3. ir por los pasillos acostado en la camilla, etc.). El cuarto paso consiste en pedirle al paciente que recree imaginariamente la jerarquía desde niveles menos estresantes a los más difíciles (ensayo cognitivo-imaginario) alternándolo con la relajación y los pensamientos de afrontamiento antes establecidos. Finalmente el paciente podrá afrontar de mejor manera la colocación del catéter después del entrenamiento.

### **5.3.2. Fase II. Grupo cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis.**

**Definición del grupo cognitivo conductual.** Basado en la definición de Hollander y Kazaoka (1988, citados en Wessler, 1995), un grupo cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal es el intento, por parte del psicólogo de la salud encargado del grupo, para modificar conductas y cogniciones de, por lo menos, dos o más pacientes que se reúnan como grupo, por medio de la evaluación psicológica y de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, es decir, técnicas cognitivo conductuales que permitan recabar datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los pacientes como individuos y sobre el grupo como un todo.

**Fundamentación del grupo cognitivo conductual.** Cualquier técnica desarrollada para la terapia cognitivo conductual individual puede ser utilizada en los grupos, por lo tanto, la terapia de grupo cognitivo conductual descansa sobre los mismos fundamentos que la terapia individual (Beck, et al. 1984, 1997; Ellis y Grieger, 1981; Ellis, 1998 y Wessler, 1995). En el caso concreto de este grupo propuesto para el paciente con IRCT, se basa en un modelo educativo de terapia, donde la labor del psicólogo a cargo consiste en enseñar y la tarea del paciente con IRCT consiste en aprender o reaprender nuevas conductas y creencias respecto a su enfermedad y su vida en general.

**Ventajas del grupo cognitivo conductual.** El enfoque grupal ofrece ciertas ventajas:

1. El grupo tiene una mejor relación costo/eficacia; se puede trabajar con varios pacientes con IRCT a la vez.
2. Los pacientes con IRCT pueden aprender que no son los únicos que presentan problemas con su enfermedad.
3. El grupo puede funcionar de una manera preventiva; un paciente que apenas ha ingresado a diálisis puede escuchar a otros pacientes que ya llevan tiempo en el programa, discutir situaciones a las que no se han enfrentado<sup>1</sup>.
4. El paciente puede obtener una gran retroalimentación sobre su conducta de parte del terapeuta o de los participantes.
5. En el grupo, los pacientes pueden ofrecer más información sobre problemas específicos y más sugerencias para su solución que las que podría originar un terapeuta de manera individual.

## **1. Método**

**1.1 Participantes.** Pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programas de diálisis (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria [DPCA] y Diálisis Peritoneal Continua por Cicladora [DPCC]) de ambos sexos, sin restricciones de tiempo de permanencia en diálisis.

## **Procedimiento**

### **Propuesta:**

**1. Evaluación inicial:** Se recomienda evaluar la calidad de vida del paciente al principio y final de la intervención apoyándonos del instrumento “Enfermedad del riñón y calidad de vida (KDQOL-SF TM) (Ver anexo 10). Shidler, Peterson y Kimmel, 1998 han demostrado la importancia de la evaluación de la calidad de vida como directriz para la intervención psicológica y como forma de verificación de ésta en la evaluación final.

---

<sup>1</sup> Sin embargo, esta ventaja puede ser, en algunos casos, contraproducente, es decir, algunos pacientes que escuchan ciertos problemas futuros de sus compañeros pueden aumentar la probabilidad de distorsiones cognitivas con respecto al futuro y llegar a desertar del grupo.



**2. Establecimiento del marco cognitivo del grupo.** El psicólogo debe proporcionar un marco común de referencia, ya que algunos pacientes llegan con expectativas contrarias a la terapia cognitivo conductual. De manera general, se debe explicar que los pensamientos están implicados en el afecto (emociones) y la acción (conducta) y que por medio de la comprensión y modificación de los propios pensamientos habrá también una modificación de las emociones y conductas.

**3. Normas del grupo.** En este punto, el psicólogo a cargo debe aclarar que es de gran importancia para el logro de los objetivos de las sesiones, la participación total de los pacientes, brindando aportaciones y la realización de tareas en casa. Lo anterior se resume con este mensaje: “*Si no hay participación y tareas no hay cambio*”. De la misma manera, debe haber total confidencialidad y respeto de la información proporcionada, tanto del terapeuta como de los miembros del grupo. Estas reglas básicas deben ser aplicadas a todas las sesiones.

**4. Instrumentos y aparatos.** Enfermedad del riñón y calidad de vida (KDQOL-SF TM) (Ver anexo 10). Esta escala debe ser aplicada en intervalos razonables para determinar, de manera general, el impacto en el paciente renal; Cuestionario de autoayuda Racional (Ver anexo 12); Cuestionario de autoayuda (Ver anexo 13); Cuestionario para conocer la problemática de la muerte (Ver Anexo 15); Inventario de solución de problemas (Ver anexo 17); Lista de posibles problemas (Ver anexo 19); Escala multidimensional de expresión social-parte Motora y Cognitiva (Ver anexo 28 y 29 respectivamente). Materiales audiovisuales tales como: equipo de video conformado por cámara, reproductor de video y televisor; pizarrón, proyector de acetatos o computadora y cañón.

**5. Duración de las sesiones.** Se recomienda que las sesiones tengan una duración máxima de hora y media, ya que para el paciente renal es muy difícil permanecer sentado tanto tiempo, pues puede provocar dolor en los riñones, la espalda, etc.; también hay que tomar en cuenta que deben ser realizadas en horarios intermedios al programa de diálisis, hay que identificar aquellos pacientes que están en modalidad de DPCA y DPCC. Por ejemplo, una sesión de la mañana puede ser programada en un horario intermedio entre las

dos primeras sesiones de diálisis del día en DPCA de las 8 a.m. a 12 del día. Así mismo, se debe de contemplar el uso de más sesiones debido al reducido tiempo de cada sesión. El número aproximado de sesiones planeadas para esta propuesta son:

1. Entrenamiento en habilidades de reestructuración cognitiva: seis sesiones distribuidas en tres semanas.
2. Entrenamiento en solución de problemas: cuatro sesiones distribuidas en dos semanas.
3. Entrenamiento en control de la activación: ocho sesiones distribuidas en cuatro semanas.
4. Entrenamiento en habilidades sociales: nueve sesiones distribuidas en cuatro semanas.

**6. Criterio de selección.** El formato de grupo debe ser cerrado, es decir, comenzar con un número determinados de pacientes sin permitir la inclusión de miembros en las siguientes sesiones. Sin embargo, los criterios de selección se plantean para cada grupo (grupo de reestructuración cognitiva, grupo para entrenamiento en solución de problemas, grupo para entrenamiento en control de la activación, grupo para entrenamiento en habilidades sociales). Se debe dar la oportunidad de que el paciente elija un horario que le convenga, por ejemplo, se pueden establecer listas donde se proporcione solo diez renglones para que el paciente se anote, teniendo así la posibilidad de elegir qué día y en qué horario acudir. El número de grupos depende de los pacientes con IRCT que se atiendan en cada institución de salud.

**Objetivo global de la intervención:** Al término de la intervención los pacientes con IRCT podrán aplicar diversas habilidades cognitivas y conductuales (reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales, control de la activación) que le ayuden a dar solución a diferentes problemáticas de su vida y mejoren la calidad de la misma.

**1. Entrenamiento en reestructuración cognitiva en pacientes con IRCT.**

La Terapia Racional Emotiva de Ellis ha resultado eficaz para el paciente con IRCT en diálisis, pues ayuda a descubrir los pensamientos estereotipados que éstos tienen y que les llevan a tener una visión negativa de sí mismos, del mundo y su futuro (Vidal, 2003).

**Método**

**Participantes.** Pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programas de diálisis (DPCA, DPCC).

**Instrumentos y materiales.** Cuestionario de autoayuda Racional y Cuestionario de autoayuda (Ver Anexos 12 y 13, respectivamente) y Cuestionario para conocer la problemática de la muerte (Ver Anexo 15). Materiales: pizarrón, proyector de acetatos o computadora con cañón.

**Procedimiento**

**Propuesta:**

**Objetivo general de la intervención:** Al término de la intervención los pacientes con IRCT por medio del modelo A-B-C-D-E de Ellis podrán identificar sus pensamientos “irracionales” y modificarlos o cambiarlos por pensamientos funcionales que le permitan lograr con más eficacia, metas de tipo personal.

**Objetivos particulares de la intervención:**

1. Enseñar al paciente con IRCT que sus dificultades en gran parte son el resultado de una percepción distorsionada y de un pensamiento ilógico, por medio del modelo A-B-C de Ellis.
2. Enseñar al paciente con IRCT a modificar sus creencias irracionales por pensamientos funcionales con el modelo A-B-C-D-E de Ellis, por medio de discursos racionales sobre la aceptación de uno mismo, su enfermedad y sobre la muerte.

**Disposición de sesiones (ejemplo):**

<b>Tipo de actividad</b>	
<b>Número de sesión</b>	I (Lunes) y II (Viernes) Enseñar al paciente con IRCT el modelo A-B-C de Ellis.
<b>Número de sesión</b>	III (Lunes siguiente semana) y IV (Viernes) Enseñar al paciente a modificar sus creencias irracionales por pensamientos funcionales con el modelo A-B-C-D-E de Ellis, por medio de discurso racional sobre la aceptación de uno mismo y su enfermedad.
<b>Número de sesión</b>	V (Lunes siguiente semana) y VI (Viernes) Enseñar al paciente a modificar sus creencias irracionales por pensamientos funcionales con el modelo A-B-C-D-E de Ellis, por medio de discurso racional sobre la muerte.

Programa de intervención para el paciente con IRCT					
1. Entrenamiento en habilidades de reestructuración cognitiva para pacientes con IRCT en diálisis					
Número de sesión	Objetivo particular	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Formas de evaluación	Criterios de cambio
SESION I y II	Enseñar al paciente con IRCT que sus dificultades en gran parte son el resultado de una percepción distorsionada y de un pensamiento ilógico, por medio del modelo A-B-C de Ellis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Explicación del modelo A-B-C de Ellis y ejemplos (Ver capítulo II y parte I del Anexo 11).</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> <li>◆ Entrega de material.</li> <li>◆ Asignación de tarea: Cuestionario de autoayuda Racional (Ver Anexo 12) y Cuestionario de autoayuda (Ver parte I Anexo 13).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participará con ejemplos.</li> <li>◆ Elaboración de la tarea para casa (Ver parte I Anexo 13 y Anexo 12).</li> </ul>	“Cuestionario de autoayuda Racional” (Ver parte I Anexo 12).	Que el paciente con IRCT explique una situación de su vida según el modelo A-B-C de Ellis (Ver parte I Anexo 12).
SESION III y IV	Enseñar al paciente a modificar sus creencias irracionales por pensamientos funcionales con el modelo A-B-C-D-E de Ellis, por medio de discursos racionales sobre la aceptación de uno mismo, su enfermedad y sobre la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de tareas.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Discurso racional sobre la aceptación de uno mismo y su enfermedad (Ver Anexo 14).</li> <li>◆ Explicación del modelo A-B-C-D-E (Ver parte II del Anexo 11).</li> <li>◆ Coordinación de actividades: ejercicios A-B-C-D-E (Ver parte II del Anexo 11).</li> <li>◆ Asignación de tarea: llenado del Cuestionario de autoayuda racional (Ver Anexo 12) y llenado del “Cuestionario para conocer la problemática de la muerte” (Ver Anexo 15).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participará con ejemplos y realizará ejercicios del modelo A-B-C-D-E (Ver parte II Anexo 11).</li> <li>◆ Elaboración de la tarea para casa (Ver Anexo 12 y Anexo 13).</li> </ul>	“Cuestionario de autoayuda” (Ver Anexo 13).	Que el paciente con IRCT explique una situación de su vida según el modelo A-B-C-D-E de Ellis (Ver parte I Anexo 12).
SESION V y VI	Enseñar al paciente a modificar sus creencias irracionales por pensamientos funcionales con el modelo A-B-C-D-E de Ellis, por medio de discursos racionales sobre la aceptación de uno mismo, su enfermedad y sobre la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de tareas (Ver Anexo 12 y Anexo 15).</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Discurso racional sobre la muerte (Ver Anexo 16).</li> <li>◆ Explicación del modelo A-B-C-D-E (Ver parte II Anexo 11).</li> <li>◆ Coordinación de actividades: ejercicios A-B-C-D-E (Ver parte II Anexo 11).</li> <li>◆ Asignación de tarea: Cuestionario de autoayuda Racional (Ver Anexo 12) y “Cuestionario de autoayuda” (Ver parte I Anexo 13).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participará con ejemplos y realizará ejercicios del modelo A-B-C-D-E (Ver parte II Anexo 11).</li> </ul>	“Cuestionario de autoayuda” (Ver parte II Anexo 13).	Que el paciente con IRCT realice de manera correcta los 16 ejercicios de “Creencias irracionales sobre morir y la muerte” según el modelo A-B-C-D-E de Ellis (Ver parte II Anexo 13).

## **2. Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT**

El entrenamiento en solución de problemas es una técnica muy útil en el paciente con IRCT (Ver Crespo y Cruzado, 2000) pues le ayuda a aprender estrategias para dar solución a numerosos problemas y reducir o eliminar los pensamientos negativos que les lleva a creerse incapaces de manejar situaciones relacionadas a su enfermedad o a su vida en general (como: “No puedo hacer nada...”, “Esto no tiene solución...” “No soporto esta situación...”; indecisión: “No sé que hacer...”, etc.). El entrenamiento en solución de problemas es una técnica que se propone como elemento constituyente de los procedimientos de la intervención psicológica del paciente con IRCT (Vidal, 2003).

### **Método**

**Participantes.** Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programas de diálisis (DPCA, DPCC).

**Instrumentos y materiales.** Inventario de Solución de Problemas Sociales–Revisado (SPSI-R), Lista de posibles problemas (LPP), Cuadros de solución de problemas (CSP).  
Materiales: pizarrón, proyector de acetatos o computadora con cañón.

**Criterios de selección.** Los pacientes candidatos al grupo son aquellos que obtengan una puntuación general entre 156 a 205 puntos del Inventario de Solución de Problemas Sociales–Revisado (SPSI-R) (Ver Anexo 17).

### **Procedimiento**

#### **Propuesta:**

**Objetivo general de la intervención:** Al término de la intervención los pacientes con IRCT podrán aplicar la técnica en solución de problemas a diversas situaciones problemáticas de su vida.

#### **Objetivo particular de la intervención:**

1. Que el paciente con IRCT adopte la perspectiva filosófica de que los problemas de la vida son normales e inevitables; que el entrenamiento en solución de problemas es un medio viable de afrontarlos; y que el paciente sea capaz de describir con detalle la naturaleza de las situaciones problema y las respuestas habituales a dichos problemas.

2. Que el paciente con IRCT sea capaz de generar alternativas de solución por medio de tres reglas generales de torbellinos de ideas: principio de cantidad, principio de aplazamiento de juicios y principio de la variabilidad, para poder identificar opciones de afrontamiento que puedan ser más eficaces para la solución de problemas.
3. Que el paciente con IRCT valore las consecuencias de cada alternativa en términos de probabilidad de eficacia de la alternativa elegida y capacidad de llevarla a cabo (ejecución).
4. Que el paciente con IRCT ponga en práctica las soluciones y valore su eficacia para la solución de sus problemas.

**Disposición de sesiones (ejemplo):**

<b>Tipo de actividad</b>	
<b>I</b> (Lunes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al problema</li> <li>• Percepción del problema: reconocimiento y clasificación del problema</li> <li>• Perfil del problema: descripción del problema y respuesta</li> </ul>
<b>II</b> (Miércoles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar alternativas de solución por medio de tres reglas generales de torbellinos de ideas.</li> </ul>
<b>III</b> (Viernes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de las consecuencias de cada alternativa en términos de:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Probabilidad de eficacia de la alternativa elegida y</li> <li>2. Capacidad de llevarla a cabo</li> </ol> </li> </ul>
<b>IV</b> (Lunes: Siguiete semana)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en práctica de la solución de problemas y valoración.</li> </ul>

Número de sesión

Programa de intervención para el paciente con IRCT					
2. Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT					
Número de sesión	Objetivo particular	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Formas de evaluación	Criterios de cambio
SESION I	Que el paciente con IRCT adopte la perspectiva filosófica de que los problemas de la vida son normales e inevitables; que el entrenamiento en solución de problemas es un medio viable de afrontarlos; y que el paciente sea capaz de describir con detalle la naturaleza de las situaciones problema y las respuestas habituales a dicho problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Orientación al problema: Supuestos generales del entrenamiento en solución de problemas (Ver parte I del Anexo 18).</li> <li>◆ Coordinación de actividad: Percepción del problema: Reconocimiento y clasificación del problema (Ver Anexo 19).</li> <li>◆ Coordinación de actividad: Perfil del problema: descripción del problema y respuesta (Llenado de los cuadros I y II del Anexo 20).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 19 y 20).</li> <li>◆ Asignación de tarea (Llenado de los cuadros I y II del Anexo 20 por cada problema del paciente reportado por el Ver Anexo 19).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participación en actividades: Percepción del problema: reconocimiento y clasificación del problema (Ver Anexo 19) y Perfil del problema: descripción del problema y respuesta (Llenado de los cuadros I y II del Anexo 20).</li> <li>◆ Realización de tarea para casa.</li> </ul>	LPP (Ver Anexo 19) y CSP (Ver cuadros I y II del anexo 20)	Que el paciente con IRCT sea capaz de identificar sus problemas y su forma de responder ante estos.
SESION II	Que el paciente con IRCT sea capaz de generar alternativas de solución por medio de tres reglas generales de torbellinos de ideas: principio de cantidad, principio de aplazamiento de juicios y principio de la variabilidad, para poder identificar opciones de afrontamiento que puedan ser más eficaces para la solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Explicación de las tres reglas generales de torbellinos de ideas.</li> <li>◆ Coordinación de actividad: Generación de alternativas de solución al problema (Ver cuadro III del Anexo 20).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver anexo 19).</li> <li>◆ Asignación de tarea: Llenado del cuadro III del Anexo 20 por cada problema del paciente reportado por el Anexo 18.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participación en actividad: generación de alternativas de solución al problema con las tres reglas generales de torbellinos de ideas (Llenado del cuadro III del Anexo 20).</li> <li>◆ Realización de tarea para casa.</li> </ul>	CSP (Ver cuadro III del anexo 20).	Que el paciente con IRCT sea capaz de aplicar las tres reglas generales de torbellinos de ideas para generar alternativas de solución a sus problemas.
SESION III	Que el paciente con IRCT valore las consecuencias de cada alternativa en términos de probabilidad de eficacia de la alternativa elegida y capacidad de llevarla a cabo (ejecución).	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Coordinación de actividad: Valoración de las consecuencias de cada alternativa elegida (Ver cuadro IV del Anexo 20).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 20).</li> <li>◆ Asignación de tarea: llenado del cuadro IV del Anexo 20 por cada problema del paciente reportado por el anexo 18 y puesta en práctica de solución de problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participación en actividad: valoración de las consecuencias de cada alternativa elegida (Llenado del cuadro IV del Anexo 20).</li> <li>◆ Realización de tarea para casa.</li> </ul>	CSP (Ver cuadro IV Anexo 20).	Que el paciente con IRCT sea capaz de valorar las consecuencias de cada alternativa en términos de probabilidad de eficacia de la alternativa elegida y capacidad de llevarla a cabo (ejecución).

<p>SESION IV</p>	<p>Que el paciente con IRCT ponga en práctica las soluciones y valore su eficacia para la solución de sus problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de tarea.</li> <li>◆ Coordinación de actividades: exposición de solución de problemas por los pacientes.</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la actividad.</li> <li>◆ Evolución final.</li> <li>◆ Asignación de tarea: autorregistro de la activación del estrés y/o la ansiedad (Ver anexo 21).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Participará con ejemplos de sus problemas solucionados con el entrenamiento en solución de problemas.</li> <li>◆ Valorar los resultados de la solución de problemas.</li> <li>◆ Los demás participantes participarán en retroalimentación y reforzamiento de la actividad.</li> </ul>	<p>SPSI-R (Ver Anexo 17) y LPP (Ver Anexo 19).</p>	<p>Que el paciente logre dar solución a por lo menos el 80% de los problemas que registro en la Lista de posibles problemas (Ver Anexo 18) y registre una puntuación de 52 a 104 en el SPSI-R.</p>
------------------	--	---	--	--	--



### 3. Entrenamiento en control de la activación en el paciente con IRCT

El aprendizaje de las técnicas en el control de la activación (denominada genéricamente técnicas de relajación) en el paciente con IRCT debe ser un componente fundamental en el entrenamiento de habilidades cognitivo conductual en éstos pacientes. La IRCT compromete al paciente a numerosas situaciones que le pueden ser estresantes y comprometer aun más su ya limitada salud, situaciones como el ser hospitalizado constantemente, el aprendizaje de la técnica de diálisis, visitas casi semanales a consulta externa de nefrología, realización de análisis clínicos, dializado diario, toma de medicamentos, seguimiento de la dieta, etc.

#### Método

**Participantes.** Pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programas de diálisis (DPCA, DPCC).

#### Procedimiento

#### Propuesta:

**Objetivo general de la intervención:** Al término de la intervención los pacientes con IRCT podrán aplicar técnicas de relajación que le ayuden a controlar su actividad emocional y fisiológica elevada en diversas situaciones de estrés.

#### Objetivo particular de la intervención:

1. Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual las diversas técnicas de control de la activación.
2. Que los pacientes con IRCT aprendan a identificar y establezcan señales en que deban aplicar las diversas técnicas de control de la activación.

#### Disposición de sesiones:

<b>Tipo de actividad</b>	
<b>I</b> (Lunes)	Entrenamiento en relajación autógena.
<b>II</b> (Martes)	Entrenamiento en relajación progresiva: Relajación muscular de manos, brazos, hombros, pecho y estomago.
<b>III</b> (Miércoles)	Entrenamiento en relajación progresiva: Relajación de músculos debajo de la cintura y relajación muscular de manos, brazos, hombros, pecho y estomago.
<b>IV</b> (Jueves)	Relajación de músculos debajo de la cintura y relajación muscular de manos, brazos, hombros, pecho y estomago y relajación de músculos de la cara.
<b>V</b> (Lunes: siguiente semana)	Entrenamiento en relajación: Relajación sin tensión y Relajación inducida por la respiración
<b>VI</b> (Lunes: siguiente semana)	Relajación controlada por estímulos y Relajación basada en la imaginación
<b>VII</b> (Martes)	Establecimiento de señales múltiples para la aplicación de la relajación
<b>VIII</b> (Lunes: siguiente semana)	Exposición de casos de aplicación de la relajación del paciente con IRCT

Número de sesión

Programa de intervención para el paciente con IRCT					
3. Entrenamiento en control de la activación en el paciente con IRCT					
Número de sesión	Objetivo particular	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Formas de evaluación	Criterios de cambio
SESIÓN I	Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual las diversas técnicas de control de la activación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Conferencia sobre la relajación.</li> <li>◆ Entrenamiento en relajación autógena (Ver parte I del Anexo 22).</li> <li>◆ Evaluación de relajación autógena (Ver parte II del Anexo 22).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver parte Anexo 22).</li> <li>◆ Asignación de tarea: realización de ejercicios de relajación autógena en casa (tres veces al día) y evaluación de los ejercicio (Ver parte II del Anexo 22).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Seguimiento de instrucciones de relajación autógena (Ver parte I del Anexo 22).</li> <li>◆ Autoevaluación de la relajación autógena (Ver parte II del Anexo 22).</li> <li>◆ Tarea para casa: ejercicios de relajación autógena tres veces al día.</li> </ul>	Evaluación general y específica del grado de relajación obtenida con la relajación autógena (Ver parte II del Anexo 22).	Que el paciente con IRCT evalúe su grado de relajación general mínimo en C) Algo relajado (4 a 6 puntos) y logre la realización de los ejercicios de relajación autógena (Ver parte II del Anexo 22)
SESIÓN II		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Entrenamiento en relajación progresiva: Relajación muscular de manos, brazos, hombros, pecho y estomago (Ver parte I del Anexo 23).</li> <li>◆ Evaluación de relajación obtenida (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 23).</li> <li>◆ Asignación de tarea: realización de ejercicios de relajación progresiva en casa (tres veces al día) y evaluación de los ejercicio (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Seguimiento de instrucciones de relajación progresiva (Ver parte I del Anexo 23).</li> <li>◆ Autoevaluación de la relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆ Tarea para casa: ejercicios de relajación progresiva tres veces al día.</li> </ul>	Evaluación general y específica del grado de relajación obtenida con la relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).	Que el paciente con IRCT obtenga un grado de relajación general mínimo en C) Algo relajado (4 a 6 puntos) y logre la realización de los ejercicios de relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23)
SESIÓN III		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Entrenamiento en relajación progresiva: Relajación de músculos debajo de la cintura y relajación muscular de manos, brazos, hombros, pechos y estomago (Ver parte I del Anexo 23).</li> <li>◆ Evaluación de relajación obtenida (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 23).</li> <li>◆ Asignación de tarea: realización de ejercicios de relajación progresiva en casa (tres veces al día) y evaluación de los ejercicio (Ver parte II del Anexo 23).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Seguimiento de instrucciones de relajación progresiva (Ver parte I del Anexo 23).</li> <li>◆ Autoevaluación de la relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆ Tarea para casa: ejercicios de relajación progresiva en casa tres veces al día.</li> </ul>	Evaluación general y específica del grado de relajación obtenida con la relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).	Que el paciente con IRCT obtenga un grado de relajación general mínimo en C) Algo relajado (4 a 6 puntos) y logre la realización de los ejercicios de relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23)

<p style="text-align: center;">SESIÓN IV</p>	<p style="text-align: center;">Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual las diversas técnicas de control de la activación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Entrenamiento en relajación progresiva: Relajación de músculos debajo de la cintura y relajación muscular de manos, brazos, hombros, pecho y estomago y relajación de músculos de la cara (Ver parte I del Anexo 23).</li> <li>◆ Evaluación de relajación obtenida (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 23).</li> <li>◆ Asignación de tarea: realización de ejercicios de relajación progresiva en casa (tres veces al día) y evaluación de los ejercicio (Ver parte II del Anexo 23).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Seguimiento de instrucciones de relajación progresiva (Ver parte I del Anexo 23).</li> <li>◆ Autoevaluación de la relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).</li> <li>◆ Tarea para casa: ejercicios de relajación progresiva tres veces al día.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Evaluación general y específica del grado de relajación obtenida con la relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).</p>	<p style="text-align: center;">Que el paciente con IRCT obtenga un grado de relajación general mínimo en C) Algo relajado (4 a 6 puntos) y logre la realización de los ejercicios de relajación progresiva (Ver parte II del Anexo 23).</p>
<p style="text-align: center;">SESIÓN V</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Entrenamiento en relajación: Relajación sin tensión, es decir, concentrarse y soltar grupos musculares, sin los ejercicios de relajación progresiva y Relajación inducida por la respiración, inhalar profundamente 3 o 4 veces y dejara que la tensión se “escape” con cada exhalación.</li> <li>◆ Entrega de material (Ver Anexo 23).</li> <li>◆ Asignación de tarea: realización de ejercicios de relajación sin tensión e inducida en casa (tres veces al día) y evaluación general de los ejercicio (Ver parte II del Anexo 22).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Seguimiento de instrucciones de las técnicas de relajación aplicadas.</li> <li>◆ Autoevaluación de la relajación obtenida con las técnicas de relajación aplicadas (Ver parte II del Anexo 22).</li> <li>◆ Tarea para casa: ejercicios de relajación sin tensión y relajación inducida tres ejercicios al día por técnica.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Evaluación general del grado de relajación obtenida con las técnicas de relajación aplicadas (Ver parte II del Anexo 22).</p>	<p style="text-align: center;">Que el paciente con IRCT evalúe su grado de relajación general mínimo en C) Algo relajado (4 a 6 puntos) y logre la realización de los ejercicios de relajación sin tensión y relajación inducida (Ver parte II del Anexo 22)</p>
<p style="text-align: center;">SESIÓN VI</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Entrenamiento en relajación: Relajación controlada por estímulos, relajarse con cada repetición lenta, rítmica de una palabra o una frase como “relájate” o “tranquilízate”, que han sido previamente emparejadas con la relajación y Relajación basada en la imaginación donde se compromete exclusivamente la imaginación cerrando los ojos por breves períodos de tiempo y recordando vivamente una imagen personal de relajación.</li> <li>◆ Asignación de tarea: aplicación de todas las técnicas de relajación y elección de la técnica que mejor domina y de la que obtiene mayor grado de relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Seguimiento de instrucciones de las técnicas de relajación aplicadas.</li> <li>◆ Autoevaluación de la relajación obtenida con las técnicas de relajación aplicadas (Ver parte II del Anexo 22).</li> <li>◆ Tarea para casa: ejercicios de relajación controlada por estímulos y relajación basada en la imaginación en casa tres ejercicios al día por técnica.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Evaluación general del grado de relajación obtenida con las técnicas de relajación aplicadas (Ver parte II del Anexo 22).</p>	<p style="text-align: center;">Que el paciente con IRCT obtenga un grado de relajación general mínimo en C) Algo relajado (4 a 6 puntos) y logre la realización de los ejercicios de relajación controlada por estímulos y relajación basada en la imaginación (Ver parte II del Anexo 22)</p>

<p>SESIÓN VII</p>	<p>Que los pacientes con IRCT aprendan a identificar y establezcan señales en que deban aplicar las diversas técnicas de control de la activación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Ayudar a que el paciente establezca señales múltiples para la aplicación de la relajación (Ver Anexo 24).</li> <li>◆ Entrega de material.</li> <li>◆ Asignación de tarea: autorregistro de la aplicación de la técnica de relajación elegida atendiendo a las señales de activación (Ver anexo 25).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas de la información.</li> <li>◆ Realización del ejercicio: listado de señales de activación (Ver Anexo 24).</li> <li>◆ Tarea para casa: autorregistro de la aplicación de la técnica de relajación elegida atendiendo a las señales de activación (Ver anexo 25).</li> </ul>	<p>“Lista de señales múltiples de relajación” (Ver Anexo 24)</p>	<p>Que el paciente con IRCT realice el cuadro de “Lista de señales múltiples de relajación” (Ver anexo 25)</p>
<p>SESIÓN VIII</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisión de la tarea.</li> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Coordinación de exposición de casos de aplicación de la relajación del paciente con IRCT.</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la explicación del paciente.</li> <li>◆ Asignación de tarea: llenado de la Tabla de autoinforme de la asersión (Anexo 27) y Autorregistro de frecuencia diaria de diversas clases de conductas sociales (Ver Anexo 26).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Participación en exposición de aplicación de la relajación por medio de señales de activación.</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la explicación del compañero expositor.</li> </ul>	<p>“Autorregistro de señales de activación y aplicación de técnica de relajación” (Ver anexo 25)</p>	<p>Que el paciente con IRCT exponga de manera clara la aplicación de la técnica de relajación elegida por medio de las señales de activación (Ver anexo 25)</p>

#### **4. Entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT**

El entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT debe ser una intervención indispensable pues se enfrenta y enfrentará, a lo largo de su enfermedad, a situaciones que requieran conductas socialmente habilidosas, ya sea con su familia o cuidador, como con el equipo de salud (médicos, enfermeras, etc.) y con otras personas.

##### **Método**

**Participantes.** Pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programas de diálisis (DPCA, DPCC).

**Instrumentos y materiales.** Escala multidimensional de expresión social-parte Motora y la Escala multidimensional de expresión social-parte Cognitiva. Materiales: pizarrón, proyector de acetatos o computadora con cañón.

**Criterio de selección.** Se debe aplicar a los pacientes con IRCT la Escala multidimensional de expresión social parte motora y parte cognitiva (Ver anexo 28 y 29 respectivamente), tomando como criterio de selección aquellos pacientes que obtengan una puntuación entre 176 y 220. Estas escalas deben ser aplicadas también al final de la intervención.

##### **Procedimiento**

###### **Propuesta:**

**Objetivo general de la intervención:** Al término de la intervención los pacientes con IRCT podrán establecer conductas socialmente habilidosas que le ayuden a mantener interacciones sociales favorables y exitosas.

###### **Objetivos particulares de la intervención:**

1. Que los pacientes con IRCT describan los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales.
2. Que los pacientes con IRCT describan la importancia de los derechos personales en la comunicación socialmente habilidosa; y entiendan y distingan las conductas asertivas, no asertivas y agresivas.

3. Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones de entrenamiento.
4. Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones reales.

### Disposición de sesiones:

<b>Tipo de actividad</b>	
<b>I</b> (Lunes)	Descripción de los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales
<b>II</b> (Miércoles)	Descripción de la importancia de los derechos personales en la comunicación; y entiendan y distingan las conductas asertivas, no asertivas y agresivas
<b>III</b> (Viernes)	Integración al repertorio conductual del paciente componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales: Iniciar, mantener y terminar conversaciones.
<b>IV</b> (Lunes siguiente semana)	Integración al repertorio conductual del paciente componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales: Escucha activa.
<b>V</b> (Miércoles)	Integración al repertorio conductual del paciente componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales: Hacer cumplidos y recibir cumplidos.
<b>VI</b> (Viernes)	Integración al repertorio conductual del paciente componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales: Expresión de molestia, desagrado y disgusto.
<b>VII</b> (Lunes siguiente semana)	Integración al repertorio conductual del paciente componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales: Hablar en público.
<b>VIII y IX</b> (Lunes Siguiete semana y Miércoles)	Ensayo conductual en situaciones reales.

Número de sesión

Programa de intervención para el paciente con IRCT					
4. Entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT					
Número de sesión	Objetivo particular	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Formas de evaluación	Criterios de cambio
SESION I	Que los pacientes con IRCT describan los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Conferencia sobre las habilidades sociales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de habilidades sociales y conducta socialmente habilidosa.</li> <li>• Componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales.</li> </ul> </li> <li>◆ Ejemplos.</li> <li>◆ Asignación de tarea: Autorregistros (Ver anexos 26 y 27).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participación con ejemplos.</li> <li>◆ Realización de tarea.</li> </ul>	Cuestionario breve de comprensión de los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales (Ver Anexo 30).	Que el paciente conteste de manera correcta las 22 preguntas del (Ver Anexo 30).
SESION II	Que los pacientes con IRCT describan la importancia de los derechos personales en la comunicación socialmente habilidosa; y entiendan y distingan las conductas asertivas, no asertivas y agresivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Introducción a los derechos personales (Ver parte I del Anexo 31).</li> <li>◆ Coordinación del ejercicio para el establecimiento de los derechos humanos básicos (Ver parte II del Anexo 31).</li> <li>◆ Entendimiento y distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva (Ver parte I y II del Anexo 32).</li> <li>◆ Coordinación del ejercicios para la distinción entre conducta asertiva/no asertiva/agresiva (Ver parte II del Anexo 32).</li> <li>◆ Asignación de tarea: Ejercicios de conducta asertiva (Ver parte III del Anexo 32) y Autorregistros (Ver anexos 26 y 27).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tomará notas y analizará la información.</li> <li>◆ Participación en ejercicios para el establecimiento de derechos personales y entendimiento y distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.</li> <li>◆ Realización de tareas.</li> </ul>	Ejercicio para el establecimiento de los derechos humanos básicos y entendimiento y distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva (Ver parte II del Anexo 32).	Que el paciente con IRCT entienda la importancia de los derechos humanos para las relaciones sociales; que entienda y distinga entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.
SESION III	Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones de entrenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones sobre la conducta a realizar: Iniciar, mantener y terminar conversaciones (Ver punto 1 del Anexo 33).</li> <li>◆ Dinámica de juego de roles (Ver ejercicio 1 del Anexo 33).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la ejecución.</li> <li>◆ Modelamiento (en caso necesario).</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> <li>◆ Asignación de tarea: Autorregistros (Ver anexos 26 y 27).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escuchar y tomar notas de las instrucciones.</li> <li>◆ Participará en representaciones (juego de roles, Ver punto 1 del Anexo 33).</li> <li>◆ Repetición (en caso necesario).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).	Que el paciente con IRCT obtenga puntuaciones de 4 a 5 de las conductas observadas con la hoja de “Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales”
SESION IV	Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones de entrenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones sobre la conducta a realizar: Escucha activa (Ver punto 2 del Anexo 33).</li> <li>◆ Dinámica de juego de roles (Ver ejercicio 2 del Anexo 33).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la ejecución.</li> <li>◆ Modelamiento (en caso necesario).</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> <li>◆ Asignación de tarea: Autorregistros (Ver anexos 26 y 27).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escuchar y tomar notas de las instrucciones.</li> <li>◆ Participará en representaciones (Ver punto 2 del Anexo 33).</li> <li>◆ Repetición (en caso necesario).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).	Que el paciente con IRCT obtenga puntuaciones de 4 a 5 de las conductas observadas con la hoja de “Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales”

<p>SESION V</p>	<p>Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones de entrenamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones sobre la conducta a realizar: Hacer cumplidos y recibir cumplidos (Ver punto 3 del Anexo 33).</li> <li>◆ Coordinación de actividad: ejercicio de parejas (Ver ejercicio 3 del Anexo 33).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la ejecución.</li> <li>◆ Modelamiento (en caso necesario).</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> <li>◆ Tarea para casa (Ver punto 3 del Anexo 33).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escuchar y tomar notas de las instrucciones.</li> <li>◆ Participará en ejercicio de parejas (Ver punto 3 del Anexo 33).</li> <li>◆ Repetición (en caso necesario).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	<p>“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).</p>	<p>Que el paciente con IRCT obtenga puntuaciones de 4 a 5 de las conductas observadas con la hoja de “Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales”</p>
<p>SESION VI</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones sobre la conducta a realizar: Expresión de molestia, desagrado y disgusto (Ver punto 4 del Anexo 33).</li> <li>◆ Dinámica de juego de roles (Ver ejercicio 4 del Anexo 33).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la ejecución.</li> <li>◆ Modelamiento (en caso necesario).</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escuchar y tomar notas de las instrucciones.</li> <li>◆ Participará en representaciones (Ver punto 4 del Anexo 33).</li> <li>◆ Repetición (en caso necesario).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	<p>“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).</p>	<p>Que el paciente con IRCT obtenga puntuaciones de 4 a 5 de las conductas observadas con la hoja de “Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales”</p>
<p>SESION VII</p>	<p>Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones de entrenamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Explicar el objetivo de la sesión.</li> <li>◆ Instrucciones sobre la conducta a realizar: Hablar en público (Ver punto 5 del Anexo 33).</li> <li>◆ Coordinación del ejercicio (Ver ejercicio 5 del Anexo 33).</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento de la ejecución.</li> <li>◆ Modelamiento (en caso necesario).</li> <li>◆ Aclaración de dudas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escuchar y tomar notas de las instrucciones.</li> <li>◆ Participará en ejercicio: “tema vacío” (Ver punto 5 del Anexo 33).</li> <li>◆ Repetición (en caso necesario).</li> <li>◆ Participara en retroalimentación y reforzamiento de la ejecución de los demás compañeros.</li> </ul>	<p>“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).</p>	<p>Que el paciente con IRCT obtenga puntuaciones de 4 a 5 de las conductas observadas con la hoja de “Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales”</p>
<p>SESION VIII y IX</p>	<p>Que los pacientes con IRCT integren a su repertorio conductual los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales en situaciones reales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Observador en el ensayo conductual en situación real: p. e. pedir información a su médico.</li> <li>◆ Retroalimentación y reforzamiento del ensayo realizado.</li> <li>◆ Evaluación final (Ver anexo 18).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Realizará un ensayo de conducta en alguna situación que presenta problemas en que pueda ser evaluado por el terapeuta: p. e. pedir información a su médico.</li> <li>◆ Realizará un ensayo de conducta en alguna situación que presenta problemas y se autoevaluará.</li> <li>◆ Llenado de las escalas multidimensional de expresión social parte-motora y cognitiva (Ver anexos 25 y 26 respectivamente).</li> </ul>	<p>“Evaluación del entrenamiento de los componentes conductuales” (Ver anexo 5).</p>	<p>Que el paciente con IRCT obtenga calificaciones de “5” por cada conducta que amerite ser evaluada en una situación real (Ver anexo 1).</p>

Al finalizar la intervención en grupo se debe aplicar el instrumento “Enfermedad del riñón y calidad de vida (KDQOL-SF TM) del anexo 10 para comprobar los cambios en la calidad de vida en los pacientes.



**Fase III.** Intervención psicológica cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis en formato individual.

En la fase anterior<sup>2</sup> se propone el formato de grupo por sus numerosas ventajas, las cuales se han puntualizado en su momento, principalmente para reducir los costos del trabajo en formato individual y su eficacia para la adquisición de nuevas habilidades cognitivo y conductuales para diversos problemas en el paciente con IRCT no sólo relacionados a su enfermedad sino en su vida en general. Sin embargo, una atención global del paciente renal, debe también darse en el formato individual. La atención individualizada debe llevarse a cabo en cuatro situaciones, principalmente:

1. Cuando no se detecta un progreso en el paciente a lo largo de las intervenciones en grupo; ya que se debe tener en cuenta la probabilidad de que algunos pacientes con IRCT presenten alteraciones neurológicas; es típico la aparición de la encefalopatía urémica, que se manifiesta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. También puede aparecer una polineuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza, se hace también motora. En estos casos es indispensable el trabajo con el psiquiatra de la institución de salud, primero para que evalúe y confirme un posible daño neurológico y segundo, ayude en la administración de posibles fármacos que posibilite una mejora con el trabajo auxiliar de la terapia cognitiva conductual.
2. Cuando se detecten problemas psicológicos graves como depresión, conductas e intentos de suicidio no consumados (donde se puede aplicar la terapia cognitiva de la depresión de Beck [Marcus, 1983 y Salomón, 1980, citado en Vidal, 2003]) y falta de adherencia al tratamiento (donde la reestructuración, el manejo de contingencias, el contrato conductual, etc. son muy útiles [Hart, 1979; Wysocki, Herr y Fryar 1990; Long, 1995 y Mosley, Eisen, Bruce, Brantley y Cocke, 1993, citado en Vidal, 2003]).
3. Cuando un paciente con IRCT se encuentre hospitalizado por recaídas en el proceso de la enfermedad.
4. Cuando un paciente con IRCT ha conseguido la donación de trasplante de riñón.

---

<sup>2</sup> Fase II de la intervención con el paciente renal, página 105.

La forma, general, de proceder en terapia cognitivo-conductual en formato individual debe ser la siguiente:

**1. Evaluación psicológica:**

- A. Adquisición de información con la entrevista clínica:** la entrevista conductual se deriva de la teoría del aprendizaje y constituye una técnica dentro de la evaluación conductual. Centra su atención en la identificación de problemas concretos y se esfuerza por operacionalizarlos en el ámbito de conductas específicas, indagando en características topográficas -frecuencia, intensidad y duración-, así como en la relación funcional con los eventos ambientales o internos. Se intenta que la información recogida cumpla con tres requisitos: 1) que sea lo más concreta y específica posible, 2) que se pueda organizar dentro de un marco de referencia funcional con vistas a la formulación de hipótesis predictivas y/o explicativas, y 3) que se optimice la validez de la información recogida. La aportación principal es la identificación de conductas problemas, teniendo en cuenta tanto su naturaleza como el ambiente o contexto en que se produce; en ella se enfatizan los factores ambientales y el psicólogo debe obtener información sobre las variables externas que la mantienen, así como los factores ambientales que inhiben o favorecen la aparición de las conductas. Así mismo, el uso de la tecnología es de suma importancia para la recolección de datos, el uso de grabador de sonido o imagen facilita la recuperación de la gran cantidad de información proporcionada por el usuario; así mismo los cuestionarios y escalas de valoración, autorregistros y/o autoinformes son indispensables para la evolución (Ver anexos).
- B. Análisis funcional de la conducta problema.** Básicamente el análisis funcional consiste en identificar un subconjunto de las variables funcionales -aquellas que sean importantes, controlables y causales- cuya manipulación resulte en un cambio clínicamente significativo de una determinada conducta o conjunto de conductas, en una persona o conjunto de personas particular.
- C. Hipótesis funcional.** La hipótesis funcional es una proposición que establece condicionalidad en términos de probabilidad: si hago esto (intervención cognitiva conductual) entonces pasará esto (modificación de conductas y cogniciones).

**2. Programa de Intervención.** Establecida la conducta de interés, con la integración de variables por medio del modelo secuencial integrativo, podemos proceder a la intervención, que debe realizarse en función a los siguientes puntos:

- Justificación y fundamentación teórica. Preguntas básicas son ¿Por qué utilizar esta técnica?, ¿qué fundamentación empírica me respalda?, ¿en qué autores me baso?
- Objetivo general redactado siempre en términos positivos.
- Objetivos particulares y/o metas según el caso.
- Procedimiento. Que consiste en las técnicas ha emplear.
- Criterios de cambio: ¿Qué logros debe obtener el paciente para considerar la efectividad de las técnicas empleadas o la finalización de la intervención? o recaída (posibles recaídas a corto y largo plazo).

**3. Seguimiento:** Cuando el paciente es dado de alta, se realiza un seguimiento con citas puntuales para observar y prevenir posibles recaídas.

Finalmente, se debe puntualizar la importancia de la atención grupal del o los cuidadores del paciente renal que presenten problemas relacionados al cuidado de su familiar enfermo. Por cuestiones de espacio y establecimiento del objetivo global de esta tesis la propuesta de intervención va dirigida solamente al paciente con IRCT, sin embargo, se hace imperante la atención del familiar para una intervención global del paciente renal.

Nombre de archivo: A8  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: CAPÍTULO V  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 27/10/2005 1:09  
Cambio número: 108  
Guardado el: 03/03/2006 12:23  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 194 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:12  
Última impresión completa  
Número de páginas: 35  
Número de palabras: 12.567 (aprox.)  
Número de caracteres: 69.122 (aprox.)

## CONCLUSIONES

La insuficiencia renal crónica es catalogada como una enfermedad emergente por su incidencia y prevalencia altos, el rezago en la atención, los elevados costos, la alta mortalidad y los recursos limitados, que requiere una razonada aplicación financiera.

Sin duda, México registra en las últimas décadas un notable incremento de las defunciones por enfermedades crónico-degenerativas, éstas se han colocado dentro de las primeras causas de mortalidad en nuestro país. De 1922 a 1992 se observa un aumento considerable en las defunciones por este grupo de enfermedades, que va del 11.8% al 55.0% (Tapia y Olaiz, 1999).

Sumado a esto, en nuestro país se practica escasamente el trasplante de órganos y tejidos efectuándose sólo 1,500 al año (80% de donador vivo), menos de 20 trasplantes anuales por millón de habitantes. En el caso específico del trasplante renal, la tasa de realización es muy baja, aproximadamente 16 trasplantes de riñón por 100 pacientes en diálisis (Treviño-Becerra, 2004).

Así pues, la insuficiencia renal crónica, en la actualidad, representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad en México. Los pacientes que padecen IRC enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos.

Sin embargo, en México, aun no se han superado las limitaciones en cuanto a que los pacientes obtengan servicios de salud de calidad. Curiosamente, nuestro país ha adquirido el modelo biopsicosocial de la salud, es decir, considerar la salud como “*el estado de completo bienestar físico, psicológico y social*”; la Secretaría de Salud Pública y otras Instituciones de salud, la portan como un lema central de su atención. Sin embargo, es una falacia determinar que en nuestro país se le de una atención integral, es decir multidisciplinaria, al usuarios de los servicios de salud, prueba de ello es que el papel del psicólogo de la salud en México está apenas comenzando cuando muchos países van avanzados en este aspecto.

Piña (2004) demuestra que el trabajo psicológico en el campo de la salud en México es mínimo, las estadísticas de psicólogos trabajando en instituciones de salud son engañosas, pues no se especifican las funciones que desempeñan. Aunado a esto, el trabajo psicológico dirigido al paciente con IRC es inexistente, muestra de ello es que los trabajos de investigación aplicados a la insuficiencia renal son escasos y la mayoría provienen del extranjero, abordando temas como la evaluación psicológica y aspectos psicológicos del paciente renal, aspectos psicológicos relacionados al trasplante renal y estudios de calidad de vida. Por lo que no podemos hablar de una consolidación de la psicología de la salud tanto a nivel teórico, como en investigación, formativo y profesional.

Por lo anterior, se elaboró una propuesta de atención psicológica para brindar una opción de apoyo psicológico al paciente renal en diálisis basado en la terapia cognitivo conductual (TCC).

La TCC cuenta con una estructura teórica sólida, la cual sostiene que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados, desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas y más adaptativas (Bresvin, 1996, citado en Lega, Caballo y Ellis, 1997). Así mismo, cuenta con un gran número de estudios que respaldan el uso de sus terapias a los problemas psicológicos que presentan los pacientes con problemas crónicos aplicables al paciente con IRCT (p. e. Tucker, Mulkener y Ziller, 1982; Nichols, 1995, citados en Vidal, 2003; McGhee, 1961; Kahn, Cohen y Jason, 1979; Sanson-Fisher, et al., 1991; Fallowfield, 1992; Bird, Maguire y Heavy, 1993 y Rodríguez, 2000a; Langer, Jarris y Wolfer 1975; Pickett y Clum, 1982; Valliant y Leith, 1986; Wills, Howard, Nowlin y Vargas, 1986; Vera y Vila, 1995; Kendall, et al., 1997; Ruiz, 1997, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993; Beck, et al. 1984, 1997; Ellis y Grieger, 1981; Ellis, 1998 y Wessler, 1995 y Vidal, 2003)

El recibir un apoyo psicológico adecuado antes, durante y después del proceso de la enfermedad ayudaría a mejorar la percepción de los pacientes y sus relaciones interpersonales, probabilizando así, una rehabilitación integral que pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. De esta manera, se hace evidente que el apoyo psicológico apropiado podrá propiciar una transición menos traumática, mejorando la adaptación de los pacientes en las distintas actividades que realizaba o desea realizar. Los

pacientes con IRC y sus familias necesitan incluir apoyo psicológico para ayudar a mejorar la adaptación y el funcionamiento físico, social y emocional, además de reducir conductas que no le permiten la adaptación, para así mejorar la calidad de vida de ambos.

El paciente con IRC se ve obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, ante la enfermedad. Por esto, el trabajo del psicólogo se hace indispensable.

La propuesta se plantea con el trabajo inicial del entrenamiento en habilidades de comunicación social en médicos como lo recomiendan Tucker, Mulkener y Ziller, 1982; y Nichols, 1995 (citados en Vidal, 2003), ya que está bien documentado que la comunicación con los profesionales de la salud es considerada por los pacientes como el hecho más negativo de toda su estancia hospitalaria, así mismo, la transmisión de información, incluso en profesionales experimentados, se reporta como un problema que genera conductas y cogniciones de insatisfacción (McGhee, 1961)

El entrenamiento a médicos en habilidades de comunicación social con un enfoque cognitivo conductual tiene el potencial de (Tucker, Mulkener y Ziller, 1982; Nichols, 1995; Kaplan de Nour, citados en Vidal, 2003; McGhee, 1961; Kahn, Cohen y Jason, 1979; Sanson-Fisher, Redman, Walsh, Reid y Perkins, 1991; Fallowfield, 1992; Bird, Maguire y Heavy, 1993 y Rodríguez, 2000b): que el médico proporcione un buen diagnóstico, probabiliza el aumento de la adherencia al tratamiento médico (toma de medicamentos, realización de diálisis, asistencia a citas, etc.) y a la dieta estricta en sus pacientes, puede producirle más consultas recompensantes, tanto profesional como personalmente, mejora la comprensión de la información del padecimiento en el paciente, puede contribuir a la satisfacción del paciente en los servicios profesionales que recibe del médico, finalmente, puede contribuir en el costo y buen rendimiento de los recursos destinados a las instituciones de salud. La realización del entrenamiento en habilidades sociales a médicos tiene un bajo costo, requiriendo de un psicólogo entrenado y poco material, tiempo reducido de entrenamiento y una estructuración con fundamentación teórica y métodos ya comprobados en diversos estudios.

Así pues, el entrenamiento a médicos en habilidades sociales de comunicación favorece al médico, el paciente y las instituciones de salud.

Así mismo, cabe resaltar que la información sobre los aspectos médicos de la IRC que se presenta en el capítulo dos de esta tesis es mínima y escrita en términos generales, con el objetivo de que el psicólogo contenga los aspectos generales del padecimiento, ya que considero que el psicólogo no necesita contener todos los aspectos médicos del padecimiento para atender al paciente renal y poder comunicarse con los profesionales de la salud. Con esto se intenta evitar, en la comunicación con el médico y en la relación médico-paciente, reforzar su lenguaje técnico.

En cuanto a la propuesta de atención psicológica dirigida al paciente renal, ésta se estructura en tres fases diferenciadas:

**Fase I.** Intervención psicológica del paciente diagnosticado con IRCT antes de entrar al programa de diálisis (diagnostico-colocación de catéter) cumpliendo dos objetivos específicos: 1. Evaluación de la comprensión y satisfacción del paciente con respecto a la información del padecimiento y 2. Preparación psicológica cognitivo conductual para la intervención quirúrgica de la colocación del catéter de diálisis.

**Fase II.** Grupo cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis cumpliendo cuatro objetivos específicos: 1. Entrenamiento en reestructuración cognitiva en pacientes con IRCT, 2. Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT, 3. Entrenamiento en control de la activación en el paciente con IRCT y 4. Entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT.

**Fase III.** Intervención psicológica cognitivo conductual para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal en programa de diálisis en formato individual.

En cuanto a la fase I el entrenamiento en habilidades de comunicación a médicos es un primer paso para la intervención psicológica en el paciente con IRC, pues se pretende, que el médico inicie y mantenga una buena comunicación con sus pacientes, con el objetivo primordial de que el paciente contenga y comprenda las implicaciones médicas de la enfermedad, ya que se ha comprobado que un paciente bien informado presenta menor ansiedad antes de ser operado y se adhiere mejor al tratamiento dialítico, dietético y toma de medicamentos, por lo que en la propuesta se plantea la necesidad de evaluar la comprensión y satisfacción del paciente con respecto a la información en el período comprendido entre el diagnostico, hospitalización y colocación del catéter de diálisis, previniendo así sesgos de información. Cabe resaltar que otros programas de intervención



para pacientes renales no contemplan la satisfacción del servicio y la información proporcionada por los médicos (Ver Vidal, 2003).

Así pues, siguiendo la recomendación de Nichols (1995, citado en Vidal, 2003) de atender al paciente en una situación de prediálisis, se propone la preparación psicológica cognitiva conductual del paciente ya que favorece la recuperación posoperatoria de dos maneras principales. Primero, reduciendo directamente la ansiedad y/o el miedo de los pacientes antes de la operación. Segundo, entrenando al paciente para utilizar estrategias de afrontamiento cognitivo y conductuales para reducir la ansiedad antes y después de la operación (Rodríguez, 2000a).

La forma de proceder es la siguiente: primero, hacer una evaluación exhaustiva de los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos del paciente con respecto a la intervención quirúrgica para así proceder y determinar la intervención que en términos generales es: a) informar de la intervención quirúrgica al paciente (Ridgeway y Mathews, 1982; y Webber, 1990), b) aplicación de la reestructuración cognitiva de la cirugía, en que se propone reestructurar una serie de posibles actitudes o creencias disfuncionales, erróneas o irracionales sobre cuestiones relacionadas a la enfermedad y la colocación del catéter (Kendall, Williams, Pechacek, Graham, Shisslack y Herzoff, 1997; Langer, Jarris y Wolfer, 1975, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993), c) ayudar a que el paciente evalúe la cirugía en función de sus aspectos positivos y negativos, d) entrenar al paciente en técnicas de control de la activación ya que se ha comprobado que las técnicas de relajación pueden disminuir la activación fisiológica y emocional asociada al dolor de la cirugía (Vera y Vila, 1995; Langer, Jarris y, 1975; y Valliant y Leith, 1986, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993), e) entrenar al paciente en técnica de detección del pensamiento que le ayudará a eliminar pensamientos obsesivos o perseverantes que son improductivos, irreales y tienden a inhibir la ejecución de la conducta deseada o una secuencia de conductas (como el control de la activación) (Pickett y Clum, 1982, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993) y f) entrena al paciente para que aplique la técnica en inoculación de estrés que puede utilizar antes y después de la colocación del catéter para disminuir ansiedad y estrés (Ruiz, 1997; y Wills, Howard, Nowlin y Vargas, 1986, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993).

Con lo anterior se pretende que el paciente reporte menos dolor, reduciendo el costo de administración de medicamentos para éste y reduciendo el tiempo de hospitalización, que implica realizar en menor tiempo la diálisis mejorando la salud del paciente y consiguiendo, en algunos casos, una rehabilitación rápida para la reintegración a sus actividades diarias (Rodríguez, 2000a).

Con respecto a la fase II. Se plantea el uso de la terapia de grupo cognitivo conductual, que descansa sobre los mismos fundamentos que la terapia individual (Beck, et al. 1984, 1997; Ellis y Grieger, 1981; Ellis, 1998 y Wessler, 1995). En el caso concreto de este grupo, se basa en un modelo educativo de terapia. La labor del psicólogo a cargo consistirá en enseñar y la tarea del paciente con IRCT consistirá en aprender o reaprender nuevas conductas y creencias respecto a su enfermedad. El enfoque grupal ofrece ciertas ventajas:

1. El grupo tiene una mejor relación coste/eficacia; se puede trabajar con varios pacientes con IRCT a la vez.
2. Los pacientes con IRC pueden aprender que no son los únicos que presentan problemas con su enfermedad.
3. El grupo puede funcionar de una manera preventiva; un paciente que apenas ha ingresado a diálisis puede escuchar a otros pacientes que ya llevan tiempo en el programa, discutir situaciones a las que no se han enfrentado.
4. El paciente puede obtener una gran retroalimentación sobre su conducta de parte del terapeuta o de los participantes.
5. En el grupo los pacientes pueden ofrecer más información sobre problema específicos y más sugerencia para su solución, que las que podría originar un terapeuta individual.

El grupo cognitivo conductual, a diferencia de los grupos de autoayuda que resume Vidal (2003), no se limita a la exposición y convivencia de pacientes con el mismo problema, sino que pretende que el paciente adquiera habilidades cognitivas y conductuales para dar solución a problemas que son planteados comunes en éstos y que logren generalizar estas habilidades a otras problemáticas de su vida.

Por lo anterior, se proponen cuatro grupos que pretenden que el paciente renal adquiera habilidades cognitivas y conductuales genéricas, basados en el formato de programa de intervención de la TCC (objetivo general de la intervención, criterios de selección, número

y objetivo específico de la sesión, actividades del terapeuta, actividades del paciente, formas de evaluación y criterios de cambio):

1. *Entrenamiento en reestructuración cognitiva en pacientes con IRCT.* Tiene el objetivo general de que al término de la intervención los pacientes con IRCT puedan identificar sus pensamientos “irracionales” y modificarlos (por medio del modelo A-B-C-D-E de Ellis) por pensamientos funcionales que le permitan lograr con más eficacia, metas de tipo personal. Las ventajas de esta intervención es que al paciente se le entrena a reestructurar sus creencias irracionales con el modelo A-B-C-D-E que puede posteriormente utilizar en diversas situaciones o problemáticas de su vida. Así mismo, se propone explicar el modelo de Ellis por medio de dos discursos racionales:
2. *Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT.* Este entrenamiento puede ser una técnica muy útil en los pacientes con IRCT pues les puede ayudar a aprender estrategias para dar solución a numerosos problemas y reducir o eliminar los pensamientos negativos que les lleva a creerse incapaces de manejar situaciones relacionadas a su enfermedad o a su vida en general (Crespo y Cruzado, 2000; y Vidal, 2003).
3. *Entrenamiento en control de la activación en el paciente con IRCT.* Dado que la IRCT compromete al paciente a numerosas situaciones que le pueden ser estresantes y comprometer aun más su ya limitada salud, situaciones como el ser hospitalizado constantemente, el aprendizaje de la técnica de diálisis, visitas casi semanales a consulta externa de nefrología, realización de análisis clínicos, dializado diario, toma de medicamentos, seguimiento de la dieta, etc. al terminar la intervención propuesta los pacientes con IRCT podrán aplicar técnicas de relajación (relajación progresiva, relajación autógena, relajación pasiva) que le ayuden a controlar su actividad emocional y fisiológica elevada en diversas situaciones de estrés como las ya antes mencionadas (Vidal, 2003).
4. *Entrenamiento en habilidades sociales en el paciente con IRCT.* Ya que el paciente con IRCT se enfrenta y enfrentará, a lo largo de su enfermedad, a situaciones que requieran conductas socialmente habilidosas, ya sea con su familia, cuidador, como con el equipo de salud (médicos, enfermeras, etc.) y con otras personas se propone el entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de que al término de la

intervención los pacientes con IRCT puedan establecer conductas socialmente habilidosas que le ayuden a mantener interacciones sociales favorables y exitosas (Caballo, 1995 y 2002).

Finalmente en la fase III. Se concuerda con tres autores (p. e. Guillibert y Granger, 1990; Long, 1995; Nichols, 1995; López-Alonso, 1998; Asociación de Enfermos Renales de España, 1998, citados en Vidal, 2003) la importancia de la intervención en formato individual al paciente con IRCT, pues éste servicio de atención psicológica debe ser siempre proporcionado en las instituciones de salud, sin embargo no es factible hacer una propuesta de intervención en este formato debido a la variabilidad de problemáticas y técnicas aplicables, según el caso, que pueden presentar los pacientes. Así mismo, dado que el trabajo del psicólogo de la salud se lleva a cabo en un contexto primordialmente médico y psiquiátrico se deben realizar esfuerzos por superar el problema de la clasificación psiquiátrica, los psicólogos cognitivo conductuales deben considerar la clasificación, únicamente, de trastornos de personalidad; evitando con la clasificación violentar o distorsionar aquello que se intenta caracterizar porque la unicidad de cada individuo se pierde y una clasificación conlleva un costo social de estigmatización de “enfermo mental”.

En resumen, esta propuesta de atención psicológica cognitiva conductual intenta:

- I.** Evidenciar la importancia y el alcance del entrenamiento en habilidades sociales en el médico, ya que es una alternativa viable para mejorar la competencia clínica de éste, probabilizar una mejor adherencia al tratamiento y mejorar la comprensión del padecimiento en sus pacientes (y en específico al paciente renal), y reducir costos a las instituciones de salud por malos diagnósticos ya que puede ayudar a prevenir prescripción innecesaria de medicamentos que son: ya sea erróneamente indicados, seleccionados o usados inadecuadamente por los pacientes (recordemos los elevados costos del medicamento y equipo de diálisis en los pacientes renales), y así mismo, se podría evitar accidentes y demandas por práctica médica negligente.
- II.** Que el paciente con IRCT aprenda habilidades cognitivas y conductuales que pueda utilizar no sólo a problemas específicos planteados sino a un gran número de situaciones problemáticas que se le pueden presentar a lo largo de su enfermedad (generalización). Se intenta que el paciente se convierta en su propio terapeuta evitando así las visitas continuas con el psicólogo encargado de los pacientes.

- III.** Reducir tiempo y costos a las instituciones que proporcionen los servicios de psicología en el área de diálisis, ya que la TCC puede intervenir un gran número de problemas en un tiempo relativamente corto y requiriendo el trabajo de un par de psicólogos que conozca las técnicas.
- IV.** Evidenciar las ventajas de la TCC, ya que ofrece dos formatos de atención: el grupal e individual. En el primer formato se puede atender a un mayor grupo de pacientes y la segunda opción se debe dar de manera indispensable en cualquier servicio de atención psicológica; y además, la TCC, cuenta con un gran número de terapias con una base teórica sólida y antecedentes empíricos efectivos.
- V.** Se propone dotar de habilidades conductuales y cognitivas genéricas (entrenamiento en habilidades sociales, control de la activación, reestructuración cognitiva, solución de problemas) al paciente con IRCT dado que no es viable hacer una propuesta en un formato individual, esto a causa de que cada caso requiere una forma de evaluación, intervención y seguimiento específico.
- VI.** La TCC puede ser una inversión relativamente baja, en tiempo y recursos, en comparación con los considerables beneficios potenciales para los pacientes, médicos, residentes y sistemas de atención a la salud en México.
- VII.** A diferencia de otras propuestas (ver Vidal, 2003), la presente tesis propone y puntualiza la importancia de intervenir en los profesionales de la salud que atienden al paciente renal; así mismo, se pretende el atender al paciente en una situación de prediálisis hasta la última etapa de la enfermedad.
- VIII.** Esta propuesta intenta ser una primera aproximación a la atención psicológica del paciente con IRCT que en México es nula, tratando así de que el paciente reciba una atención integral y de calidad en los servicios de salud.

Finalmente, hay que recalcar la importancia de crear programas de intervención basados en la TCC para los familiares del paciente con IRCT en particular al cuidador principal, que al igual que su familiar enfermo, presentan problemas psicológicos y pueden ser atendidos por los servicios de psicología de las instituciones de salud para que puedan afrontar, lo mejor posible, el cuidado de su familiar enfermo. Así mismo, el psicólogo de la salud debe crear y aplicar programas de promoción, protección y prevención de la IRCT para reducir la incidencia de ésta.

Nombre de archivo: A9  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: CONCLUSIONES  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 28/09/2005 11:34  
Cambio número: 43  
Guardado el: 03/03/2006 12:36  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 84 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:15  
Última impresión completa  
Número de páginas: 9  
Número de palabras: 3.368 (aprox.)  
Número de caracteres: 18.529 (aprox.)

***A***<sub>NEXOS</sub>

## Anexo 1

### Hoja de registro de las habilidades de comunicación <sup>1</sup>

Médico: \_\_\_\_\_ Observador: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

Función	Habilidades	Si	No	No aplica	Comentarios			
Inicio de la entrevista	Saludar y acomodar amablemente	5	4	3	2	1	NA	
	Comentarios iniciales (propósito, restricciones)	5	4	3	2	1	NA	
	Otros	5	4	3	2	1	NA	
Recolección de datos	Suficientes preguntas abiertas	5	4	3	2	1	NA	
	Evita preguntas cerradas o múltiples	5	4	3	2	1	NA	
	Facilitación cuando es necesario	5	4	3	2	1	NA	
	Aclaración en caso necesario	5	4	3	2	1	NA	
	Atención verbal	5	4	3	2	1	NA	
	Otros	5	4	3	2	1	NA	
Conducción de la entrevista	Interrumpe cuando es necesario	5	4	3	2	1	NA	
	Elogia la colaboración	5	4	3	2	1	NA	
	Directivo cuando es necesario	5	4	3	2	1	NA	
	Otros	5	4	3	2	1	NA	
Apoyo emocional	Favorece la discusión	5	4	3	2	1	NA	
	Adecuada cantidad de: - Frases empáticas	5	4	3	2	1	NA	
	- Frases de respeto	5	4	3	2	1	NA	
	- Frases de confianza	5	4	3	2	1	NA	
	Responsiva no verbal	5	4	3	2	1	NA	
	Otros	5	4	3	2	1	NA	
Administración	Explicaciones claras	5	4	3	2	1	NA	
	Instrucciones claras	5	4	3	2	1	NA	
	Verifica la comprensión	5	4	3	2	1	NA	
	Explora la adherencia	5	4	3	2	1	NA	
	Elogia el afrontamiento	5	4	3	2	1	NA	
	Fomenta la colaboración	5	4	3	2	1	NA	
	Atribuciones positivas	5	4	3	2	1	NA	
	Otros	5	4	3	2	1	NA	
Cierre de la entrevista	Anuncia el final	5	4	3	2	1	NA	
	Resume correctamente	5	4	3	2	1	NA	
	Estimula los comentarios	5	4	3	2	1	NA	
	Verifica el siguiente paso	5	4	3	2	1	NA	
	Finaliza puntualmente	5	4	3	2	1	NA	

<sup>1</sup> En Rodríguez, G. (2000).

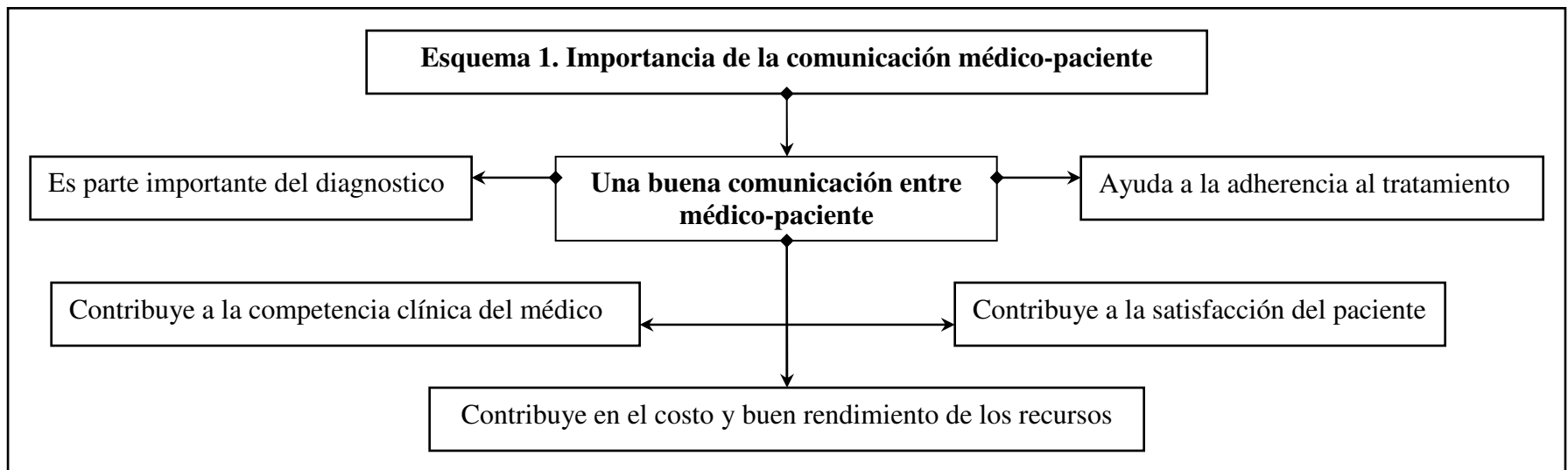


**Anexo 2**

**Cuestionario de Conocimientos Básicos de la Comunicación Médico-Paciente**

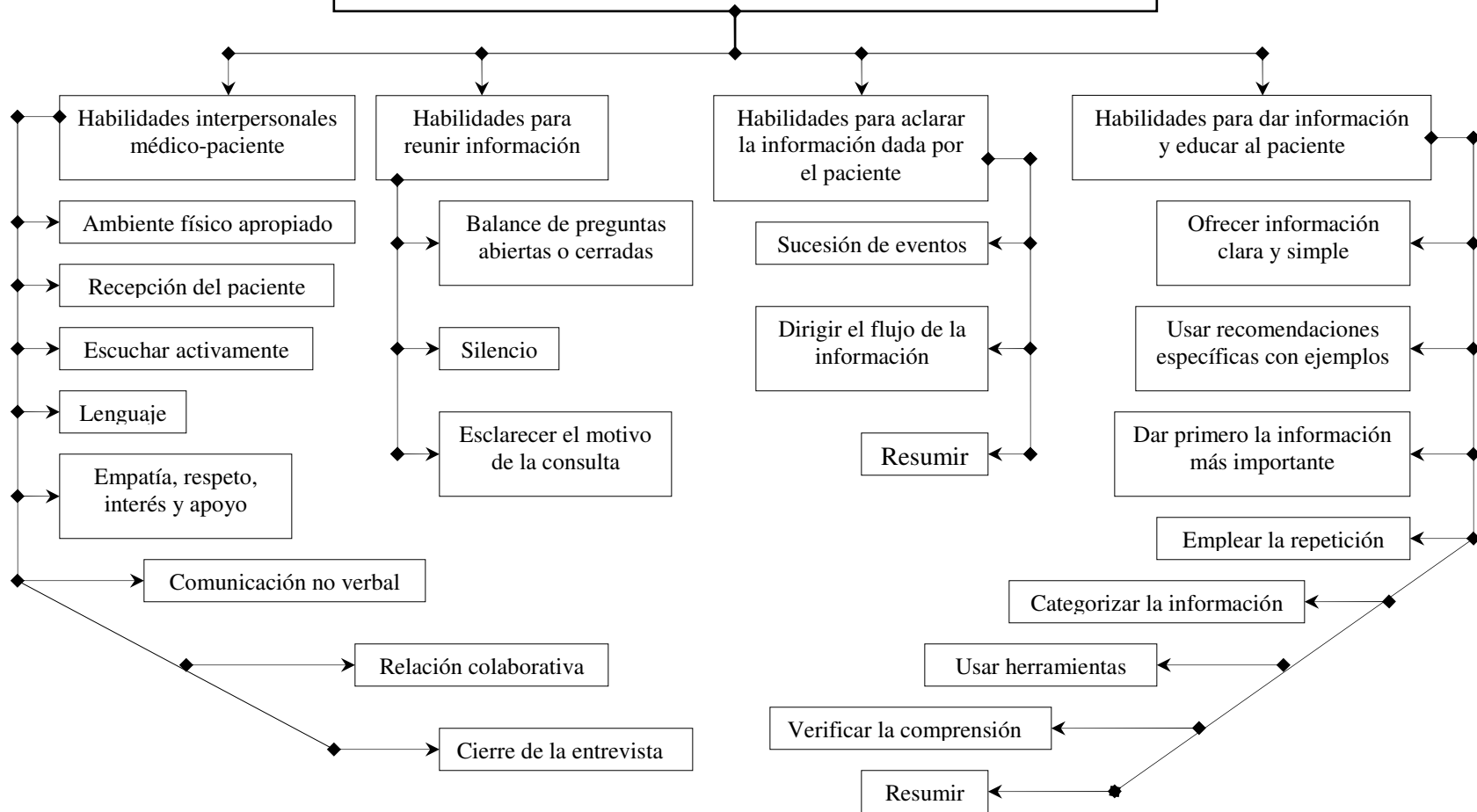
<b>1.</b>	¿Por qué una buena comunicación es parte importante del diagnóstico?..... ..... ..... .....
<b>2.</b>	¿Por qué una buena comunicación ayuda a la adherencia al tratamiento? ..... ..... ..... .....
<b>3.</b>	¿Por qué una buena comunicación contribuye a tu competencia clínica? ..... ..... ..... .....
<b>4.</b>	¿Por qué una buena comunicación contribuye a la motivación y satisfacción del paciente? ..... ..... ..... .....
<b>5.</b>	¿Por qué una buena comunicación contribuye en el costo y buen rendimiento de los recursos? ..... ..... ..... .....

### Anexo 3



## Anexo 4

### Esquema 2. Habilidades básicas de comunicación en médicos



## Anexo 5

### Sistema de evaluación conductual de la habilidad social (SECHS) <sup>2</sup>

Nombre:..... Fecha:.....

Objetivo:.....	Puntuación	Evaluación*:
.....	21	Muy pobre
.....	42	Pobre
.....	63	Regular
.....	84	Bueno
.....	<b>105</b>	<b>Muy bueno</b>

COMPONENTES CONDUCTUALES	
Componentes no verbales	Ensayo
Expresión facial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.</li> <li>2. Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.</li> <li>3. Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.</li> <li>4. Cara agradable. Algunas expresiones positivas.</li> <li>5. Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.</li> </ol>
Mirada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mirada muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy desagradable.</li> <li>2. Mirada poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desagradable.</li> <li>3. Frecuencia y patrón de mirada normales.</li> <li>4. Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.</li> <li>5. Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.</li> </ol>
Sonrisas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa. Sonrisas continuas. Muy desagradable.</li> <li>2. Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable. Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.</li> <li>3. Patrón y frecuencia de sonrisas normales.</li> <li>4. Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.</li> <li>5. Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.</li> </ol>
Postura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.</li> <li>2. Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.</li> <li>3. Postura normal. No produce impresión de rechazo.</li> <li>4. Postura abierta. Da la impresión de aceptación.</li> <li>5. Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.</li> </ol>
Orientación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación completamente a otro lado. Impresión muy negativa.</li> <li>2. Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.</li> <li>3. Orientación normal. No produce una impresión desagradable.</li> <li>4. Buena orientación. Impresión desagradable.</li> <li>5. Muy buena orientación. Impresión muy agradable.</li> </ol>
Distancia/contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.</li> <li>2. Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.</li> </ol>

<sup>2</sup> En Caballo, V. (1995).

\* Se evalúa la conducta del sujeto puntuando (de 1 a 5) la adecuación de cada uno de los elementos moleculares incluidos en el SECHS. Una puntuación de 3 o superior en una conducta indica que dicha conducta es adecuada (en mayor a menor grado) y no sería necesario una modificación de dicho componente. Una puntuación inferior a 3 requeriría una intervención para hacer más adecuado el elemento molecular de que se trate.

	<p>Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.</p> <p>3. Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.</p> <p>4. Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.</p> <p>5. Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable</p>
Gestos	<p>1. No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.</p> <p>2. Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.</p> <p>3. Frecuencia y patrón de gestos normales.</p> <p>4. Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.</p> <p>5. Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva</p>
Apariencia personal	<p>1. Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.</p> <p>2. Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.</p> <p>3. Apariencia normal.</p> <p>4. Buena apariencia. Agradable y atractiva.</p> <p>5. Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.</p>
Oportunidad de los reforzamientos	<p>1. No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.</p> <p>2. Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.</p> <p>3. Reforzamiento normal.</p> <p>4. Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.</p> <p>5. Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.</p>
Componentes paralingüísticos	
Volumen de la voz	<p>1. No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.</p> <p>2. Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa. Volumen demasiado alto. Desagradable.</p> <p>3. Voz normal, pasable.</p> <p>4. Volumen de voz bastante adecuado. Impresión algo negativa.</p> <p>5. Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.</p>
Entonación	<p>1. Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.</p> <p>2. Poco excesiva, ligeramente monótona. Desagradable.</p> <p>3. Entonación normal, desagradable.</p> <p>4. Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.</p> <p>5. Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.</p>
Timbre	<p>1. Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.</p> <p>2. algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.</p> <p>3. Timbre normal, ni agradable ni desagradable.</p> <p>4. Timbre agradable. Impresión positiva.</p> <p>5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.</p>
Fluidez	<p>1. Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.</p> <p>2. Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.</p> <p>3. Timbre normal, ni agradable ni desagradable.</p> <p>4. Timbre agradable. Impresión positiva.</p> <p>5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.</p>
Velocidad	<p>1. Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.</p> <p>2. Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. Habla bastante despacio. Desagradable.</p> <p>3. Velocidad normal. Se le entiende generalmente.</p> <p>4. Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.</p> <p>5. Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.</p>
Claridad	<p>1. No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo. Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo. Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.</li> <li>3. Claridad de pronunciación normal.</li> <li>4. Pronuncia las palabras claramente. Agradable.</li> <li>5. Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.</li> </ol>
Tiempo de habla	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apenas habla. Grandes períodos de silencio. Impresión muy negativa. Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desagradable.</li> <li>2. Habla poco frecuentemente. Impresión negativa. Habla en exceso. Desagradable.</li> <li>3. Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.</li> <li>4. Buena duración del habla. Agradable.</li> <li>5. Muy buena duración del habla. Muy agradable.</li> </ol>
Componentes verbales	
Contenido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.</li> <li>2. Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa</li> <li>3. Contenido normal, cierta variación.</li> <li>4. Contenido interesante, animado, variado. Agradable.</li> <li>5. Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.</li> </ol>
Humor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa.</li> <li>2. Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.</li> <li>3. Contenido de humor normal.</li> <li>4. Contenido de humor bueno. Agradable.</li> <li>5. Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.</li> </ol>
Atención personal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.</li> <li>2. Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.</li> <li>3. Interés normal por la otra persona.</li> <li>4. Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.</li> <li>5. Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas sobre ella. Impresión muy positiva.</li> </ol>
Preguntas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa. Hacer preguntas continuamente. Muy desagradable.</li> <li>2. Hacer pocas preguntas. Impresión negativa. Hacer preguntas en exceso. Desagradable.</li> <li>3. Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.</li> <li>4. Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.</li> <li>5. Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.</li> </ol>
Respuestas a preguntas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.</li> <li>2. Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.</li> <li>3. Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.</li> <li>4. Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.</li> <li>5. Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.</li> </ol>

## Anexo 6

### Parte I. Habilidades básicas de comunicación en médicos a desarrollar <sup>3</sup>

1. Habilidades interpersonales entre médico y paciente ➤ Ambiente físico apropiado. ➤ Recepción del paciente. ➤ Escuchar activamente. ➤ Empatía, respeto, interés y apoyo. ➤ Lenguaje ➤ Comunicación no verbal ➤ Relación colaborativa ➤ Cierre de la entrevista	Habilidades para dar información y educar al paciente ➤ Ofrecer información clara y simple ➤ Usar recomendaciones específicas con ejemplos ➤ Dar primero la información más importante ➤ Emplear la repetición ➤ Resumir ➤ Categorizar la información ➤ Usar herramientas ➤ Verificar la comprensión
Habilidades para reunir información ➤ Balance apropiado de preguntas abiertas o cerradas ➤ Silencio ➤ Esclarecer el motivo de la consulta	Habilidades para aclarar la información dada por el paciente ➤ Sucesión de eventos ➤ Dirigir el flujo de la información ➤ Resumir

Unos cuantos ejemplos de estas conductas son las siguientes:

**Recepción del paciente.** Generalmente, el paciente, desconoce el nombre de los médicos que lo atienden y su cargo. Toda interacción cara-cara debe de tener como principio una buena recepción del paciente. Por ejemplo se puede hacer lo siguiente:

1. Salude adecuadamente según el paciente.
2. Preséntese con su nombre y de su cargo.
3. Pregunte el nombre del paciente (aunque ya lo sepa), averigüe el nombre preferido del paciente para dirigirse a él o ella.

**Proporcionar un ambiente físico apropiado.** Hay que propiciar un ambiente físico apropiado para mejorar la privacidad (que en muchos hospitales no se tiene), comodidad y atención dirigida al paciente. Una conducta habilidosa es que el médico se acerque al paciente por uno de los extremos de la cama y no se ponga a los pies de ésta. Así mismo el médico debe hacer lo siguiente:

1. Cierre la puerta o jale la cortina. Lo cual crea una sensación de atención centrada al paciente y privacidad que alentarán el hablar más “abiertamente”.
2. Pregunte al paciente si está cómodo. Lo cual crea una sensación de preocupación y empatía hacia el paciente.

**Habilidades para reunir información.** Las habilidades esenciales que son necesarias para facilitar el proceso de obtención de la información son las habilidades que facilitan la colaboración del paciente con la entrevista médica de tal forma que sea capaz de llevar al médico a un diagnóstico preciso del problema o de los síntomas. Para lo cual el médico debe:

---

<sup>3</sup> Para consultar la información completa se debe ver el capítulo IV.

- Usar un balance apropiado de preguntas abiertas o cerradas: Generalmente las preguntas abiertas tales como “¿Por favor, platíqueme acerca de su dolor?” son mejores para proporcionar información que las preguntas cerradas tales como “¿Tiene usted un dolor punzante?”
- Usar el silencio para obtener más información del paciente: los médicos deben aprender a usar apropiadamente el silencio como una forma de animar a los pacientes a expresarse más completamente, tratar temas difíciles y recordar información importante.
- Esclarecer las expectativas de los pacientes acerca de la sesión: Los médicos necesitan definir con el paciente cuáles son sus expectativas sobre la sesión, y evitar hacer conclusiones prematuras sobre los motivos de la sesión según el paciente. Preguntas como “¿qué espera de esta visita?” o “¿qué le gustaría que pasará en esta sesión?”.

## **Parte II. Dinámica de juego de roles en médicos.**

Las técnicas sencillas del juego de roles pueden ser usadas fácilmente para enseñar las habilidades de comunicación que se acaban de describir. El entrenador en la sesión anterior ha asignado a cada médico un papel a desempeñar. Un médico puede ser un paciente, un familiar del paciente, un médico o enfermera, etc. Los participantes que no están en el juego de roles deben actuar como observadores y escriben lo que observan con el objetivo de proporcionar retroalimentación y facilitar la discusión cuando el ejercicio haya terminado. Cada participante, con su respectivo papel, actúa una escena la cual puede ilustrar la importancia de la comunicación efectiva para un buen diagnóstico, tratamiento y cuidados. Por ejemplo:

- a) Un participante actúa como un paciente que presenta síntomas, el cual resultará ser IRCT pero el paciente no lo sabe;
- b) Otro participante actúa como un familiar del paciente, quien también ignora el diagnóstico;
- c) Otro puede ser el médico que ha llevado a cabo la valoración, ordenado los análisis y ha hecho el diagnóstico. El médico tiene que explicar el problema, la naturaleza del tratamiento y el probable resultado;
- d) Otro(a) estudiante podría actuar como enfermero(a) que está presente en la consulta o administra medicamentos.

## **Parte III. Asignación de Tarea**

El instructor debe asignar al médico la tarea de un ensayo encubierto donde el participante puede imaginar la ejecución de las habilidades modeladas donde reproducirá imaginariamente una sesión de información a cierto tipo de paciente (p. e. IRC, diabético, hipertenso, cardiaco, hepático, etc.) para posteriormente registrarlo por escrito. Así mismo, se les adelanta que para la próxima sesión observarán un video que representa una sesión informativa a un paciente sobre su enfermedad, por lo que deben ir preparados (con material impreso, imágenes, etc.) para representar el modelo en una situación de ensayo en que proporcionen información.



## Anexo 7

### Parte I. Modelamiento simbólico para proporcionar información en médicos

El médico ya ha adquirido las habilidades básicas de comunicación para lo cual se puede proceder a proyectar una cinta en que se presente un modelo simbólico de una sesión de información. El modelamiento simbólico implica que el médico experimente indirectamente la situación de proporcionar información a los pacientes (incluyendo al renal) sin que esto resulte negativo de algún modo, mirando a alguien más, directa o indirectamente por medio de un video en el que un médico lleve a cabo la actividad, que posteriormente el observador tratará de reproducir. Este video del modelado debe ser realizado con días de anticipación y contener las habilidades sociales de comunicación en médicos (Ver esquema 2 del Anexo 4 y punto 4.5 “Habilidades básicas de comunicación en médicos” del Capítulo IV). El modelado sirve como guía, por lo que el video debe de contener los siguientes elementos:

- a) El modelo debe de tener experiencia en habilidades sociales de comunicación,
- b) El modelo debe de tener conocimientos profundos de la patología explicada (p. e. IRCT) y
- c) El participante tiene que ser capaz de relacionarse con el modelo, es decir, sentir algún apego, por lo que el prototipo debe ser similar al participante en sexo, edad, etc. esto es, que el médico residente participante observe a un modelo que sea también residente con mejores habilidades. Otro es que el modelo sea alguien de prestigio, p. e. un médico encargado del área o un profesor. La forma de proceder es la siguiente:

***Instrucciones sobre la actividad a desarrollar.*** Se debe mencionar las actividades que realizarán los médicos durante la sesión, éstas son:

- El médico debe de observar el modelo, he ir apuntando y evaluando la actuación del modelo según la “Hoja de registro de habilidades de comunicación” del anexo 1. También se le advierte que deberá imitar el modelo con posterioridad.
- Debe hacer un resumen de lo observado y posibles limitaciones en las conductas y su aportación para superarlas.
- El participante tendrá tiempo de practicar las habilidades antes de la cuarta y última sesión, a través de un ensayo cognitivo.

### Parte II. Sugerencias para dar información a los pacientes

Después de realizadas éstas actividades, el entrenador puede mencionar algunas sugerencias que deben tomar en cuenta los médicos en las sesiones de información sobre la enfermedad en sus pacientes:

1. Para la primera visita al paciente hospitalizado mencioné lo que se va a hacer, es decir, que medicamentos se le administrarán y para qué, que estudios se le realizarán, para qué y en qué consisten. Mencione al paciente que hasta no tener toda la información no podrá informarle nada, no mencione especulaciones frente al

paciente, pídale que siga su ejemplo al no hacer conclusiones sin tener información objetiva que lo sustente.

2. Algunos pacientes no desean saber nada hasta que el médico esté seguro del diagnóstico.
3. Cuando comience la sesión de información puede preguntar cuánta información desea el paciente recibir, por ejemplo puede pedir primero que le diga que resultados obtuvo de sus análisis de sangre u orina, sin que en ese momento desee saber el diagnóstico o el tratamiento.
4. De preferencia de información esquematizada y breve, lo que se dice primero se recuerda mejor, por lo que evalúe la situación y proporcione la información que cree usted que el paciente puede recibir en una visita.
5. De al paciente tiempo para integrar la información. Mencione que será informado por bloques de visita, debido a que la información se almacena mejor en pocas cantidades, recordando que un paciente en una situación de ansiedad y estrés, y a medida de que la gravedad de la enfermedad aumenta, se incrementa el impacto potencial sobre el paciente, el cual a su vez disminuirá la habilidad individual para escuchar e incorporar nueva información. Prueba de esto es que en sesiones posteriores el paciente realice las mismas preguntas de información que usted ya proporcionó. Por lo que no se debe dar toda la información al paciente en una sola sesión, ya que el paciente puede escuchar selectivamente los aspectos negativos de la información y retener un cuadro más pesimista del que afirman los hechos.
6. Una sola persona debe encargarse de proporcionar la información, pues tiene un seguimiento de las preguntas y nivel de comprensión del paciente.
7. Use información impresa que sea clara y simple, p. e. un folleto o un cuaderno de Baxter, etc. y use herramientas visuales, imágenes por ejemplo que puedan mostrar la ubicación y forma de los riñones, etc.
8. La información tiene que ser proporcionada tanto al paciente como al familiar, pues ahorra tiempo y el familiar puede ir recordando al paciente en el intervalo de las sesiones, la información proporcionada.
9. Generalmente los familiares pueden salir tras los médicos para hacer preguntas que no quieren que su familiar escuchen, evalúe las preguntas y si cree usted pertinente regrese con el paciente y mencione la(s) pregunta(s) que hizo el familiar o llévelo a un lugar alejado del cuarto, el médico no se debe quedar en el pasillo pues el paciente puede escuchar lo dicho. Esto puede generar muchos problemas pues el paciente puede generar cogniciones acerca de lo sucedido (puede pensar que hay algo que se le quiere ocultar).
10. De al paciente control sobre la cantidad y el momento de la información que recibe. Incluso el paciente que desea saber todo, usualmente no desea oírlo todo a la vez.
11. De información esperanzadora, ante una enfermedad crónica degenerativa los pacientes esperan y aprecian cualquier información que proporcione posibles esperanzas; esto varía según cada paciente, se ha visto que pacientes jóvenes y ancianos pueden tener las mismas posibilidades de recibir un trasplante de riñón, o que incluso numerosos pacientes superan la expectativa de vida en diálisis que es de cinco años.
12. Nunca decir al paciente una mentira, es decir, sobre su expectativa de vida o posible funcionalidad. Los pacientes necesitan información para tomar decisiones inteligentes de su propio tratamiento pero no necesitan saber todos los detalles del

curso y pronóstico de su enfermedad para hacerlo. Así, los pacientes también necesitan información más general de su enfermedad y de cómo podría afectarlos, de tal manera que puedan planear su futuro. Hay que diferenciar entre el pronóstico usual de la enfermedad y el paciente. Puede el médico decirle que solo puede especular y no predecir adecuadamente el curso de la enfermedad y que la información que es ofrecida, es sobre la historia natural de la enfermedad y no de él.

### **Parte III. Asignación de Tarea**

Para la próxima sesión se llevará a cabo un ensayo conductual en un contexto de entrenamiento, por lo que al médico se le debe asignar la tarea de proporcionar información (diagnóstico, causas, tratamiento, etc.) a un paciente (representado por otro miembro del grupo) con determinada patología (p. e. IRC, diabético, cardíaco, etc.), por lo que deben ir preparados (con material impreso, imágenes, etc. [Ver inciso “4.5.3. Habilidades para dar información y educación al paciente” del punto 4.4 “Habilidades básicas de comunicación en médicos” capítulo IV]). Por ejemplo:

- a) Proporcionar información sobre el diagnóstico a un paciente con IRCT.
- b) Proporcionar información a un paciente sobre las causas de su recién diagnóstico de diabetes.
- c) Proporcionar información sobre la intervención quirúrgica en un paciente cardíaco.
- d) Proporcionar información sobre el tratamiento a seguir en un paciente hipertenso.
- e) Proporcionar información sobre su posible expectativa funcional.

## Anexo 8

El ensayo conductual es de gran importancia, pues los participantes pueden poner en práctica aquellas conductas que no contenían en su repertorio de habilidades de comunicación que fueron observadas previamente por el modelo simbólico. El objetivo es que el médico adquiera y afiance las conductas que no poseía, y que perfeccione las conductas que ya poseía y conocía, de forma que se sienta comfortable con aquellas y pueda emplearlas como un comportamiento habitual de su práctica médica.

### **Parte I.** Ensayo conductual en situación de entrenamiento para proporcionar información

El primer ensayo consiste en que el médico proporcione información a un paciente (representado por otro participante) con determinada patología, dividiéndola en bloques:

- Función 1. Saludo
- Función 2. Disposición del escenario
- Función 3. Indagación de información
- Función 4. Desarrollo de la sesión informativa
  - Función 4.1 Diagnostico
  - Función 4.2 Etiología
  - Función 4.3 Síntomas
  - Función 4.4 Tratamiento
    - Función 4.4.1 Médico
    - Función 4.4.2 Quirúrgico
    - Función 4.4.3 Psicológico
    - Función 4.4.4 Dieta
    - Función 4.4.5 Medicamentos
- Función 5. Expectativas
- Función 6. Cierre de la sesión

Por ejemplo para una sesión informativa en pacientes con IRCT, tomando en cuenta las sugerencias de la “Parte I. Modelamiento simbólico para proporcionar información en médicos” del Anexo 7, sería de la siguiente forma:

#### **Función 1. Saludo**

1. Saludar adecuadamente según el paciente.
2. Preséntese con su nombre y de su cargo.
3. Pregunte el nombre del paciente (aunque ya lo sepa), averiguar el nombre preferido del paciente para dirigirse a él o ella.

#### **Función 2. Disposición del escenario**

4. Cerrar la puerta o jalar la cortina. Lo cual crea una sensación de atención centrada al paciente y privacidad que alentarán el hablar más “abiertamente”.
5. Preguntar al paciente si esta cómodo. Lo cual crea una sensación de preocupación y empatía hacia el paciente.

#### **Función 3. Indagación de información**

6. ¿Le han informado algo?, ¿quién le ha informado?

7. ¿Qué cree usted que padece?
8. ¿Qué le preocupa acerca de lo que padece?

#### **Función 4. Desarrollo de la sesión informativa**

##### **Función 4.1 Diagnostico**

9. Comentar los resultados de los análisis. *“Muy bien señor/señora, a partir de los resultados obtenidos de los análisis que le hemos realizado (sangre, orina, radiografías, etc.) y de la información que usted nos proporcione podemos decirle que es lo que usted tiene”*.
10. Dar el diagnostico de manera clara. *“Todo indica que usted se esta sintiendo mal debido a que sus riñones no están trabajando como deberían. El termino médico de lo que padece se llama “Insuficiencia renal crónica”*.
11. Dar las características y ubicación del riñón de manera clara. *“Los riñones humanos son dos vísceras que tienen forma de “fríjol”. Se ubican en esta parte (el médico puede señalar con su propio cuerpo o con el del paciente la ubicación o puede presentar una figura<sup>4</sup>)”*.
12. Explicar las funciones del riñón. *“Los riñones son fundamentales para el funcionamiento del cuerpo. Sus funciones principales son el mantener un equilibrio de líquidos del organismo (p. e. se le puede decir al paciente que su hinchazón en pies o manos, etc. se deben a que esta acumulando líquidos debido a que sus riñones no los están desechando); la eliminación de productos finales del metabolismo y de sustancias extrañas (p. e. puede hacer la analogía del riñón con un bote de basura, es decir, los riñones son como un bote de basura en donde el organismo deposita lo que no le sirve en ellos y a través de la orina se desecha eso); finalmente los riñones producen enzimas y hormonas necesarias para el funcionamiento del organismo”*.
13. Dar la definición de IRCT de manera clara. *“Así pues, la insuficiencia renal es una disminución de las funciones antes mencionadas”*.
14. Si se considera necesario define lo que es una enfermedad crónica (opcional).
15. Pregunte si el paciente tiene alguna duda. *“¿tiene usted alguna pregunta? o ¿tiene alguna duda de lo que le he informado?”*. Si el paciente contesta No pedirle que le resuma lo que le ha informado. Se puede comprobar qué información esta sesgada o incompleta.
16. Volver a dar la información no entendida hasta que quede claro. Según lo anterior volver a informar hasta que quede claro. Se puede “espejear”, es decir, repetir lo que ha dicho el paciente y corregir la información.
17. Si el paciente contesta Si preguntar qué no ha quedado claro. *“¿Qué es lo que ha usted no le ha quedado claro? ¿Qué es lo que usted no ha entendido?”*.
18. Volver a dar la información no entendida hasta que quede claro. Repetir la información no entendida hasta que quede claro. Verificar la comprensión y pedir que el paciente resuma la información del diagnostico.
19. Resumir la información del diagnostico.
20. Proporcionar información impresa que sea clara.
21. Pedir al paciente que escriba algunas preguntas que le gustaría hacerle para la visita posterior.
22. Finalmente preguntar si tiene alguna pregunta, si estas se refieren al origen y tratamiento se puede proseguir con la siguiente función, si el paciente no tiene preguntas se puede optar por pasar a la función 6 anticipando que posteriormente le proporcionará más información.

#### **Función 6. Cierre de la sesión**

---

<sup>4</sup> Ver Figura 1 del capítulo 2.

23. Anunciar el final. P. e. mencionar que por ultimo “*dará la información siguiente...*” o “*antes de terminar quisiera preguntar si tiene usted alguna duda*”.
24. Resumir según lo hablado en la sesión, de manera clara y breve.
25. Preguntar cada vez que vaya a terminar si el paciente tiene dudas.
26. Sugerir al final de la sesión que el paciente apunte las dudas posteriores que genere en su ausencia.
27. Estimule al paciente que haga comentarios. “*¿qué le ha parecido la información?, ¿qué le gustaría saber?*”.
28. Finalizar puntualmente, no interrumpiendo al paciente, cerciorándose de que el paciente ya no tiene preguntas y despidiéndose anunciando que seguirá atendiéndolo y que estará a su disposición.

A lo largo y final del ensayo se debe aplicar la retroalimentación del entrenador y de los demás médicos de la ejecución del participante. La retroalimentación consiste en proporcionar información correcta y útil al médico participante acerca de la actuación que ha tenido en el ensayo precedente. Por ejemplo el participante al decir los resultados de los análisis comenta que tiene muy alta la creatinina el paciente y sigue hablando; se le explica al médico que si comenta algún tecnicismo “no pase de largo”, y explique en términos claros y sencillos qué es la creatinina y cuál es su función en el organismo. Así mismo se debe aplicar el reforzamiento verbal expresando en forma de alabanza, reconocimiento y/o aprobación de la conducta ejecutada; lo que se busca con su aplicación es que los sujetos mejoren su ejecución a lo largo de los respectivos ensayos, aumenten la tasa de respuesta adecuada y mantengan los logros que vayan alcanzando de forma progresiva. Para esta actividad se pueden prever dos sesiones de trabajo para que todos los participantes tengan oportunidad de realizar un ensayo conductual.

## **Parte II.** Ensayo conductual en una situación real en que se proporcione información

El médico ya ha practicado las habilidades de comunicación por medio del juego de roles, el ensayo encubierto y el ensayo conductual en un contexto de práctica. Por lo que el último paso del entrenamiento del médico consiste en ser evaluado (por otro médico o por el mismo entrenador) en un contexto real en que proporcione información sobre la enfermedad en un paciente hospitalizado (p. e. con un paciente renal, diabético, hepático, cardiaco, etc.).

**Evaluación final.** Se hace en el contexto real observando la ejecución del médico entrenado en habilidades sociales de comunicación basándonos en la “Hoja de registro de habilidades de comunicación” del Anexo 1, el cual nos dará una evaluación cuantitativa de la ejecución del médico para observar la eficacia y logro del entrenamiento en habilidades sociales de comunicación en el médico.

Finalmente con el entrenamiento en habilidades sociales de comunicación se pretende que el médico generalice las conducta socialmente habilidosas en condiciones distintas a las que guiaron su aprendizaje inicial, es decir, no sólo puede ejecutar habilidades sociales de comunicación (habilidades interpersonales entre médico y paciente, habilidades para reunir información, habilidades para dar información y educación al paciente) a pacientes con IRCT, sino que puede generalizar lo aprendido a pacientes con diferentes problemáticas medicas en sus distintas modalidades.

**Anexo 9**  
**Cuestionario de satisfacción y comprensión del paciente con IRC y su familiar** <sup>5</sup>

**Comprensión**

1. ¿Cuál ha dicho el médico que era el problema? (diagnostico).....
2. ¿Qué fue lo que le ha dicho el médico que le ha causado el problema? (causas).....
3. ¿Le ha dicho el médico cuales son los tratamientos? (tratamiento).....
4. ¿Le ha mencionado y explicado el médico cual es el tratamiento que recibirá?.....
5. ¿Le ha explicado el cirujano en que consiste la operación del catéter de diálisis? .....
6. ¿Le ha explicado el médico la dieta que seguirá y por qué?.....
7. ¿Le ha explicado el médico o la enfermera para qué es el medicamento que se le ha suministrado?.....

**Satisfacción**

1. ¿El médico ha sido amable con usted?.....
2. ¿Cree que el médico se interesa por usted?.....
3. ¿Le ha explicado el médico las cosas de forma que usted pudiera entenderla?.....
4. ¿Ha estado el médico tanto tiempo como usted lo hubiera deseado?.....
5. ¿Cree usted que el médico le ha escuchado atentamente?.....
6. ¿El médico ha aclarado sus dudas?.....
7. ¿Cómo se siente usted del servicio que ha recibido por parte de los médicos?.....
8. ¿Cómo se siente usted del servicio que ha recibido por parte de las enfermeras?.....

<sup>5</sup> En Meichembaum y Turk, (1991).

## Anexo 10

### Enfermedad del riñón y calidad de vida KDQOL-SF TM

(Estudio de calidad de vida para pacientes en diálisis)

1. Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.
2. Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.
3. Por favor, conteste cada pregunta rodeando con un círculo el número correspondiente o llenando la respuesta tal como se indique. Ejemplo:  
Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cuánto dolor de espalda ha tenido? (Marque un solo número)  
Nada (1) Muy Poco (2) Poco (3) Moderado (4) Mucho (5)
4. Este cuestionario está hecho para poder ver los efectos de la enfermedad del riñón sobre su vida. Algunas preguntas se refieren a las limitaciones que tiene y otras se refieren a su bienestar.
5. Puede ser que algunas preguntas se parezcan a otras, pero todas son distintas. Responda lo mas sinceramente que pueda, por favor. Si no esta seguro/a de cómo responder una pregunta, de la mejor respuesta que pueda, así podremos tener una buena idea sobre las diferentes experiencias de los pacientes con enfermedad de riñón.

#### SU SALUD

1. En general, usted diría que su salud es (Marque un solo número):

Excelente (1) Muy buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5)

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, **comparada con la de hace un año**? (Marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año (1) Algo mejor ahora que hace un año (2)  
Más o menos igual que hace un año (3) Algo peor ahora que hace un año (4)  
Mucho peor ahora que hace un año (5)

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer sus actividades o cosas?. Si es así, ¿Cuánto? (Marque un solo número para cada pregunta)

		Sí, me limita mucho	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco
a.	<b>Esfuerzos intensos</b> , como correr levantar objetos pesado, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b.	<b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar al boliche o caminar más de una hora.	1	2	3
c.	Cargar la bolsa del mandado.	1	2	3
d.	Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e.	Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f.	Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g.	Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h.	Caminar varias cuadras (varios centenares de metros)	1	2	3
i.	Caminar una sola cuadra (unos 100 metros)	1	2	3
j.	Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3



4. Durante las **cuatro últimas semanas**, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física?** (Marque un solo número para cada pregunta)

		Sí	No
a.	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c.	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d.	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?	1	2

5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en actividades cotidianas, a causa de un problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? (Marque un solo número para cada pregunta)

		Sí	No
a.	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c.	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las **4 últimas semanas**, ¿Hasta que punto su salud física o los problemas Emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque un solo número)

Nada (1) Un poco (2) Regular (3) Mucho (4) Muchísimo (5)

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo **durante las 4 últimas semanas?** (Marque un solo número)

No, ninguno (1) Sí, muy poco (2) Sí, un poco (3) Sí, moderado (4) Sí, mucho (5) Sí, muchísimo (6)

8. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Marque con solo número)

Nada (1) Un poco (2) Regular (3) Mucho (4) Muchísimo (5)

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante **las 4 últimas semanas**. ¿Cuánto tiempo? (Marque un solo número por cada pregunta)

		Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca				
a.	¿Se sintió lleno ó de vitalidad?			1	2	3	4	5		
b.	¿Estuvo muy ó nervioso?			1	2	3	4	5		
c.	¿Se sintió tan bajo de moral que nada podría animarle?			1	2	3	4	5		
d.	¿Se sintió calmado y tranquilo?			1	2	3	4	5		
e.	¿Tuvo mucha energía?			1	2	3	4	5		
f.	¿Se sintió desanimado y triste?			1	2	3	4	5		
g.	¿Se sintió agotado?			1	2	3	4	5		
h.	¿Se sintió feliz?			1	2	3	4	5		
i.	¿Se sintió cansado?			1	2	3	4	5		

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? **(Marque un solo número)**

Siempre (1) Casi siempre (2) Algunas veces (3) Sólo alguna vez (4) Nunca (5)

11. Por favor, diga si le parece **CIERTA O FALSA** cada una de las siguientes frases. **(Marque un solo número por cada pregunta)**

	Totalmente cierto	Más o menos cierta	No lo sé	Más o menos falsa	Totalmente falsa			
a.	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.		1	2	3	4	5	
b.	Estoy tan sano como cualquiera.		1	2	3	4	5	
c.	Creo que mi salud va a empeorar		1	2	3	4	5	
d.	Mi salud es excelente		1	2	3	4	5	

12. ¿En que medida considera **CIERTA O FALSA** en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? **(Marque un solo número por cada pregunta)**

	Totalmente cierto	Más o menos cierta	No lo sé	Más o menos falsa	Totalmente falsa			
a.	Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida.		1	2	3	4	5	
b.	Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo.		1	2	3	4	5	
c.	Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad.		1	2	3	4	5	
d.	Me siento una carga para la familia.		1	2	3	4	5	

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿Cuánto tiempo... **(Marque un solo número por cada pregunta)**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca			
a.	¿Se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba?			1	2	3	4	5	6
b.	¿Reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?			1	2	3	4	5	6
c.	¿Estuvo irritable con los que le rodeaban?			1	2	3	4	5	6
d.	¿Tuvo dificultades para concentrarse o pensar?			1	2	3	4	5	6
e.	¿Se llevó bien con los demás?			1	2	3	4	5	6
f.	¿Se sintió desorientado?			1	2	3	4	5	6

14. Durante las **4 últimas semanas**, ¿Cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas? **(Marque un solo número por cada pregunta)**

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo			
a.	¿Dolores musculares?			1	2	3	4	5
b.	¿Dolor de pecho?			1	2	3	4	5
c.	¿Calambres?			1	2	3	4	5
d.	¿Comezón en la piel?			1	2	3	4	5
e.	¿Sequedad de piel?			1	2	3	4	5
f.	¿Falta de aire?			1	2	3	4	5
g.	¿Desmayos o mareos?			1	2	3	4	5
h.	¿Falta de apetito?			1	2	3	4	5
i.	¿Agotado, sin fuerzas?			1	2	3	4	5
j.	¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?			1	2	3	4	5
k.	¿Nauseas o molestias del estómago?			1	2	3	4	5
l.	Sólo pacientes en diálisis peritoneal			1	2	3	4	5
m.	¿Problemas con el catéter?			1	2	3	4	5

## EFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

15. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? (Marque un solo número por cada pregunta)

		Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo		
a.	¿Limitación de líquidos?			1	2	3	4	5
b.	¿Limitaciones en la dieta?			1	2	3	4	5
c.	¿Su capacidad para trabajar en casa?			1	2	3	4	5
d.	¿Su capacidad para viajar?			1	2	3	4	5
e.	¿Depende de médicos y otro personal de salud?			1	2	3	4	5
f.	¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad de riñón?			1	2	3	4	5
g.	¿Su vida sexual?			1	2	3	4	5
h.	¿Su aspecto físico?			1	2	3	4	5

Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas.

16. ¿Hasta que punto le causaron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las cuatro últimas semanas? (Marque un solo número para cada pregunta)

		Ningún problema	Muy poco problema	Algún problema	Mucho problema	Muchísimo problema		
a.	Disfrutar de su actividad sexual		1	2	3	4	5	
b.	Excitarse sexualmente		1	2	3	4	5	

En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 0 a 10, por favor. El 0 representa que duerme “muy mal” y el 10 que duerme “muy bien”. Si cree que usted duerme justo entre “muy mal” y “muy bien”, rodee con un círculo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, rodee el número 6. Si cree que duerme un poco peor, rodee el 4 (y así sucesivamente).

17. En una escala que va de 0 a 10, valore como duerme usted en general. (Marque un solo número)

0            1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

Muy mal Muy bien

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo... (Marque un solo número para cada pregunta)

		Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre		
a.	¿Se despertó por la noche y le costó volverse a dormir?			1	2	3	4	5	6
b.	¿Durmió todo lo que necesitaba?			1	2	3	4	5	6
c.	¿Le costó mantenerse despierto durante el día?			1	2	3	4	5	6

19. En relación con su familia y amigos, valore su nivel de satisfacción con... (Marque un solo número para cada pregunta)

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho		
a.	El tiempo que tiene para estar con su familia y amigos			1	2	3	4
b.	El apoyo que le da su familia y amigos			1	2	3	4

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿Realizó un trabajo remunerado? (Marque un solo número)  
Sí (1) No (2)

21. ¿Su salud le ha impedido realizar un trabajo remunerado? (Marque un solo número)  
Sí (1) No (2)

22. En general, ¿Cómo diría que es su salud? (Marque un solo número)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
La peor salud posible (tan mala o peor que estar muerto) A medias entre la peor posible y la perfecta La mejor salud posible

23. Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona. (Marque un solo número)

Muy malos (1) Malos (2) Regulares (3) Buenos (4) Muy buenos (5) Excelentes (6) Los mejores (7)

24. ¿En qué medida son **CIERTAS** o **FALSAS** cada una de las siguientes afirmaciones? (MARQUE UN SOLO NÚMERO POR CADA PREGUNTA)

	Totalmente cierto	Más o menos cierta	No lo sé	Más o menos falsa	Totalmente falsa					
a.	El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible			1	2	3	4	5		
b.	El personal de diálisis me apoya para hacer a mí enfermedad del riñón			1	2	3	4	5		

25. ¿Le ha ayudado alguien a responder este cuestionario? (Marque un solo número)  
Si, un médico u otro personal de salud (1) Sí, un familiar o un amigo (2)  
Sí, alguna otra persona (3) No (4)

26. ¿Qué es lo que más le preocupa de su enfermedad del riñón?

---

---

---

---

---

---

---

27. ¿Cuál es el aspecto más positivo de convivir con su enfermedad del riñón?

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo 11

### “Explicación del Modelo A-B-C-D-E de Ellis”

**Parte I.** El modelo A-B-C de Ellis consiste en lo siguiente:

- A)** Los Acontecimientos activadores (A) suelen ser acontecimientos presentes y corrientes, o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a estos hechos, pero se encuentran envueltos en recuerdos o pensamientos (concientes o inconcientes) de experiencias pasadas.
- B)** Las Creencias (B) son pensamientos, cogniciones o ideas que pueden tomar diferentes formas ya que cada persona las crea de acuerdo a sus valores, educación, experiencias, estilo de vida, etc. Las creencias racionales (rB) son responsables de las conductas de autoayuda y las irracionales (iB) conducen a comportamientos de autodestrucción.
- C)** Las Consecuencias (C) pueden ser cognitivas, afectivas y comportamentales. Consisten en una alteración emocional (como sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio y autocompasión) y conductual (como hacer cosas autodestructivas o perjudiciales o dejar de hacer otras que resultan benéficas).

La TRE sostiene que la mayoría de las personas piensan que C (emociones y comportamientos negativos) es la consecuencia directa de A (acontecimientos activadores), es decir:

<b>A</b> -----	<b>C</b>
(Acontecimiento	(Consecuencia
Me realizo la diálisis)	Me siento muy triste y no quiero hacer nada)

Cuando el verdadero causante es B (las creencias irracionales sobre A). Por ejemplo, la persona cree que se siente triste (C) porque se debe hacer la diálisis (A), cuando en realidad se siente así por la creencia irracional de que al hacerse la diálisis recuerda que ha sido castigado con la IRCT por haber sido una “mala persona”, por lo que se siente miserable (iB). De modo que podíamos representarlo así:

<b>A</b> -----	<b>B</b> -----	<b>C</b>
(Acontecimiento: Me realizo la diálisis)	(Creencia sobre A: he sido castigado con la IRCT por haber sido una mala persona).	(Creencia sobre A: he sido castigado con la IRCT por haber sido una mala persona).

## Parte II. Explicación del modelo A-B-C-D-E de Ellis:

Una vez que se ha ayudado al individuo a detectar sus creencias irracionales (iB), es momento de empezar a trabajar para modificarlas por creencias racionales (rB). Para esto, la TRE se vale de un proceso de discusión (D), toda la discusión se lleva a cabo en la TREC mediante el uso del método lógico-empírico y socrático de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir las creencias irracionales (iB). De modo que podíamos representarlo así:

<b>A</b> -----	<b>B</b> -----	<b>C</b> -----	<b>D</b>
(Acontecimiento: Me realizo la diálisis)	(Creencia sobre A: he sido castigado con la IRCT por haber sido una mala persona).	(Consecuencias: Me siento muy triste y no quiero hacer nada).	(Debate: ¿por qué he sido castigado?, ¿en que me baso para pensar así?, ¿realmente mi IRCT es un castigo? ¿qué ha dicho el doctor que me causo la IRCT?)

Finalmente, el último punto del A-B-C-D de la TREC lo constituye el desarrollo de un nuevo Efecto (E) o filosofía que permita a la persona a pensar directamente sobre sí mismo, los demás y el mundo de una forma más conveniente en el futuro, es decir, cambiando sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. De modo que podíamos representarlo así:

<b>A</b> -----	<b>B</b> -----	<b>C</b> -----	<b>D</b> -----	<b>E</b>
(Acontecimiento: Me realizo la diálisis)	(Creencia sobre A: he sido castigado con la IRCT por haber sido una mala persona).	(Consecuencias: Me siento muy triste y no quiero hacer nada).	(Debate: ¿por qué he sido castigado?, ¿en que me baso para pensar así?, ¿realmente mi IRCT es un castigo? ¿qué ha dicho el doctor que me causo la IRCT?)	En realidad mi IRCT fue causada por la diabetes y no creo haber sido castigado pues he aprendido a aceptarme tal como soy, ya sea que actúe mal o bien o este enfermo con IRCT.

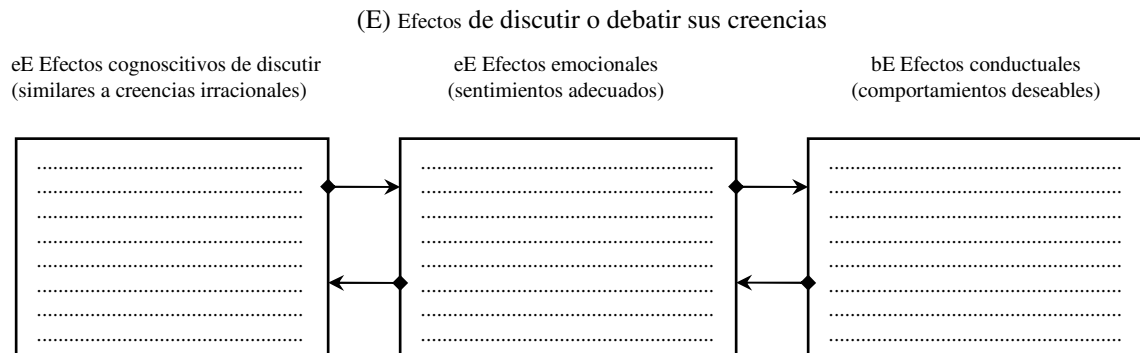
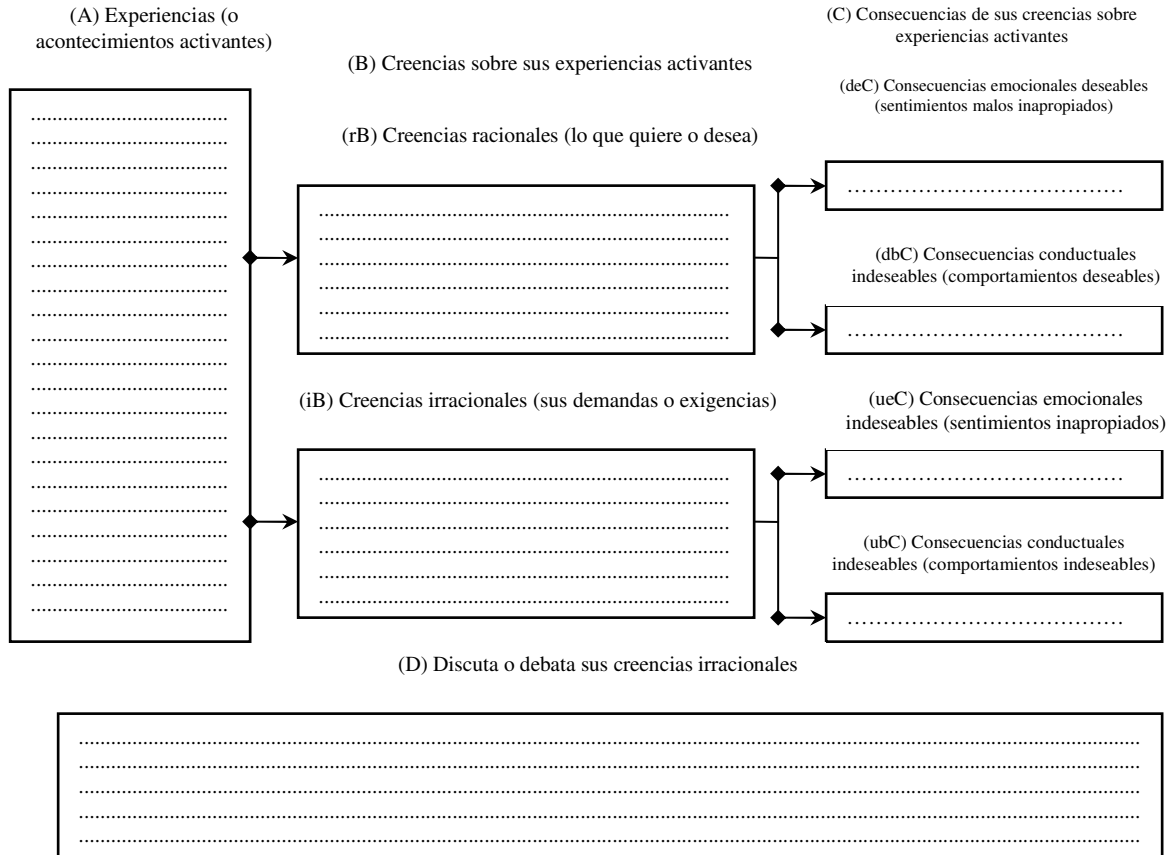
El efecto empieza por ser cognitivo (Ec) y puede llegar a ser emotivo (Ee) y conductual (Ec). De esta forma, los pacientes no sólo cambian su perspectiva y sus creencias sobre las cosas, sino también sus emociones, sus sentimientos y su comportamiento en diferentes ámbitos de su vida.

## Anexo 12

### Cuestionario de autoayuda racional <sup>6</sup>

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES, pensamientos, o sentimientos que aparecen justo antes de que me sienta perturbado emocionalmente o de que actúe autocastigándome.....

(B) CONSECUENCIAS O CONDICIÓN, sentimiento perturbador o conducta autocastigadora que tengo y me gustaría cambiar: .....



<sup>6</sup> 1976 por el Institute for Rational-Emotive Therapy. 45 East 65 Street, New York, N. Y. 10021.







## Anexo 14

### Discurso racional sobre la aceptación de uno mismo y a la enfermedad <sup>8</sup>

Uno de los rasgos humanos más valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido, es la plena aceptación de sí mismo. Sin embargo, aun la persona sana rara vez sabe lo que representa esta clase de aceptación, o cómo puede lograrla.

La aceptación incondicional representa que uno se acepta a sí mismo plenamente, así como su existencia, su condición de ser animado, sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie. Pero lo que la gente, por lo común, llama “con fianza en sí mismo” o “amor propio”, es una forma sumamente condicional de aceptación. Uno tiene confianza en sí mismo o estima de su persona debido a que posee alguna razón específica para ello, a que hace algo bien o con excelencia. Por lo tanto, perderá esa confianza o estimación tan pronto como comience a funcionar deficientemente. La confianza en el amor procede de la convicción de que “si uno ha ganado la aprobación de las personas con anterioridad, es casi seguro que podrá lograrla de nuevo”. Sin embargo, ni la confianza en el trabajo ni la que se tenga en el amor proporcionan al individuo confianza en sí mismo puesto que él no puede desprenderse de la creencia irracional implícita de que “si pierde su capacidad para trabajar bien o no puede ya ganar la aprobación de la gente, se convertirá en una persona inútil, porque sólo logrando y ganando amor continúa siendo un valor real”. No obstante, la confianza en sí mismo significa que está siempre determinado a aceptarse tal cual es, ya sea que actúe mal o bien o que gane o no la aprobación de la gente.

El individuo logra “autoconfianza” no mediante la realización de algo o teniendo éxito en el amor, trabajo, etc. sino por pura elección. Se acepta a sí mismo, simplemente eligiendo hacerlo: no necesita razón alguna para ello. Debe abandonarse el término “confianza en sí mismo” (junto con los de “amor propio”, “egoísmo” y “autocomplacencia” porque todos esos vocablos implican que uno debe calificarse o medirse por alguna clase de ejecución. Y, si deja de ejecutar bien posteriormente, tenderá a odiarse.

Por lo que debe hablar ahora de aceptación de uno mismo o autoelección, porque tales términos no representan clasificación o juicios propios de ninguna índole. Debido a la infinita complejidad de los seres humanos, sus vidas son un proceso en marcha que consta de miles (tal vez de millones) de actos, hechos y ejecuciones. Por lo tanto, es virtualmente imposible clasificar a una persona diciendo “tú eres bueno”, “malo” o “indiferente”. Su salud, su forma de jugar algún deporte, su apariencia o casi cualquiera otro rasgo puede ser clasificado o evaluado en forma justificable. Pero aun si supiéramos lo que son las clasificaciones de todos esos rasgos (y lo que continuarán siendo en el futuro), ¿cómo podríamos obtener una clasificación simple de usted, de usted mismo o de su ser?.

Para empeorar las cosas, las “autoclasificaciones” conducen a la definición o la “satanización”: porque la principal razón para que el paciente quiera decir: “Soy bueno porque he hecho tales o cuales cosas buenas”, es probar que usted es mejor persona que alguien y, en realidad, mejor que cualquiera. Y la razón verdadera que tiene el paciente para decir: “Soy malo porque tengo tales o cuales malas cualidades”, es que cree que puede y debe hacer las cosas bien y, si no hace lo que debe, es peor que otros y quizá peor que cualquiera otro.

Una solución simplista al problema del ego o valía del hombre es poder filosofar diciendo: “*Soy bueno no porque hago las cosas bien o porque soy amado por otros, sino*

---

<sup>8</sup> En Ellis, A. & Elliot (1980).

*simplemente porque estoy vivo. Mi bondad es mi condición de ser viviente. Nada más*". Esta es una solución sumamente práctica del problema de la valía del hombre, porque establece un sencillo estándar de "valor" humano que no depende de nada que los pacientes hagan ni de la opinión de alguien acerca de sus características. Puesto que sólo tendrán valor o valía mientras estén vivos y porque después de muertos no se preguntarán a sí mismos nada sobre su valía, por este práctico estándar siempre serán "buenos", "estimables" y "de valor".

Una solución más aceptable al problema de la valía humana, desde un enfoque filosófico, no puede decirse: "Soy bueno porque estoy vivo" o "Soy una persona valiosa porque existo". ¿Por qué? Porque es una afirmación tautológica y de definición y nunca puede ser probada o negada. En términos de su "validez", uno podría igualmente decir: "Soy malo porque estoy vivo", y eso sería asimismo definitorio y no demostrable. En consecuencia, si uno desea una solución más aceptable, tendría que abstenerse de clasificar a su propio ser y evaluar sólo sus rasgos, sus hechos, sus características y sus ejecuciones.

Por lo tanto, sí los pacientes con IRCT dudan de su valor o valía esencial como humanos, se les puede enseñar de modo justificable a decirse a sí mismo: *"En primer lugar, estoy vivo. Esto es perfectamente evidente y observable. En segundo, elijo permanecer vivo. ¿Por qué? Simplemente porque elijo hacerlo. En tercer lugar, deseo vivir, mientras lo esté, razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer, porque eso parece conducir a que yo permanezca vivo y porque, sencillamente, me gusta ser dichoso más bien que desdichado. En cuarto, déjenme ver cómo me las puedo arreglar para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y a largo plazo"*.

Con puntos de vista de esta clase, los pacientes pueden clasificar sus rasgos con respecto a lo bien que ellos se ayudan para obtener vida y felicidad. Nunca tendrían que clasificarse ellos mismos, es decir, a su ser individual. O, diciéndolo de otro modo, el terapeuta puede ayudarlos a que se acepten a sí mismos, así como su condición de seres vivos, su existencia, y a que estén determinados a tener tanta alegría como sea factible, sin importar lo "buenas" o "malas" que sean sus características. Por supuesto, preferir poseer determinadas capacidades "buenas" altamente calificadas, porque las mismas les proporcionarían a menudo un incremento de placer, pero no necesitarán poseer esas capacidades "buenas" a fin de sentirse "valiosos".

El objetivo primordial es ayudar a los pacientes con IRCT a aceptar el hecho de que existen y tienen características diversas y pueden aceptar su existencia aun cuando dichos rasgos sean "malos" o "indeseables". Cuando los pacientes se comprometen en esta clase de "autoaceptación", admitirán con mayor facilidad la indeseabilidad de muchos de sus rasgos (p. e. la enfermedad) e intentarán cambiarlos por otros "mejores". Y pueden todavía aceptar su existencia o su condición de vivos, a pesar de una parte "de su deplorable conducta".

Las personas enfermas con IRCT mejorarían en aceptarse ellas mismas en este sentido, ya que, por lo común, tienen características y comportamientos que no quieren aceptar, como son el someterse a la diálisis para seguir vivo, tomar los medicamentos, seguir una dieta estricta y consumo limitado de líquidos, llevar todo el tiempo un catéter que sale de su vientre, un mal funcionamiento de los riñones, alta presión sanguínea, etc. En consecuencia, lo mejor sería que trabajaran intensamente para reducir o eliminar algunos de estos males, aunque es improbable que lo hagan si gastan su tiempo y su energía martirizándose a sí mismos por tenerlos.

## Anexo 15

### Cuestionario para conocer la problemática de la muerte<sup>9</sup>

1. ¿Desde que está enfermo de IRC ha pensado sobre su muerte?
2. ¿Pensar sobre su muerte le provoca ansiedad?
3. ¿Cree que se preocupa excesivamente sobre su muerte?

#### PRIMERA PARTE: Sobre su percepción de la muerte

1. ¿Cuál es su principal problema con la muerte?
2. ¿Qué sentimientos o emociones le genera?
3. ¿Desde cuando se convirtió esto en un problema?
4. ¿Cómo se dio cuenta de que era un problema? ¿Qué sucedía en ese entonces?
5. ¿Qué significado tiene la muerte para usted?
6. ¿Bajo qué circunstancias empeora el problema de la muerte?
7. ¿Bajo qué circunstancias mejoran?

#### SEGUNDA PARTE: Sobre sus expectativas actuales

1. ¿Qué le gustaría hacer antes de morir?
2. ¿Piensa usted que aun es joven y por lo tanto no debe aun morir?
3. ¿De qué manera le gustaría dejar este mundo?
4. ¿Hay algo que le parezca que esta inconcluso en su vida?
5. De poder elegir ¿Cómo le gustaría que fuera su muerte?
6. ¿Qué haría su muerte más “llevadera”?
7. ¿Cómo le gustaría sentirse a la hora de morir?

#### TERCERA PARTE: Preguntas complementarias

1. ¿Cómo fue su primer enfrentamiento con la muerte?
2. ¿Algún ser querido ha muerto?
3. ¿Qué impacto tuvo sobre usted?
4. ¿Cómo se sintió?
5. ¿Qué pensó con respecto al suceso?
6. ¿Ha presenciado la muerte de alguien? (por ejemplo algún compañero de cuarto al estar hospitalizado)
7. ¿Qué impacto tuvo sobre usted?
8. ¿Cómo se sintió?
9. ¿Qué pensó con respecto al suceso?

---

<sup>9</sup> Adaptado de Guerra (2003).

## Anexo 16

### Discurso racional sobre la muerte <sup>10</sup>

Una de las principales ansiedades de los pacientes real o potencialmente enfermos es su enorme temor a morir. Los pacientes con IRCT que presentan miedo a los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico, y de otras formas de “nerviosismos”, se relacionan con el miedo final a la muerte, sobre todo en el caso de individuos relativamente jóvenes que están a menudo muy temerosos de morir “antes, de tiempo”.

A continuación se presentan varias razones en apoyo de la idea de que la ansiedad o el interés injustificado de la muerte es tonta y contraproducente:

1. *La ansiedad acerca de la muerte rara vez produce algún bien.* Las estadísticas que presento en el capítulo dos de la incidencia y prevalencia de mortalidad en el paciente con IRCT demuestra que las causas de muerte en ésta población son variables, considerando las múltiples formas en que la muerte puede llegar al paciente es evidente que a éstos no les es factible prevenir todas las posibilidades. Su incesante preocupación y la adopción de todas las precauciones “posibles” para no morir les serán de poca ayuda. Podrán reducir algo sus posibilidades de morir en un futuro cercano, pero ciertamente no las eliminarán.
2. *La ansiedad sobre la muerte puede facilitar un rápido deceso.* Cuanto más interesados se muestran los pacientes acerca de la muerte, más facilitan esa eventualidad. Si se muestran angustiados en cuanto a la posibilidad de morir por una peritonitis al hacer mal la diálisis, tenderán a ponerse tensos cuando la realizan y aumentarán sus probabilidades de contaminar el catéter y contraer la infección. La seguridad requiere vigilancia, no supervigilancia que distrae a los pacientes de actuar bien en ocasiones que involucran verdadero peligro.
3. *Cuanto más se preocupan las personas de la muerte menos placer obtienen de la vida.* Los individuos sensibles esencialmente procuran vivir y disfrutar, ya que si viven miserablemente 93 años, ¿quién quiere esa clase de vida? Los pacientes tienen pocas posibilidades de vivir con felicidad si se atormentan sobre la muerte. Es probable que la mejor forma de asegurarse que los días que les queden de vida serán miserables sea volverse ellos excepcionalmente ansiosos acerca de cómo, cuándo y dónde pueden morir.
4. *El preocuparse no previene mágicamente los acontecimientos temidos.* Muchas personas creen erróneamente que la angustia previene los problemas, pero no es así, ya que la mayoría de las cosas terribles que podrían sucederles les llegan de fuera por ejemplo una persona pierde el control de su automóvil y lo atropella afuera del hospital. La ansiedad no puede curar enfermedades. Si el riñón del paciente está por debajo del 10% de su funcionalidad no va a mejorar debido a que se preocupe o no del asunto.
5. *La preocupación acerca de la muerte no proporciona una existencia más plena.* Muchas personas se preocupan de la muerte porque les parece que en realidad todavía no han vivido. Han gastado la mayor parte de sus vidas inhibiéndose ansiosamente, negándose a hacer cosas placenteras, evitando las aventuras y apegándose a la rutina y el aburrimiento. En consecuencia, quizá piensan: “¡es terrible que muriera cuando en verdad aún no he empezado a vivir!” Sin embargo,

---

<sup>10</sup> En Ellis, A. & Elliot (1980).

esta idea difícilmente hará la vida de uno más plena o placentera. Por el contrario, tenderá a hacerla más restringida y deprimente, y menos animada.

6. *La preocupación sobre la muerte proporciona ayuda de Dios o del destino.* Muchas personas creen que, preocupándose por la muerte y rogando a Dios o al destino que las salve de ella, se asegurarán contra el fallecimiento prematuro. Esto es muy dudoso, ya que parece no haber evidencia de que Dios o el destino favorezcan especialmente a los preocupados y disponga que éstos se hallen libres de enfermedades o no mueran por causa de sus propios males. Por consiguiente, si los pacientes se preocupan porque eso se presume que inducirá a Dios o al destino a ayudarlos, las posibilidades son que se causarán a sí mismos más daño que bien, ya que el preocuparse casi siempre interferirá con procesos de preservación de la salud.
7. *La preocupación es desviante.* Los pacientes con IRCT encontrarán que la cautela o el interés los ayudará a menudo a prevenir malestares relacionados a la enfermedad. Así pues, si siguen su régimen de tratamiento al pie de la letra lo conseguirán. La cautela y el interés implican pensar en medidas que pueden prevenir fatalidades. El pánico acerca de la muerte involucra que las personas están tan preocupadas de lo horrible que sería que volvieran a sentir los síntomas iniciales de la enfermedad que dejan de tomar las medidas que podría prevenirlo.
8. *La preocupación, la ansiedad y el pánico proceden de una demanda poco realista de certeza.* Cuando las personas son muy ansiosas, demandan absoluta certeza de que no recibirán daño alguno y de que no morirán antes de tiempo. Sin embargo, esto es, por supuesto, poco práctico porque, sólo a veces hay un alto grado de certeza. Así pues, algunos pacientes en diálisis que están ahora vivos, probablemente vivirán durante cierto número de años (2 a 5). No obstante, no puede haber garantía de esto. Unos morirán a los pocos meses otros pasaran su expectativa de vida. Por consiguiente, todos deberían aceptar el hecho de que no hay seguridades de vida o de exoneración de dolor.
9. *Sin importar lo poco o mucho que uno se preocupe de la muerte, ésta llegará.* Independientemente de lo que las personas se preocupen de la muerte, morirán. En nuestros días las probabilidades son que vivirán hasta sus sesentas o más años. Pero el fin llega inevitablemente.

### **Ayudar a los pacientes con IRCT a superar sus temores a morir y de la muerte.**

La preocupación o ansiedad sobre morir y estar muerto casi siempre produce mucho más dolor que placer, sí hacemos notar esto a los pacientes, podremos ayudarlos a superar el pánico y su obsesiva preocupación sobre la muerte. Ciertamente la IRCT es una enfermedad bastante grave que puede conducir a la muerte y la mayoría de las personas todavía están muy temerosas de que su existencia llegue prematuramente a su fin. Definen, el proceso de morir y el estado de estar muerto como horrible, y detrás de este horror se encuentra la creencia de que no deben morir o, al menos, no deben morir antes de su tiempo “natural”. Podemos ayudar a los pacientes a desechar los sentimientos de terror sobre la muerte, utilizando con ellos las siguientes clases de razonamiento empírico y lógico:

1. *Yo DEBO TENER una larga y feliz existencia.* No hay razón, por supuesto, para que usted deba o tenga que disfrutar una larga y feliz existencia. Puede muy bien ser injusto que uno muera joven y otro viva hasta los 95 años, pero ¿quién dijo que las cosas deben ser justas?

2. *Yo no DEBO morir con dolor.* El estado de moribundo, como han mostrado diversos estudios, es, por lo general, más bien apacible y no demasiado doloroso. Las personas propenden a entregarse a la muerte, más que a caer en ella, y sólo rara vez sufren mucho en el proceso.
3. *Si usted tiene la mala suerte de morir con dolor,* tal vez nada podrá hacer para evitarlo. Puede, por supuesto, cuidar de su salud mientras vive. Si, por ejemplo, no fuma quizá evite morir de cáncer de pulmón, pero cualquiera puede fallecer dolorosamente. En el peor de los casos, eso sólo será una gran desdicha.
4. *El preocuparse acerca de morir a temprana edad, ciertamente no ayuda a usted a vivir más tiempo y a ser feliz.* La propia preocupación propiciará diversas condiciones físicas que pueden hacer que se muera antes, aparte de que resulte difícil disfrutar su vida, ya sea ésta larga o corta, si se mantiene preocupado por la duración de la misma no la disfrutará.
5. Aunque no se tiene absoluta certeza, *parece que la muerte es un estado de total insensibilidad, de inexistencia,* análogo al que se supone que debe de haber antes de la concepción o del nacimiento. Cuando uno se muere, está realmente muerto y es muy improbable que jamás vuelva a sentir algo. Puesto que es difícil que usted experimente temores acerca del estado en que se hallaba antes de nacer, es tonto que se preocupe de la posibilidad de encontrarse en un estado similar después de haberse ido de este mundo.
6. *Los temores o estados de pánico más horribles que experimentamos no son meramente sobre algún objeto o acontecimiento sino de los temores que le adjudicamos.* Si se muere, por supuesto ya no tendrá reacciones de clase alguna ni, por ende, miedo o pánico. Si acepta este hecho, perderá todos los temores de morir y de tener “sentimientos” incómodos después de su muerte.
7. *Un temor de morir “antes del término natural”, constituye en realidad una demanda de certeza.* Así es, por ejemplo, el miedo de varios procedimientos médicos. Si los pacientes se dicen a sí mismos: “Sería espantoso que muriera durante la colocación del catéter de diálisis”, están realmente pidiendo una absoluta certidumbre de que saben lo que sucederá durante tales procedimientos, aun cuando ya hayan sido informados del procedimiento. Sin embargo, en realidad no parece que existe certidumbre alguna en el universo, excepto el hecho de que ellos eventualmente morirán. No hay manera de saber con exactitud lo que ocurrirá durante la colocación del catéter por consiguiente, todo lo que tenemos son las leyes de probabilidad, pero que éstas funcionan a menudo con un alto índice de éxitos. Así pues, hay una probabilidad de que nada desagradable o inconveniente sucede durante la colocación, como también la hay de que no habrá complicaciones inusitadas, incluyendo la muerte, durante una operación rutinaria como esta.
8. *El preocuparse por el supuesto dolor de morir, difícilmente hace que éste, si llega a producirse, sea más llevadero y,* en cambio, tal vez haga que el dolor de vivir sea mucho mayor de lo que necesita ser. Es una tontería preocuparse acerca del peor proceso posible que quizá experimente mientras está moribundo cuando en realidad no se sabe lo que ocurrirá y puede resultar (como suele suceder) indoloro.
9. *Las personas naturalmente suponen que sería estupendo que ellas, y las demás, vivieran para siempre.* Sin embargo, esto no sería legítimo, en especial si el proceso de envejecimiento continuara mientras vivimos. Olvidan que si los humanos vivieran para siempre, tendrían que poner un límite a la natalidad, porque la tierra,

el sistema solar y, eventualmente, el universo estarían tan poblados que no quedaría lugar ni para estar de pie. Debido a que morimos, dejamos sitio para aquellos que nacen después, y en cuanto a nosotros, en el presente, para merecer el don de la vida, será, mejor que reconozcamos que sólo podemos disfrutar éste recibiendo asimismo la liberación de la muerte.

10. *“He sido una buena persona por eso no debo morir” o “He sido una mala persona por eso debo morir”*. Veíamos en la aceptación de uno mismo y de su enfermedad que el paciente renal debe aceptarse así mismo por mera elección, sin basarse en logros o éxitos, fracasos y errores que haya tenido a lo largo de su vida. El “autoclasificarse” por haber sido una buena o mala persona no es condición para tener atributos, ventajas o desventajas con respecto a los demás de vivir más tiempo y mucho menos de no morir. La única certeza que deben tener las personas, sanas o enfermas, es que algún día, inevitablemente, dejarán de existir.
11. *“No soportaría morir en un hospital”*. En la actualidad se ha desplazado el lugar en que muere el hombre occidental, uno se interna en un hospital para que le ayuden a recuperar su salud, sin embargo muchos mueren en hospitales, por elección propia o no, lo cual no es un hecho horrible. Mucha gente se preocupa por la idea, “insoportable”, de hacerlo allí olvidando las ventajas que tiene fallecer en un hospital con la apertura de los cuidados paliativos, no se busca ya el salvar la vida del paciente sino procurar el menor dolor y sufrimiento que vive en el proceso de morir.
12. *“Morir es la peor cosa que me puede pasar” o “no soporto la idea de estar enterrado y encerrado en una caja”*. Incluso si pensamos que lo peor que nos podría pasar es morir no sería tan horrible pues estando muertos no hay forma de quejarnos.
13. *“No soporto la incertidumbre de lo que le pasará a mi cuerpo después de morir”*. La incertidumbre en este aspecto es solucionable en vida, existen cuestiones legales y deseos que muchas veces son cumplidos por los familiares para que se lleve a cabo lo que las personas quieren que les pase a su cuerpo, planeando así los servicios funerarios, si serán cremados o inhumado.
14. *“Pienso firmemente que la muerte es un castigo”*. La muerte es una ley natural a la que todo ser vivo está sometido, por lo que el castigo se remite a consecuencias negativas de ciertas conductas como el estar encarcelado cuando se asesina a alguien.



## Anexo 17

### Inventario de Solución de Problemas Sociales – Revisado (SPSI-R)

Las siguientes frases describen cómo puede pensar, sentir o actuar cuando se enfrenta a problemas de su vida diaria. No nos referimos a los disgustos habituales que resuelve con éxito cada día. En este cuestionario, un problema es algo importante en su vida que le preocupa mucho pero que no sabe inmediatamente cómo resolver o hacer que le deje de preocupar tanto. El problema puede ser algo que tenga que ver con usted (por ejemplo, sus pensamientos, sentimientos, conductas, salud o apariencia), algo que tenga que ver con su relación con otras personas (por ejemplo, su familia, sus amigos, sus profesores, o su jefe), o algo que tenga que ver con su entorno o las cosas que posea (por ejemplo, su casa, su coche, su dinero). Por favor, lea cada frase atentamente y marque en la hoja de respuestas la letra que muestre hasta qué punto cada frase es cierta para usted. Piense en cómo piensa, siente y se comporta en general cuando se enfrenta a problemas importantes de su vida. Escoja la letra a marcar en la hoja de respuestas utilizando la siguiente escala de valoración:

**A No es cierto en absoluto B Un poco cierto C Bastante cierto D Muy cierto E Extremadamente cierto**

1. Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos..... A B C D E
2. Me siento temeroso/a cuando tengo problemas importantes..... A B C D E
3. Cuando tomo decisiones, no examino todas mis opciones..... A B C D E
4. Cuando tomo decisiones, no pienso en los efectos que cada opción puede tener en otras personas..... A B C D E
5. Cuando resuelvo problemas, pienso en varias ideas y combino algunas de ellas para encontrar una solución mejor..... A B C D E
6. Me siento inseguro/a de mí mismo/a cuando tomo decisiones importantes..... A B C D E
7. Cuando mi primer intento de resolver un problema fracasa, creo que si no me rindo llegaré a resolverlo..... A B C D E
8. Cuando tengo un problema, hago lo primero que se me ocurre..... A B C D E
9. Creo que mis problemas pueden ser solucionados..... A B C D E
10. Espero a ver si un problema desaparece antes de intentar resolverlo yo..... A B C D E
11. Cuando resuelvo problemas, trato de encontrar qué es lo que me impide obtener lo que quiero..... A B C D E
12. Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan, me frustró mucho..... A B C D E
13. Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles, no importa lo mucho que lo intente..... A B C D E
14. Aplazo el resolver problemas tanto como sea posible..... A B C D E
15. No me tomo el tiempo de comprobar si mi solución funcionó..... A B C D E
16. Hago todo lo posible para evitar resolver problemas..... A B C D E
17. Los problemas difíciles me hacen sentir mal..... A B C D E
18. Cuando resuelvo problemas, intento predecir los pros y los contras de cada opción..... A B C D E
19. Me enfrento a mis problemas tan pronto como sea posible..... A B C D E
20. Intento ser creativo y pensar en soluciones originales a los problemas..... A B C D E

**A No es cierto en absoluto B Un poco cierto C Bastante cierto D Muy cierto E Extremadamente cierto**

21. Cuando resuelvo problemas, utilizo la primera idea buena que se me pasa por la cabeza..... A B C D E
22. Cuando resuelvo problemas, no se me ocurren muchas ideas..... A B C D E
23. Evito los problemas en vez de intentar resolverlos..... A B C D E
24. Cuando tomo decisiones, pienso en las consecuencias a corto y largo plazo de cada opción..... A B C D E
25. Después de llevar a la práctica una solución, analizo qué es lo que fue bien y qué es lo que fue mal..... A B C D E
26. Después de intentar resolver un problema, compruebo si me siento mejor..... A B C D E
27. Practico una solución antes de llevarla a cabo para mejorar mis posibilidades de éxito..... A B C D E
28. Creo que puedo resolver problemas difíciles yo solo si lo intento en serio..... A B C D E
29. Cuando tengo un problema, obtengo tanto datos acerca del mismo como sea posible..... A B C D E
30. Aplazo el resolver problemas hasta que es demasiado tarde para hacer nada..... A B C D E
31. Gasto más tiempo evitando mis problemas que resolviéndolos..... A B C D E
32. Cuando tengo un problema me altero tanto que no puedo pensar con claridad..... A B C D E
33. Antes de intentar resolver un problema, me marco un objetivo para saber exactamente donde voy..... A B C D E
34. Cuando tomo decisiones, no me tomo el tiempo necesario para pensar en los pros y contras de cada opción..... A B C D E
35. Cuando fracaso en resolver un problema, intento encontrar qué es lo que falló y vuelvo a intentarlo..... A B C D E
36. Odio resolver problemas..... A B C D E
37. Después de llevar a la práctica una solución, compruebo hasta qué punto ha mejorado el problema..... A B C D E
38. Intento ver mis problemas como desafíos..... A B C D E
39. Cuando resuelvo problemas, se me ocurren muchas opciones..... A B C D E
40. Cuando tomo decisiones, sopeso las consecuencias de cada opción..... A B C D E
41. Cuando tengo un problema importante, me deprimó y no hago nada..... A B C D E
42. Busco a alguien que me ayude a resolver los problemas difíciles..... A B C D E
43. Cuando tomo decisiones, pienso en los efectos de cada opción en mis sentimientos..... A B C D E
44. Cuando tengo un problema, busco en mi alrededor sus causas..... A B C D E
45. Cuando tomo decisiones, sigo mis corazonadas sin pensar en lo que puede pasar..... A B C D E
46. Cuando tomo decisiones, utilizo un sistema para ayudarme a escoger la mejor opción..... A B C D E
47. Cuando resuelvo un problema, en todo momento intento mantener mi objetivo en mente..... A B C D E
48. Miro los problemas desde diferentes ángulos..... A B C D E
49. Cuando no entiendo un problema, intento saber más acerca de él..... A B C D E
50. Me desanimo y deprimó cuando fracasan mis primeros intentos de resolver un problema..... A B C D E
51. No dedico el tiempo necesario para examinar por qué una solución no funcionó..... A B C D E
52. Creo que soy demasiado rápido/a cuando tomo decisiones..... A B C D E

## Anexo 18

### Entrenamiento en solución de problemas en el paciente con IRCT

La resolución de problemas puede ser una técnica muy útil en el paciente con IRCT pues puede ayudar a reducir o eliminar los pensamientos negativos que llevan a creerse incapaz de manejar situaciones relacionadas a su enfermedad como: “No puedo hacer nada...”, “Esto no tiene solución...” “No soporto esta situación...” Indecisión “No sé que hacer...”, etc. El entrenamiento en solución de problemas es una técnica que propongo como elemento constituyente de los procedimientos de la intervención psicológica del paciente con IRCT.

**Parte I.** Supuestos generales del entrenamiento en solución de problemas:

1. **Explicar al paciente renal en que consiste la solución de problemas.** Un *problema* se define como situaciones específicas de la vida que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo (por ejemplo la diálisis), pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos. Una *solución* se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas que ayuden a realizar no sólo la diálisis sino también realizarla bien.
2. **El entrenamiento en solución de problemas ayuda a:** 1) hacer disponibles una variedad de alternativa de respuesta para enfrentarse a la diálisis (que ha sido definida como problemática); y 2) incrementar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces entre esas alternativas.
3. **Partir con el supuesto básico de que** en sí, ninguna situación es intrínsecamente problemática sino la inadecuación de la respuesta es lo que la hace problemática.
4. **Decirle al paciente renal que el tener problemas constituye un hecho normal**, no siempre vamos a emitir respuestas eficaces ante determinadas situaciones y que vivimos en un mundo injusto en cuanto a que un paciente puede experimentar mayor número de situaciones problemas que otros pacientes en diálisis u otras personas.
5. **Esta técnica puede ser aplicada el mismo día que se aprende** y después de algunas semanas de práctica la aplicación puede ser casi automática. Los pasos para el tratamiento en un paciente en diálisis sería la siguiente:

**Parte II.** La guía de resolución de problemas requiere seguir cinco pasos:

1. Concretar el problema (uno por cada vez a emplear el método).
  2. Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema.
  3. Hacer una lista con soluciones alternativas.
  4. Valorar las consecuencias de cada alternativa.
  5. Valorar los resultados.
- 
1. **Concretar el problema** (uno por cada vez a emplear el método). Para lo cual podemos usar el cuestionario del Anexo 19 “Lista de posibles problemas”.
  2. **Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema.** En este punto el paciente requiere concretar como suele responder a las situaciones que ha considerado como problemática. Para lo cual, se debe llenar el cuadro I y II “Perfil del problema: I. Situación y II. Respuesta” del Anexo 20.

3. *Hacer una lista con soluciones alternativas.* Consiste en que el paciente haga una lista de posibles soluciones alternativas siguiendo la técnica de la “Tormenta de Ideas”. Para lo cual nos puede servir el cuadro III “Lista de alternativas” del Anexo 20. El paciente debe anotar todas las posibles soluciones que se le ocurran al problema siguiendo las siguientes normas:
  - A) Se excluyen las críticas. Significa que se escribe cualquier idea nueva o posible solución sin juzgar si es buena o mala.
  - B) Todo vale. Cuanto más disparada y extraña sea la idea mejor, esto ayuda a tener una perspectiva completamente distinta.
  - C) Lo mejor es la cantidad. Cuantas más ideas se produzcan mayor es la posibilidad de tener una solución eficaz.
  - D) Combinar y mejorar una idea (Al releer la lista pueden juntarse varias ideas y formular una mejor solución).
4. *Valorar las consecuencias de cada alternativa.* Consiste en valorar las consecuencias previstas para cada solución ideada. Se puede en este caso hacer una lista de las ventajas e inconvenientes para cada solución ideada para lo cual podemos usar el cuadro IV “Valorar la consecuencia” del Anexo 20.
5. *Valorar los resultados.* En este punto final se valoran los resultados de la solución seleccionada. Consiste en poner en práctica esa solución y comprobar si se cumple el objetivo del paso anterior. La ventaja de la técnica de solución de problemas es que si el paciente no consigue los resultados puede emplear otras de las soluciones posibles o incluso reconsiderar si lo que el paciente definió como problema era en realidad un problema.

## Anexo 19

### Lista de Posibles Problemas (LPP)<sup>11</sup>

Marque en cada situación, la casilla que describa mejor en qué medida se trata para usted un problema. Si tiene dificultades para determinar si una situación es un problema significativo para usted, imagínese en esta situación. Incluya imágenes, acciones y sonidos que le hagan parecer real. En esta situación, ¿se siente colérico?, ¿se siente deprimido?, ¿se siente ansioso?, ¿se siente confundido? Atención a estas emociones. Si se experimenta cólera, depresión, ansiedad o confusión probablemente se encuentre ante una situación problemática, algo en su forma de responder que no funciona bien. Cualquier respuesta a cada tipo de problema que sea igual o mayor a 3 requerirá, probablemente, buscar soluciones eficaces. Marque la casilla adecuada:

- A. No me molesta en absoluto:** No tiene nada que ver conmigo.
- B. Me molesta un poco:** Afecta ligeramente mi vida y constituye un pequeño gasto de energías.
- C. Me molesta bastante:** Posee un claro impacto en mi vida.
- D. Me molesta mucho:** Altera enormemente mi vida cotidiana y afecta profundamente mi bienestar.

Área de salud	A	B	C	D
1. Trastornos del sueño				
2. Problemas sobre el peso				
3. Trastornos del estomago				
4. Problemas físicos crónico				
5. Dificultades para levantarse por la mañana				
6. Alimentación y dieta pobre				
Economía	A	B	C	D
1. Tener poco dinero para final de mes				
2. Poco dinero para cubrir necesidades básicas				
3. Aumento creciente de deudas				
4. Gastos imprevistos				
5. Poco dinero para aficiones y tiempo libre				
6. No hay fuente fija de ingresos				
7. Demasiadas cargas financieras				
Trabajo	A	B	C	D
1. Trabajo monótono y aburrido				
2. Relaciones difíciles con el jefe o superior				
3. Prisas y con estrés				
4. Deseo de un trabajo o carrera distinta				
5. Temor de perder el trabajo				
6. Problemas de relación con los compañeros				
7. Condiciones de trabajo desagradables				
Vivienda	A	B	C	D
1. Mala relación con los vecinos				
2. Casa demasiado apartada de trabajo o escuela				
3. Casa demasiado pequeña				
4. Malas condiciones de la vivienda				

<sup>11</sup> En McKay, Davis y Fanning, (1985).



## Anexo 20

### Cuadros de Solución de Problemas (CSP)

#### Perfil del problema

##### I. Situación

Quién esta implicado-otras personas
Qué sucede- que ha sucedido o deja de suceder que ha usted le molesta
Dónde sucede-lugar
Cuándo sucede-momento durante el día, frecuencia, duración.
Cómo sucede-las reglas que parece seguir, estados de ánimo implicados
Por qué sucede-razones que uno mismo o los demás dan para justificar el problema en el momento en que se presenta

##### II. Respuesta (Escriba un resumen de lo que usted hace o deja de hacer)

Dónde lo hago-lugar
Cuándo lo hago-tiempo en reaccionar, duración de la respuesta
Cómo lo hago-estilo, humor, intensidad o control
Cómo me siento-emociones de "cólera", depresión, confusión.
Por qué lo hago-pensamiento sobre ello, teorías, explicaciones, razonamientos
Que quiero-objetivos que si se cumplieran, significaría que el problema esta solucionado.

##### III. Lista de alternativas

Objetivo:
1.
2.
3.
4.
5.

##### IV. Valorar la consecuencia

Estrategia:			
Consecuencia positiva	Puntuación	Consecuencia negativa	Puntuación
Total:		Total:	





## Anexo 22

### Instrucciones breves para la relajación autógena y su evaluación

#### Parte I. Esquema del entrenamiento autógeno según T. Carnwath y D. Miller

La formación autógena es un método para superar el estrés y la ansiedad, concentrándose en sensaciones de las distintas partes del cuerpo. Es fácil de aprender y el procedimiento se puede realizar en poco tiempo y en cualquier situación. En diferentes momentos se podría sentir que el cuerpo y las extremidades se ponen más calientes y pesadas y son señales normales de que la técnica es efectiva y de que el individuo se está relajando. Los ejercicios no suponen un esfuerzo, ni trabajo. Lo mejor es soltarse (lo que se conoce como “concentración pasiva”).

Se harán una serie de afirmaciones, de un modo pausado y sosegado. Cada afirmación sucesiva que el individuo debe hacerse para sus adentros (en silencio) se refiere a una parte determinada del cuerpo (seguida de una afirmación general de paz y bienestar). Concentrarse en estas afirmaciones alterará las sensaciones del cuerpo. Cada afirmación se repetirá mentalmente cinco veces antes de pasar a la siguiente. No hay que apresurarse en terminar cada ejercicio sino que debe tomarse el tiempo necesario y disfrutar de la nueva sensación de relajación y paz que se produce.

Cuando se haya terminado, sentarse cómodamente en un sillón confortable o tumbarse en una cama o en el suelo, de modo que todos los miembros estén totalmente apoyados. Cerrar los ojos. No se debe forzar la respiración, simplemente dejar que se produzca. Las afirmaciones son las siguientes.

#### **ETAPA 1**

1. Estoy en paz conmigo mismo y totalmente relajado. Repetir cinco veces.

#### **ETAPA 2**

1. Mi brazo derecho es pesado... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
2. Mi brazo izquierdo es pesado... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
3. Mi pierna derecha es pesada... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
4. Mi pierna izquierda es pesada... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
5. Mi cuello y mis hombros son pesados... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

#### **ETAPA 3**

1. Mi brazo derecho está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
2. Mi brazo izquierdo está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
3. Mi pierna derecha está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
4. Mi pierna izquierda está caliente... Estoy en paz... Repetir cinco veces.
5. Mi cuello y mis hombros están calientes... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

#### **ETAPA 4**

1. Mi respiración es tranquila y regular... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

#### **ETAPA 5**

1. Mi ritmo cardíaco es tranquilo y regular... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

#### **ETAPA 6**

1. Mi frente está fresca... Estoy en paz... Repetir cinco veces.

#### **ETAPA 7**



## Anexo 23

### Instrucciones breves para la relajación muscular progresiva y su evaluación

**Parte I.** Modelo propuesto por J. R. Cautela y J. Groden. Pasos a seguir en el proceso de entrenamiento:

“Una vez que se encuentre cómodo, debe comenzar a tensar y relajar grupos de músculos. Cuando tense un músculo, intente notar en qué zona particular siente la tensión. Es muy importante que consiga el máximo grado de tensión posible, tanta cuanto sea capaz de alcanzar para cada grupo de músculos. Después concéntrese en lo que siente cuando los músculos están relajados. La secuencia, por tanto, es la siguiente: (1) tensar los músculos en su grado máximo, (2) notar en todos los músculos la sensación de tensión, (3) relajarse y (4) sentir la agradable sensación de la relajación. Cuando tense una zona particular del cuerpo, debe mantener el resto del cuerpo relajado. Esto al principio le resultará difícil pero con un poco de práctica lo conseguirá. Si tiene problemas con alguna zona particular, como podrían ser los músculos de la cara o la cabeza, practicar frente a un espejo puede serle útil [...].

Cuando practique la relajación por primera vez, debe asegurarse de que concede tiempo suficiente para notar tanto la sensación de tensión como la de relajación. Nosotros le recomendamos que mantenga tensa cada parte de su cuerpo alrededor de unos cinco segundos y que se concentre en sentir la sensación de relajación durante unos diez segundos como mínimo. Algunas partes de su cuerpo pueden requerir más tiempo que otras (por ejemplo, la espalda normalmente necesita más tiempo que los brazos). A estas áreas que presentan una especial dificultad se le deben conceder períodos de tiempo más largos. Cuando crea que está dedicando tiempo suficiente para examinar sus sensaciones de tensión y relajación, retire progresivamente su atención sobre este punto de manera que pueda concentrarse específicamente en las sensaciones de tensión y relajación”.

Después de todas las aclaraciones oportunas sobre el tema que nos ocupa pasamos a la práctica del entrenamiento siguiendo el siguiente esquema:

#### **1. Relajación muscular de manos, brazos, hombros, pechos y estomago**

Para empezar la relajación elija un sitio cómodo, con luz tenue y sin demasiados ruidos. Los pasos básicos de la relajación son: a) Tensar 5-7 segundos y b) Relajar 15-20 segundos.

Es necesario que usted se concentre primero en la tensión como algo desagradable y después en la relajación que se produce como algo agradable.

##### **A) Manos:**

1. Mano dominante: apretar lo más fuerte que se pueda (tensar 5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos).

2. Mano no dominante: apretar lo más fuerte que se pueda (tensar 5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos).

##### **B) Brazos:**

1. Brazo derecho: Tensar (5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos).

2. Brazo izquierdo: Tensar (5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos).

##### **C) Hombros:**

1. Tense primero los hombros subiéndolos hacia las orejas todo lo que pueda (5-7 segundos).....Relaje (15-20 segundos).

2. Tense los hombros (f.12) apretándolos fuerte hacia atrás (sobre el sillón o la cama).....Relaje (15-20 segundos).

**D) Pecho:**

1. Tensar el pecho conteniendo el aire (5-7 segundos).....Relajar expulsando el aire (15-20 segundos).

2. Centrarse después en la relajación, respirando normal y dejando los músculos del pecho sueltos, relajados, sin tensión (15-20 segundos).

**E) Estomago:**

1. Tensar los músculos del estómago apretando fuertemente el estómago hacia dentro (5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos).<sup>13</sup>

**2. Músculos debajo de la cintura**

1. Tensar los músculos debajo de la cintura apretando las nalgas contra el sillón (5-7 segundos).....Relajar y centrarse en la relajación que se produce en estos músculos, dejarlos sueltos, sin tensión (15-20 segundos).

**A) Piernas:**

1. Derecha: Tensar levantado los pies hacia los ojos (5-7 segundos).....relajar (15-20 segundos).

2. Izquierda: Tensar (5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos).

**3. Músculos de la cara**

**B) La Cara:**

1. Tensar la frente subiendo las cejas hacia arriba (5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos). Concéntrese en la relajación.

**C) Ojos:**

1. Tense los ojos cerrándolos y apretándolos fuertemente (5-7 segundos).....Relaje (15-20 segundos).

**D) Nariz:**

1. Tense la nariz subiéndola un poco hacia arriba (5-7 segundos).....Relájela (15-20 segundos).

**E) Boca:**

1. Tensar la boca apretando los labios uno contra otro (5-7 segundos).....Relajar (15-20 segundos). Concéntrese en la relajación dejando los músculos sueltos y sin tensión.

**F) Cuello:**

1. Tensar el cuello, apretando fuerte la cabeza contra el sillón o la cama (5-7 segundos).....Relajar (15-20 seg.), concéntrese en la sensación de relajación que se produce cuando relajé los músculos.

Por último practique técnicas de respiración. Cogiendo aire reteniéndolo unos segundos y después soltando al mismo tiempo que repite mentalmente la palabra RELAX y suelta todos los músculos del cuerpo.

REPITA TODOS LOS EJERCICIOS PROPUESTOS PERO SIN TENSAR  
SIMPLEMENTE RELAJANDO CADA UNA DE LAS PARTES ANTES DESCRITAS

---

<sup>13</sup> Opcional para el paciente con IRCT.

## Parte II. Evaluación del grado de relajación

**Evaluación general:** Al final de la sesión de relajación usted ¿en qué grado (de 0 “Nada relajado” a 10 “Muy relajado”) se siente usted relajado y sin tensión?

A) Nada relajado, B) Poco relajado, C) Algo relajado, D) Relajado, E) Muy relajado

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada relajado 0 a 2		Poco relajado 2 a 4		Algo relajado 4 a 6		Relajado 6 a 8		Muy relajado 8 a 10		

**Evaluación específica:** Al final de la sesión de relajación progresiva usted logró:

### 1. Técnica de relajación muscular

#### A) BRAZOS:

**SI**      **NO**

1. Logre tensar mi mano dominante durante 5-7 segundos.....( )      ( )
2. Logre relajar mi mano dominante durante 5-7 segundos.....( )      ( )
3. Logre tensar mi mano no dominante durante 15-20 segundos.....( )      ( )
4. Logre relajar mi mano no dominante durante 5-7 segundos.....( )      ( )

#### B) BRAZOS:

**SI**      **NO**

1. Logre tensar mi brazo derecho durante 5-7 segundos.....( )      ( )
2. Logre relajar mi brazo derecho durante 15-20 segundos.....( )      ( )
3. Logre tensar mi brazo izquierdo durante 5-7 segundos.....( )      ( )
4. Logre relajar mi brazo derecho durante 15-20 segundos.....( )      ( )

#### C) HOMBROS:

**SI**      **NO**

1. Logre tensar primero los hombros subiéndolos hacia las orejas todo lo que puede durante 5-7 segundos.....( )      ( )
2. Logre relajar primero los hombros subiéndolos hacia las orejas todo lo que puede durante 15-20 segundos.....( )      ( )
3. Logre tensar los hombros apretándolos fuerte hacia atrás sobre el sillón o la cama durante 5-7 segundos.....( )      ( )
4. Logre relajar los hombros apretándolos fuerte hacia atrás sobre el sillón o la cama durante 15-20 segundos.....( )      ( )

#### D) PECHO:

**SI**      **NO**

1. Logre tensar el pecho conteniendo el aire durante 5-7 segundos.....( )      ( )
2. Logre relajar expulsando el aire durante 15-20 segundos.....( )      ( )
3. Logre centrarme en la relajación, respirando normal y dejando los músculos del pecho sueltos, relajados, sin tensión durante 15-20 segundos.....( )      ( )

#### E) ESTÓMAGO:<sup>14</sup>

**SI**      **NO**

1. Logre tensar los músculos del estómago apretando fuertemente el estómago hacia dentro durante 5-7 segundos.....( )      ( )
2. Logre relajar los músculos del estómago durante 15-20 segundos.....( )      ( )

#### 2. Músculos de debajo de la cintura:

**SI**      **NO**

1. Logre tensar los músculos debajo de la cintura apretando las nalgas contra el sillón durante 5-7 segundos.....( )      ( )

<sup>14</sup> Opcional para el paciente con IRCT.

2. Logre relajar y centrarme en la relajación que se produce en estos músculos y dejarlos sueltos, sin tensión durante 15-20 segundos.....( ) ( )

**A) PIERNAS:** **SI** **NO**

1. Logre tensar levantado mi pie derecho hacia los ojos durante 5-7 segundos.....( ) ( )

2. Logre relajar mi pie derecho durante 15-20 segundos.....( ) ( )

3. Logre tensar levantado mi pie izquierdo hacia los ojos durante 5-7 segundos.....( ) ( )

4. Logre relajar mi pie izquierdo durante 15-20 segundos.....( ) ( )

**B) LA CARA:** **SI** **NO**

1. Logre tensar la frente subiendo las cejas hacia arriba durante 5-7 segundos.....( ) ( )

2. Logre relajar la frente subiendo las cejas hacia arriba durante 15-20 segundos.....( ) ( )

**C) Ojos:** **SI** **NO**

1. Logre tensar los ojos cerrándolos y apretándolos fuertemente durante 5-7 segundos.....( ) ( )

2. Logre relajar los ojos cerrándolos y apretándolos fuertemente durante 15-20 segundos.....( ) ( )

**D) Nariz:** **SI** **NO**

1. Logre tensar la nariz subiéndola un poco hacia arriba durante 5-7 segundos.....( ) ( )

2. Logre relajar la nariz subiéndola un poco hacia arriba durante 15-20 segundos.....( ) ( )

**E) Boca:** **SI** **NO**

1. Logre tensar la boca apretando los labios uno contra otro durante 5-7 segundos.....( ) ( )

2. Logre relajar la boca apretando los labios uno contra otro durante 15-20 segundos.....( ) ( )

3. Logre concentrarme en la relajación dejando los músculos sueltos y sin tensión.....( ) ( )

**F) Cuello:** **SI** **NO**

1. Logre tensar el cuello, apretando fuerte la cabeza contra el sillón o la cama durante 5-7 segundos.....( ) ( )

2. Logre relajar el cuello, apretando fuerte la cabeza contra el sillón o la cama durante 15-20 segundos.....( ) ( )

3. Logre concentrarme en la sensación de relajación que se produce cuando relajé los músculos.....( ) ( )

## Anexo 24

### Lista de señales múltiples de activación

Nombre:		
Descripción de la situación en que se siente estresado y/o ansioso:..... ..... ..... .....		
¿Qué siento antes de...?	¿Qué siento durante de...?	¿Qué siento después de...?
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Listado de señales internas y de las “primeras señales avisadoras”		
1. Por ejemplo: aumento de la respiración		
2. Por ejemplo: tensión en los hombros		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8. Etc.		





**Anexo 26**

**Autoregistro de frecuencia diaria de diversas clases de conductas sociales<sup>15</sup>**

**Nombre:..... Fecha de registro del:..... al.....**

		Días						
		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Clases de conducta	Iniciar conversaciones							
	Mantener conversaciones							
	Hablar en público							
	Hacer cumplidos							
	Aceptar cumplidos							
	Pedir favores							
	Rechazar peticiones							
	Defender los derechos							
	Expresión de afecto							
	Expresión de opiniones							
	Expresión de desagrado							
	Afrontamiento de críticas							

---

<sup>15</sup> En Caballo, V. (1995).

**Anexo 27**

**Tabla de autoinforme de la asersión<sup>16</sup>**

**Nombre:..... Fecha de registro del: .....al.....**

		Clases de personas												
		Amigos mismo sexo	Amigos sexo opuesto	Pareja	Padres	Familiares	Autoridad mismo sexo	Autoridad sexo opuesto	Competencia trabajo mismo sexo	Competencia trabajo sexo opuesto	Contacto consumidor	Profesional mismo sexo	Profesional sexo opuesto	Niños
Clases de conducta	Iniciar y mantener conversaciones													
	Expresión de amor, agrado y afecto													
	Defensa de los derechos													
	Pedir favores													
	Rechazar peticiones													
	Hacer cumplidos													
	Aceptar cumplidos													
	Expresión de opiniones personales													
	Expresión justificada de molestia													
	Disculparse													
	Petición de cambios de conducta													

<sup>16</sup> En Caballo, V. (1995).

## Anexo 28

### Escala multidimensional de expresión social-parte Motora<sup>17</sup>

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúa normalmente. Por favor, conteste a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según su propia elección:

---

**4:** Siempre o muy a menudo (91 a 100 % de las veces)

**3:** Habitualmente o a menudo (66 a 90 % de las veces)

**2:** De vez en cuando (35 a 65 % de las veces)

**1:** Raramente (10 a 34 % de las veces)

**0:** Nunca o muy raramente (0 a 9 % de las veces)

---

Responda aparte, en la hoja de respuesta. Su contestación debe reflejar la frecuencia con que realiza el tipo de conducta descrito en cada pregunta.

---

1. Cuando personas que apenas conozco me alaban, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy alabado.
2. Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que “no”.
3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que “no”.
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco.
5. Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.
6. Si un/a amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.
7. Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decírselo.
8. Si un/a amigo/a a quien he prestado *dinero*<sup>18</sup> parece haberlo olvidado, se lo recuerda.
9. Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien, alabándola.
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.
11. Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.
12. Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen.
13. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decir que “no”.
14. Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.
15. Me reservo mi opinión.
16. Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás.
17. Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado/a, intento de manera activa conocerla.
18. Me resulta difícil hablar en público.
19. Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja.
20. Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo a la timidez.
21. Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.
22. Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que “no”.
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as.
24. Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.
25. Expreso sentimiento de cariño hacia mis padres.

---

<sup>17</sup> En Caballo, V. (1995).

<sup>18</sup> Cursivas del autor. En versión original: “1000 pesetas”.

26. Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.
27. Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o la persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista.
28. Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.
29. Soy incapaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a.
30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mí gusto, me quejo de ello al camarero.
31. Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco sólo ligeramente.
32. Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.
33. Cuando estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente.
34. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular.
35. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco enseguida para aclarar el asunto.
36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.
37. Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.
38. Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.
39. Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.
40. Dudo solicitar citas por timidez.
41. Me resulta difícil dirigirme y empezar una conversación con un superior.
42. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente quería hacer.
43. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir.
44. Hago de "la vista gorda" cuando alguien se cuela delante de mí en una fila.
45. Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.
46. Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.
47. No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.
48. Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.
49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente.
50. Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.
51. Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.
52. Cuando me alaban o sé qué responder.
53. Soy incapaz de hablar en público
54. Soy incapaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto.
55. En las relaciones con mi pareja es ella/él quien lleva el peso de las conversaciones.
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior.
57. Si un pariente y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.
58. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.
59. Me resulta difícil hacer cumplidos o alabar a un miembro del sexo opuesto.
60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.
61. Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público.
62. Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación con esa persona.
63. Soy una persona tímida.
64. Me resulta difícil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.

EMES-M  
(Hojas de respuesta)

NOMBRE:..... EDAD..... SEXO:..... FECHA:.....

Por favor, lea atentamente cada pregunta de “Escala Multidimensional De Expresión Social-Parte Motora” (EMES-M) y marque con una (X) en la casilla correspondiente la contestación que más adecuadamente describe su forma de actuar.

Siempre o muy a menudo  
(91 a 100 % de las veces)  
**(4)**

Habitualmente o a menudo  
(66 a 90 % de las veces)  
**(3)**

De vez en cuando  
(35 a 65 % de las veces)  
**(2)**

Raramente  
(10 a 34 % de las veces)  
**(1)**

Nunca o muy raramente  
(0 a 9 % de las veces)  
**(0)**

*1.	0	1	2	3	4
*2.	0	1	2	3	4
*3.	0	1	2	3	4
*4.	0	1	2	3	4
*5.	0	1	2	3	4
6.	0	1	2	3	4
7.	0	1	2	3	4
8.	0	1	2	3	4
9.	0	1	2	3	4
*10.	0	1	2	3	4
*11.	0	1	2	3	4
12.	0	1	2	3	4
*13.	0	1	2	3	4
*14.	0	1	2	3	4
*15.	0	1	2	3	4
*16.	0	1	2	3	4

17.	0	1	2	3	4
*18.	0	1	2	3	4
*19.	0	1	2	3	4
*20.	0	1	2	3	4
21.	0	1	2	3	4
*22.	0	1	2	3	4
*23.	0	1	2	3	4
24.	0	1	2	3	4
25.	0	1	2	3	4
*26.	0	1	2	3	4
27.	0	1	2	3	4
28.	0	1	2	3	4
29.	0	1	2	3	4
30.	0	1	2	3	4
*31.	0	1	2	3	4
32.	0	1	2	3	4

33.	0	1	2	3	4
34.	0	1	2	3	4
35.	0	1	2	3	4
*36.	0	1	2	3	4
*37.	0	1	2	3	4
*38.	0	1	2	3	4
39.	0	1	2	3	4
*40.	0	1	2	3	4
41.	0	1	2	3	4
*42.	0	1	2	3	4
*43.	0	1	2	3	4
*44.	0	1	2	3	4
*45.	0	1	2	3	4
*46.	0	1	2	3	4
*47.	0	1	2	3	4
48	0	1	2	3	4

49.	0	1	2	3	4
50.	0	1	2	3	4
*51.	0	1	2	3	4
*52.	0	1	2	3	4
*53.	0	1	2	3	4
*54.	0	1	2	3	4
*55.	0	1	2	3	4
*56.	0	1	2	3	4
57.	0	1	2	3	4
58.	0	1	2	3	4
*59.	0	1	2	3	4
*60.	0	1	2	3	4
*61.	0	1	2	3	4
62.	0	1	2	3	4
*63.	0	1	2	3	4
64	0	1	2	3	4

## Anexo 29

### Escala Multidimensional De Expresión Social-Parte Cognitiva<sup>19</sup>

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúa normalmente. Por favor, conteste a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según su propia elección:

---

- 4: Siempre o muy a menudo (91 a 100 % de las veces)
  - 3: Habitualmente o a menudo (66 a 90 % de las veces)
  - 2: De vez en cuando (35 a 65 % de las veces)
  - 1: Raramente (10 a 34 % de las veces)
  - 0: Nunca o muy raramente (0 a 9 % de las veces)
- 

Responda aparte, en la hoja de respuesta. Su contestación debe reflejar la frecuencia con que realiza el tipo de conducta descrito en cada pregunta.

---

1. Temo “dar la nota” en una reunión de grupo aunque con ellos exprese mis opiniones personales.
2. Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decírselo directa y claramente.
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.
4. Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría “meter la pata”.
5. Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión.
6. Temo la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se están aprovechando de mí.
7. Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no se encuentran de humor.
8. Pienso que es preferible a ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as que aceptarlos y poder causar una impresión negativa.
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser.
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella me critique.
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo.
12. Me importa bastante la impresión que cause e los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos.
13. Me preocupa “hacer una escena” cuando defiendiendo mis derechos personales ante mi padre.
14. He pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos/as.
15. Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación.
16. He pensado que es responsabilidad de mí ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo han pedido.
17. Temo expresar cariño hacia mis padres.

---

<sup>19</sup> En Caballo, V. (1995).

18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.
19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.
20. He estado preocupado/a sobre qué pensarían las otras personas de mí si defiendo mis derechos frente a ellos.
21. Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación.
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo.
23. He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona.
24. Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados.
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como sino me hubiera dado cuenta.
26. Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí.
27. Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.
28. Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres.
29. Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ellos podría suponer una opinión desfavorable.
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos/as.
31. Me preocupa lo que piensa la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho.
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho pedirme algo que me cueste hacer.
33. Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas.
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonable sólo puede esperar malas contestaciones.
35. Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar a conocer a esa persona.
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño.
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente dé lugar a situaciones violentas.
38. Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un/a adulator/a.
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.
40. Me preocupa hablar en público por miedo ha hacerlo mal.
41. Temo que la gente me critique.
42. Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.
43. Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa.
44. Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.

EMES-C  
(Hojas de respuesta)

NOMBRE:..... EDAD..... SEXO:..... FECHA:.....

Por favor, lea atentamente cada pregunta de “Escala Multidimensional De Expresión Social-Parte Cognitiva” (EMES-C) y marque con una (X) en la casilla correspondiente la contestación que más adecuadamente describe su forma de actuar.

Siempre o muy a menudo  
**(4)**

Habitualmente o a menudo  
**(3)**

De vez en cuando  
**(2)**

Raramente  
**(1)**

Nunca o muy raramente  
**(0)**

1.	0	1	2	3	4
2.	0	1	2	3	4
3.	0	1	2	3	4
4.	0	1	2	3	4
5.	0	1	2	3	4
6.	0	1	2	3	4
7.	0	1	2	3	4
8.	0	1	2	3	4
9.	0	1	2	3	4
10.	0	1	2	3	4
11.	0	1	2	3	4

12.	0	1	2	3	4
13.	0	1	2	3	4
14.	0	1	2	3	4
15.	0	1	2	3	4
16.	0	1	2	3	4
17.	0	1	2	3	4
18.	0	1	2	3	4
19.	0	1	2	3	4
20.	0	1	2	3	4
21.	0	1	2	3	4
22.	0	1	2	3	4

23.	0	1	2	3	4
24.	0	1	2	3	4
25.	0	1	2	3	4
26.	0	1	2	3	4
27.	0	1	2	3	4
28.	0	1	2	3	4
29.	0	1	2	3	4
30.	0	1	2	3	4
31.	0	1	2	3	4
32.	0	1	2	3	4
33.	0	1	2	3	4

34.	0	1	2	3	4
35.	0	1	2	3	4
36.	0	1	2	3	4
37.	0	1	2	3	4
38.	0	1	2	3	4
39.	0	1	2	3	4
40.	0	1	2	3	4
41.	0	1	2	3	4
42.	0	1	2	3	4
43.	0	1	2	3	4
44.	0	1	2	3	4



**Anexo 30**

**Cuestionario breve de comprensión de los componentes verbales, no verbales y cognitivos de las habilidades sociales**

Describe brevemente los componentes no verbales de las habilidades sociales:

- 1. Expresión facial:.....  
.....
- 2. Mirada:.....  
.....
- 3. Sonrisas:.....  
.....
- 4. Postura:.....  
.....
- 5. Orientación:.....  
.....
- 6. Distancia:.....  
.....
- 7. Contacto físico:.....  
.....
- 8. Gestos: .....  
.....
- 9. Apariencia personal: .....  
.....

Describe brevemente los componentes paralingüísticos de las habilidades sociales:

- 1. Volumen de la voz:.....  
.....
- 2. Entonación:.....  
.....
- 3. Timbre:.....  
.....
- 4. Fluidez:.....

- .....
- .....
- 5. Velocidad:.....
- .....
- .....
- 6. Claridad:.....
- .....
- .....
- 7. Tiempo de habla:.....
- .....
- .....

Describe brevemente los componentes verbales de las habilidades sociales:

- 1. Contenido:.....
- .....
- .....
- 2. Humor:.....
- .....
- .....
- 3. Atención personal:.....
- .....
- .....
- 4. Preguntas: .....
- .....
- .....
- 5. Respuestas a preguntas:.....
- .....
- .....

Describe brevemente los componentes cognitivos de las habilidades sociales:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Anexo 31

### Parte I. Derechos Humanos Básicos<sup>20</sup>

1. El derecho a ser tratados con respeto y dignidad.
2. El derecho a equivocarnos y ser responsables de nuestros errores.
3. El derecho a tener nuestras propias opiniones y valores.
4. El derecho a tener nuestras propias necesidades, y que sean tan importantes como las de los demás.
5. El derecho a experimentar y expresar los propios sentimientos.
6. El derecho a cambiar de opinión, idea o línea de acción.
7. El derecho a protestar cuando se nos trata injustamente.
8. El derecho a intentar cambiar lo que no nos satisface.
9. El derecho a detenernos y pensar antes de actuar.
10. El derecho a pedir lo que queremos.
11. El derecho a hacer menos de lo que humanamente somos capaces de hacer.
12. El derecho a ser independientes.
13. El derecho a decidir qué hacer con nuestro propio cuerpo, tiempo y propiedad.
14. El derecho a sentir y expresar el dolor.
15. El derecho a ignorar los consejos.
16. El derecho a rechazar peticiones sin sentirnos culpables o egoístas.
17. El derecho a estar solos aun cuando deseen nuestra compañía.
18. El derecho a no justificarse ante los demás.
19. El derecho a no responsabilizarse de los problemas de otros.
20. El derecho a no anticiparse a las necesidades y deseos de los demás.
21. El derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
22. El derecho a elegir entre responder o no hacerlo.
23. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos de cada uno no están del todo claros.
24. El derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de otra persona.
25. El derecho a escoger no comportarte de forma asertiva o socialmente hábil.

### Parte II. Introducción a los derechos personales

#### *Ejercicios para los derechos humanos básicos*

Se hace que los participantes en el grupo lean una hoja que contiene los derechos humanos básicos expuestos en este anexo. Se les pide que escojan un derecho de la lista que sea importante para ellos, pero que normalmente no se aplica a sus vidas o bien uno que les sea difícil de aceptar. Luego se les da las siguientes instrucciones: “Cierren los ojos... pónganse en una posición cómoda... respiren profundamente dejando el aire dentro tanto como puedan y luego exhalarlo lentamente... ahora imaginen que tienen el derecho que seleccionasteis de la lista... Imagen cómo cambia su vida al aceptar ese derecho... cómo actuarían... cómo se sentirían consigo mismo... con otras personas”. Esta fantasía continúa durante dos minutos, después de los cuales el terapeuta sigue diciendo: “Ahora imaginen que ya no tienen ese derecho... Imaginen cómo cambiaría su vida respecto a como era hace unos momentos... cómo actuarían ahora..., y cómo se sentirían consigo mismo... y con otras personas”. Esta fantasía continúa durante otros dos minutos. Luego, por parejas, discuten las siguientes cuestiones: qué derecho seleccionaron, cómo actuaron y se sintieron cuando tenían y cuando no tenían el derecho, y qué aprendieron con el ejercicio.

---

<sup>20</sup> En Caballo, V. (1995).

## Anexo 32

### Parte I. Diferenciando las conductas asertiva, no asertiva y agresiva

Nuestra vida de relación con otras personas suele generar a veces conflictos y diferencias. Las personas tenemos tres maneras de responder a estos conflictos: conducta agresiva (agresión física o verbal), conducta pasiva (evitación o actitud pasiva) y asertiva (la capacidad verbal para resolver problemas) que explico a continuación de manera general.

1. **Definición de conducta asertividad.** Mucha gente necesita aprender como defender sus derechos personales, cómo expresar pensamientos, emociones y creencias en formas directas, honestas y apropiadas sin violar los derechos de cualquier otra persona. La esencia de la conducta asertiva puede ser reducida a cuatro patrones específicos: la capacidad de decir “no”; la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos; la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos y la capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones.
2. **Definición de conducta pasiva.** La conducta pasiva es una trasgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan de tal modo no hacerle caso. Esta conducta muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que está interactuando.
3. **Definición de conducta agresiva.** La conducta agresiva es una defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas.

### Parte II. Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva/no asertiva/agresiva.

Se plantean una serie de ejemplos sobre la conducta asertiva, la no asertiva y la agresiva. Esto se puede hacer a través de una serie de medios (video, representaciones de escenas, explicación verbal, etc.). Una vez que los participantes en el grupo señalan haber entendido las diferencias entre esas clases de conducta, se hace lo siguiente. Se reparten tres tarjetas de diferente color a cada miembro, cada una de las cuales representa un tipo de conducta (p. e. blanca no asertiva, azul asertiva y roja-agresiva). Se les van presentando de nuevo distintas conductas. Los pacientes tienen que calificar el tipo de conducta que se les presenta levantando, todos a la vez, la tarjeta correspondiente. Se discute por qué la conducta que se ha presentado se considera asertiva, no asertiva o agresiva, y también por qué las personas que clasifican la conducta de forma diferente a la mayoría lo hacen así.



## Anexo 33

### Ejercicios para habilidades sociales básicas

#### 1. Iniciar, mantener y terminar conversaciones

Estos ejercicios estarían dentro del entrenamiento en habilidades conversacionales definido por Kelly (1987) como “*la capacidad de iniciar y mantener conversaciones informales con otras personas*”.

La habilidad conversacional se puede dividir en diferentes componentes: contacto ocular, afecto duración de las intervenciones, cualidades del habla, preguntas, autorevelaciones y retroalimentación positiva (Caballo, 2002).

#### Ejercicio 1. (Iniciar, mantener y terminar conversaciones)

Se propone un juego de roles donde dos pacientes con IRCT escenifican la situación siguiente: uno le cuenta al otro lo que hizo el fin de semana, otro paciente debe incorporarse a la conversación que estas dos estaban manteniendo. Posteriormente se evalúa por el entrenador y participantes.

#### 2. Escucha activa

Con el fin de responder adecuadamente a los demás es necesario prestar atención de forma correcta a los mensajes emitidos por los otros. Esto no sería posible si no atendiéramos a la denominada “escucha activa”. Los mensajes que recibimos pueden ser verbales o no verbales. La escucha activa se da cuando un individuo manifiesta ciertas conductas que indican que claramente está prestando atención a la otra persona (Caballo, 2002). Pueden ser mensajes verbales cortos como “ya”, “¡sí!”, “¿sí?”, “ah”, etc. Las conductas no verbales consisten en asentimientos de cabeza, sonrisas congruentes con el mensaje verbal recibido, contacto ocular directo, reflejo de la expresión facial del que habla, postura atenta, etc.

En resumen, algunos pasos a seguir que se recomiendan para la escucha activa son:

1. Mirar a la persona que habla.
2. Pensar en lo que está hablando.
3. Esperar a que llegue el turno para hablar.
4. Decir lo que se quiera decir.

#### Ejercicio 2. (Ejercicios para ejercitar la escucha activa)

Para poder practicar la escucha activa, se pueden realizar los siguientes juegos de roles:

Escena 1. Un paciente escucha a otro que le platique la última película que ha visto en el cine o en la TV.

Escena 2. Un paciente le cuenta a otro su experiencia con la enfermedad.

Escena 3. Un paciente escucha a otro sobre su vida laboral.

Escena 4. Un paciente le cuenta a otro sobre su relación de pareja.

#### 3. Hacer cumplidos y recibir cumplidos

Antes de comenzar el ejercicio, se puede pedir al paciente que se proponga una meta sencilla, como por ejemplo decir dos halagos al día. Se les debe pedir observar algo

positivo de sus familiares y que lo digan con franqueza y decisión. Por ejemplo se le puede decir a su cuidador lo bien que ayudado durante el tiempo que ha estado en diálisis.

### **Ejercicio 3.** (Dar elogios)

Para practicar dar elogios y alabanzas, se pide a los pacientes que formen parejas, y que hablen durante cinco minutos de un tema cualquiera, por ejemplo de lo que hicieron el fin de semana, que les preocupa de su enfermedad, etc. Transcurrido ese tiempo, se le pide a una pareja que pase al frente del grupo y uno de ellos realice un elogio de manera sincera y dirigido a conductas manifiestas de las cuales hablaron.

## **4. Expresión de molestia, desagrado y disgusto**

Para hacer una crítica es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Ser breve. Una vez que se ha expresado lo que se quería decir no hay que darle más vueltas.
- Evitar hacer acusaciones, dirigiendo la crítica a la conducta y no a la persona (“me ha molestado esto que has hecho” en vez de “es que tú eres muy...”)
- Pedir un cambio de conducta específico. Un cambio pequeño, observable y realista (“quisiera que llegases a la hora que hemos quedado”, “quisiera que no me insultases”)
- Expresar los sentimientos negativos en términos de nuestros propios sentimientos, en primera persona y no en términos absolutos (“me siento mal cuando me hablas así” en vez “hablar así es algo muy feo”)
- Cuando sea posible, empezar y acabar la conversación en un tono positivo.
- Estar dispuesto a escuchar el punto de vista de la otra persona. Terminar la conversación si puede acabar en riña.

### **Ejercicio 4.** (Expresar molestia, desagrado y disgusto)

Para poder practicar la escucha activa, se pueden realizar los siguientes juegos de roles:

Escena 1. Un paciente espera demasiado tiempo para pasar con su médico

Escena 2. Un paciente expresa su disgusto a una persona que fuma en una sala de estar.

## **5. Hablar en público**

Una manera sencilla de practicar el hablar en público, es pedir a los pacientes que pasen a exponer ante sus compañeros el procedimiento de diálisis que se administran (p. e. DPCA o DPCC). Para posteriormente retroalimentar y reforzar la ejecución del paciente tanto por el entrenador como por los demás pacientes.

Nombre de archivo: A10  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: Anexo 1  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 28/09/2005 12:01  
Cambio número: 72  
Guardado el: 01/03/2006 10:52  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 153 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:18  
Última impresión completa  
Número de páginas: 65  
Número de palabras: 21.754 (aprox.)  
Número de caracteres: 119.648 (aprox.)



## REFERENCIAS

- Allemand, S. G. & Martín, M. (1997). **Aspectos psicológicos en diálisis y trasplante renal**. Madrid: Ediciones Avendaño.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998a). *Enfermedades crónicas: prevención y tratamientos. Enfermedad renal*. **Manual de psicología de la salud**. Madrid: Pirámide.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998b). *Promoción de salud y prevención de la enfermedad (I): aspectos teóricos y técnicas de intervención*. **Manual de psicología de la salud**. Madrid: Pirámide.
- Andres, E. (1989). *Insuficiencia renal crónica*. En J. Alsina (1989). **Nefrología**. Barcelona: Salvat.
- Ardila, R. (1997). *Análisis experimental del comportamiento y psicología de la salud*. **Psicología Conductual**. Vol.5 (3).
- Ardila, R. (2000). *Prevención primaria en psicología de la salud*. En L. A. Oblitas & E. Becoña. (2000). **Psicología de la salud**. Capítulo 2. México: Plaza y Valdez.
- Arévalo, M. (2003). *El riñón normal. Desarrollo, estructura y funciones. 1.1 El riñón normal. Anatomía e histología*. En L. Hernando, P. Almaja, M. Arias, C. Caramelo, J. Egidos, & S. Lamas. **Nefrología clínica**. España: Panamericana.
- Ariete, S. & Bemporado, J. (1990). **Psicopatología de la depresión**. México: Paidós.
- Ballester, F. C. (1997a). *Delimitación conceptual de la psicología de la salud y su relación con otras áreas*. **Psicología de la salud**. Capítulo 2. Valencia: Promolibro.
- Ballester, F. C. (1997b). *Historia y cristalización de la psicología de la salud como disciplina*. **Psicología de la salud**. Capítulo 3. Valencia: Promolibro.
- Baxter. (2003). **Guía para el paciente: HomeChoice**. Maquina Cicladora. México: Baxter Healthcare Corporation.
- Bayés, R. (1974). *Enfoque Skinneriano de la psicología*. En B. F. Skinner. **Ciencia y conducta humana**. España: Fontanella.
- Beck, A. (1997). *Terapias cognitivas: pasado, presente y futuro*. En M. J. Mahoney (editor). **Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica**. España: Desclée De Brouwer. Capítulo 3.

- Beck, A. Harrinton, R. P. & Buceta, J. M. (1984). *Terapia cognitiva de la depresión: una introducción al desarrollo histórico, los conceptos y procedimientos de alternativa terapéutica de Beck*. **Revista de psicología general y aplicada**. Número 39.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Visión general de la terapia cognitiva*. **Terapia cognitiva de la depresión**. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bird, J., Hall, A., Maguire, P. & Heavy, A. (1993). *Workshops for consultants on the teaching of clinical communication skills*. **Medical Education**. USA. (27), pp. 181-185.
- Bishop, G. D. (1994). **Health psychology: integrating mind and body**. Singapur.
- Bleger, J. (1980). **Psicología de la conducta**. Barcelona: Paidós.
- Boring, E. G. (1976). *Tendencias posteriores a la psicología moderna: el conductismo*. **Historia de la psicología experimental**. México: Trillas. Capítulo 24.
- Botella, C. (1995). *Terapia cognitivoestructural: el modelo de Guidano y Liotti*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Capítulo 21.
- Bouchard, M. A., Granger, L. & Ladouceur, R. (1987). *Historia y principios*. **Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta**. España: Debate. Capítulo 1.
- Briggs, J. P., Kriz, W. & Schnermann, J. B. (1999). *Estudio de la función y estructuras renales*. En A. Greenberg (dir.). **Tratado de enfermedades renales**. España: Harcourt Brace.
- Buela-Casal, G. & Carboles, J. A. (1996). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos**. Mexico-Madrid: Siglo XXI.
- Bueno, D. e Inchausti, E. (1998). *¿Tendría que existir el consejo del estudio psicológico del paciente con insuficiencia renal?*. **Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplantes**. Argentina. (46). pp. 31-34.
- Caballo, V. (1995). *El entrenamiento en habilidades sociales*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. (2002). **Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales**. España: Siglo Veintiuno.

- Caballo, V. & Buela-Casal, G. (1995). *Técnicas diversas en terapia de conducta*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Capítulo 21.
- Castro, R. (1992). *Criterios para la enseñanza de sociología médica en el ámbito de la salud pública*. México: **Salud Pública de México**.. Vol. 34 (6).
- Ciro, E., Medina, G., Alvarado, L. & Cortés, R. (2003). *Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal*. México: **Nutrición Clínica**. Vol. 6 (3), pp. 215-219.
- Crespo, M. & Cruzado, J. A. (2000). *Técnicas de modificación de conducta en el ámbito de la salud*. En J. M. Buceta, A. M. Bueno & B. Mas (eds.). **Intervención psicológica en trastornos de la salud**. España: Dikinson. Capítulo 2.
- Cruz, E. A. (2004). **Morbilidad y mortalidad en la urgencia quirúrgica abdominal en el paciente portador de insuficiencia renal crónica**. Tesis Especialidad (Especialidad en Medicina Interna). UNAM-Facultad de Medicina. México: el autor.
- Cruzado, J. A., Labrador, F. J. & Muñoz, M. (1995). *Introducción a la modificación y terapia de conducta*. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz. **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta**. España: Pirámide. Capítulo 1.
- Daltillo, F. M. & Padesky, C. A. (1995). *Panorámica de la terapia cognitiva*. **Terapia cognitiva con parejas**. España: Desclée De Brouwer.
- Deffenbacher, J. L. (1995). *La inoculación de estrés*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Cap. 26.
- Díaz, J. A. (1994). *Diálisis peritoneal continua por cicladora*. En C. Cruz, J. Montenegro y J. Olivares. **Diálisis peritoneal**. México: Trillas.
- Dinkmeyer, D. (1998). *Psicoterapia y consejo adleriano*. En S. J. Linn & J. P Garske. **Psicoterapias contemporáneas**. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Dobson, K. S. & Dozois, D. J. (2001). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies*. En K. S. Dobson (ed.). **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. Ney York- London: The Guilford Press. Capítulo 1.

- Dobson, K. S. & Franche, R. L. (1995). *La práctica de la terapia cognitiva*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Capítulo 21.
- Duran, L. (1996). **La psicología de la salud en México**. Conferencia Latinoamericana de Psicología de la salud. México: UNAM.
- Egbert, L. D., et al. (1964). *Reduction of post-operative pain by encouragement and instructions of patients: A study of doctor-patient rapport*. **New England Journal of Medicine**. 270.
- Ellis, A. (1998). **Razón y emoción en psicoterapia**. España: Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. & Elliot, A. (1980). **Terapia racional-emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad**. México: Pax-México.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1981). **Manual de terapia racional-emotiva**. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Encarta. (2004). *Insuficiencia renal*. **Enciclopedia Microsoft Encarta**. USA: Microsoft.
- Fallowfield, L. (1992). *The ideal consultation*. Great Britain: **British Journal of Hospital Medicine**. 47 (5), pp. 364-367.
- García, G. (2003). *Insuficiencia renal crónica*. En A. Treviño. **Tratado de nefrología**. México: Prado.
- García, M. & Gil, F. (1995). *Conceptos, supuestos y modelos explicativos de las habilidades sociales*. En F. Gil, J. M. León & E. Jarana, E. **Habilidades sociales y salud**. España: Ediciones Pirámide.
- García, S. & Luño, J. (1994). *Diálisis peritoneal continua ambulatoria*. En C. Cruz, J. Montenegro & J. Olivares. **Diálisis peritoneal**. México: Trillas.
- García, M., Ponz, C. & Soley, E. I. (1994). *Organización de un programa de diálisis peritoneal*. En C. Cruz, J. Montenegro & J. Olivares. **Diálisis peritoneal**. México: Trillas.
- Godoy, J. F. (1999). *Psicología de la salud: delimitación conceptual*. En M. A. Simón. (1999). **Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones**. España: Biblioteca Nueva.

- Goldsteinb, L. H., McAlpineb, M., Dealea, A., Toone, B. K. y Mellersb, J. D. C. (2002). Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency.
- Guerra, N. (2003). **El anciano frente a la muerte: propuesta de intervención psicológica basada en la Terapia Racional Emotiva**. Tesis (Licenciado en psicología). UNAM-FES Iztacala. México: El autor.
- Hernández, L. R. (2004). **Calidad de vida en el cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica terminal en diálisis peritoneal**. Tesis Especialidad (Especialidad en Medicina Interna). UNAM, Facultad de Medicina. México: el autor.
- Hernando, L. (2003). *Procedimiento diagnóstico en el enfermo con insuficiencia renal crónica*. En L. Hernando, P. Almaja, M. Arias, C. Caramelo, J. Egidos, & S. Lamas. *El riñón normal. Desarrollo, estructura y funciones*. **Nefrología clínica**. España: Panamericana.
- INEGI (1999). **Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social**. México: INEGI-SSA. Cuaderno núm. 15. Cuadro 3.1, 3.2 y 3.3.
- INEGI (2002) **Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social**. México: INEGI-SSA. Cuaderno núm. 19. Cuadro 3.1, 3.2 y 3.3.
- INEGI (2003). **Estadísticas del sector salud y seguridad social**. México: INEGI-SSA. Cuaderno núm. 20. Cuadro 3.1, 3.2 y 3.3.
- ISSSTE. (2003). *Requiere el ISSSTE mayor presupuesto para atender a 3 mil 845 pacientes con insuficiencia renal*. **Boletín 333**.
- IMSS. (2003a). *Quintuplicó el IMSS los trasplantes de riñón en los últimos diez años*. México: IMSS. **Boletín de prensa**. No. 421.
- IMSS. (2003b). Tipo de contratación 1. Confianza. Apéndice A. **Consolidado del analítico puesto plaza. Plazas Sindicalizadas-Base**. En: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/1D2F24FD-CA2F-413A-AAD5-7DC2A8640188/0/apendicea.pdf>
- Jiménez, F. (2005). *Lecciones sobre John Locke y Lecciones sobre David Hume*. **Filosofía y educación: cuadernos de educación**. Recuperado 14 de Enero de 2005. Disponible en <http://filosofia.net/materiales/tem/locke.htm> y <http://filosofia.net/materiales/tem/hume.htm>

- Kahn, G. S., Cohen, B., & Jason, H. (1979). *The teaching of inter personal skills in U.S. medical schools*. **Journal of Medical Education**. (54) pp. 29-35.
- Kanfer, F. H. (1992). *Métodos de autosugestión*. En F. H. Kanfer & A. P. Goldstein. **Como ayudar al cambio en psicoterapia: un manual de métodos**. Bilbao: Desclée De Brouwer. Capítulo 10.
- Kaplan, S., Valette, R. & Werner, R. (1999). *Tratamiento de la disfunción sexual en hombres en Hemodiálisis*. **Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplantes**. Argentina. Número 49.
- Kazdin, A. E. (1983). *Fundamentos de la modificación de conducta*. **Historia de la modificación de conducta**. España: Desclée De Brouwer. Capítulo 3.
- Kazdin, A. E. (1995). *Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno.
- Keit, S. & Franche, R. L. (1991). *La práctica de la terapia cognitiva*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (1997). **Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual**. México-España: Siglo XXI.
- Levine, D. Z. (1993). *Insuficiencia renal crónica*. **Cuidado del paciente renal**. México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Levy, N. B. (1996). *Psicología y rehabilitación*. En I. T. Daugirdas. **Manual de diálisis**. España: Masson.
- Levy, N. B & Wynbrandt, G. D. (1975). *The quality of life on maintenance hemodialysis*. **Lancet**. Vol. 1, 1328-1330.
- Long, C. G. (1995). *Renal care*. En A. Broome y S. Llewely. **Health psychology**. Londres: Chapman y Hall.
- López, A. E., Rodríguez, C. & Gavino, A. (1997). *Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés*. En A. Gavino (cord.). **Técnicas de terapia de conducta**. España: Martínez Roca. Capítulo 5.

- López, J. M. & Rodríguez, D. (2003). *El riñón normal. Desarrollo, estructura y funciones. 1.3 Función renal: conceptos generales*. En L. Hernando, P. Almaja, M. Arias, C. Caramelo, J. Egidos, & S. Lamas. **Nefrología clínica**. España: Panamericana.
- López-Ibor, J. J., Ortiz, T. & López-Ibor, M. I. (1999). *Psicología médica y psiquiatría en la enseñanza de la medicina. Lecciones de psicología médica*. España: Masson.
- López, S., Pastor, M. A. & Rodríguez, J. (1993). *Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas*. En M. A. Simón. (1993). **Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención**. España: Pirámide.
- Luria, A. R. (1973). **Fundamentos de neuropsicología**. Moscú.
- Mahoney, M. J. (1983). **Modificación de conducta cognitiva**. México: Trillas.
- Martínez, D. M. (1994). **El sufrimiento en el paciente, familia y equipo implicados en la Insuficiencia Renal Crónica**. España: Ela.
- Matarazzo J. D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology*. USA: **American Psychologist**. Vol. 35. pp. 807-817.
- McGhee, A. (1961). **The patient's attitude to nursing care**. Londres: Livingstone.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1985a). *La inoculación de estrés. Técnicas cognitivas para el afrontamiento del estrés*. España: Martínez Roca. Capítulo 7.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1985b). *La solución de problemas. Técnicas cognitivas para el afrontamiento del estrés*. España: Martínez Roca. Capítulo 5.
- Medline Plus. (2004). *Insuficiencia renal. Enciclopedia médica en español*. USA: National Library of Medicine-National Institutes of Health-Department of Health & Human Services. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/kidneyfailure.html>
- Meichenbaum, D. (1997). *Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: pasado y futuro*. En M. J. Mahoney (editor). **Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica**. España: Desclée De Brouwer.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). **Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: guía práctica para los profesionales de la salud**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Méndez, F. X., Olivares, J. & Moreno, P. (1998). *Técnicas de reestructuración cognitiva*. En J. Olivares & F. X. Méndez. **Técnicas de modificación de conducta**. España: Biblioteca Nueva. Capítulo 11.
- Montes, M. I. & Bayle, M. S. (s. f.). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización*. Área de Conocimiento 7. Disponible en: [http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion\\_sociedad/manual/a7n4.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a7n4.htm)
- Morales, C. y Tovar, M. (1995). **Programa de intervención cognitivo conductual en pacientes hipertensos**. España: MAPFRE MEDICINA, Vol. 7.
- Morales, F. (1999). *La psicología y los problemas de salud. Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (1995). *El entrenamiento en solución de problemas*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Capítulo 22.
- NOTIMEX. (1994). *Destina México bajo presupuesto a salud: Frenk*. **EsMás noticias**. Disponible en: <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/363475.html>
- Oberley, E. T., Dorian, R. & Schatell, M. S. (1995). *Home hemodialysis and patient outcomes*. USA: E-NEPH Archive: **Dialysis & Transplantation**. Vol. 24, (6). p. 292.
- Oblitas, L. A. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. **Psicología de la salud**. México: Plaza y Valdez.
- Peña, J. C. (2002). *Insuficiencia renal crónica*. **Nefrología clínica**. México: Méndez.
- Phares, J. (1999). **Psicología clínica: conceptos, métodos y prácticas**. México: Manual Moderno.
- Piña, J. A. (2004). *La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras*. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. Vol. 4 (1). pp. 191-205.
- Politzer, G. (1978). **Cursos de filosofía: principios elementales y fundamentales**. México: Cultura Popular.
- Praga, M. (2003). *Causas de insuficiencia renal crónica y sus mecanismos de progresión*. En L. Hernando, P. Almaja, M. Arias, C. Caramelo, J. Egidos, & S. Lamas. **Nefrología clínica**. España: Panamericana.



- Rachman, S. (1997). *The evolution of cognitive behaviour therapy*. En C. M. Clark & C. G. Fairburn. **Science and practice of cognitive behaviour therapy**. Great Britain: Oxford University Press. Capítulo 1.
- Ridgeway, V. & Mathews, A. (1982). *Psychological preparation for surgery: a comparison of methods*. Great Britain: **British Journal of Clinical Psychology**. 21.
- Robins, C. J. & Hayes, A. M. (1997). *Una valoración de la terapia cognitiva*. En Mahoney, M. J. (editor). **Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica**. España: Desclée De Brouwer. Capítulo 4.
- Rodin, J. & Stone, G. C. (1987). *Historical highlights in the emergence of field*. En G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick J & E. Singer. **Health psychology: a discipline and a profession**. Chicago: University of Chicago-Press.
- Rodríguez, C. (1997). *Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones: terapia cognitiva*. En A. Gavino (cord.). **Técnicas de terapia de conducta**. España: Martínez Roca.
- Rodríguez, C. & Gavino, A. (1997). *Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones*. En A. Gavino (cord.). **Técnicas de terapia de conducta**. España: Martínez Roca. Capítulo 6.
- Rodríguez, G. (1998). *Psicología de la salud. La psicología de la salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología UNAM-Porrúa.
- Rodríguez, G. (coordinadora) (2000). **Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales**. México: UNAM-Porrúa.
- Rodríguez, G. (coordinadora) (2000). **Relación médico-paciente: interacción y comunicación**. México: UNAM-Porrúa.
- Rodríguez, G. & Rodríguez, I. (2004). *Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica*. **Revista Médica del IMSS**. Vol. 42 (2), pp. 97-102.
- Rodríguez, J. & García, J. (1996). *Psicología social de la salud*. En J. L. Alvaro, A. Garrido & J. R. Torregrosa. (coordinadores). **Psicología social aplicada**. España: Mc Graw-Hill.

- Rubio R. (s. f.) *Problemática social del enfermo con insuficiencia renal crónica. Enfermería nefrológica*. Hospitalización general. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/rociorubio.pdf>
- Ruiz, J. J. & Cano, J. J. (1999). *Los principales modelos de la psicoterapia: los modelos cognitivos. Las psicoterapias: Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios*. España. [Versión electrónica]. I.S.B.N: 84-931075-5-7.
- Sanson-Fisher, R. W., Redman, S., Walsh, R., Mitchell, K., Reid, A., & Perkins, J. (1991). *Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement*. Great Britain: **British Medical Journal**. (303), pp. 1385-1387.
- Santacruce, J. (1995). *El entrenamiento en autoinstrucciones*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Cap. 25.
- Scheaml, W. J. (1975). **Psicología clínica**. Barcelona: Herder.
- Serrano, M. A. (2001). *Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo?*. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 4 (1). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/index.html>
- Shidler, N. R., Peterson, R. A. & Kimmel, P. M. (1998). *Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency*. **Am J Kidney Dis**. Vol. 32 (4), pp. 557-566.
- Skinner, B. F. (1975). *Un sistema de conducta. La conducta de los organismos: un análisis experimental*. España: Fontanella.
- Slaikeu, K. (1988). **Intervención en crisis**. México: El Manual Moderno.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Página para cuidadores familiares de personas mayores dependientes y profesionales que atienden a cuidadores*. España: **SEGG**. Recuperado el lunes, 20 de Septiembre de 2004. Disponible en: <http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/>
- Stone, G. C. (1979). *Health psychology: a historical overview conceptual franiework*. En: G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler y cols. **Health psychology: a handbook**. San Francisco: Josey-Bass.

- Tapia, R. & Olaiz, G. (1999). *Epidemiología de las principales enfermedades crónico-degenerativas. Hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares: de sal, de dulce y de manteca*. México: Secretaria de Salud. Cuaderno de Salud Número 3.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. España. Paidós.
- Treviño-Becerra, A. (2004). *Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria*. **Revista Cirugía y Cirujanos**. México: Academia Mexicana de Cirugía. Vol. 72 (1) pp. 4-5.
- Trinidad, M. (s. f.). *Problemas psicológicos del paciente renal: repercusiones individuales y familiares*”. **Enfermería nefrológica**. Hospitalización general. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/trinibergero.PDF>
- Valiña, M. D. & Martín, M. (1997). *El estudio de los procesos cognitivos: perspectiva histórica*. **Psicología cognitiva: perspectiva, historia, métodos y metapostulados**. España: Pirámide.
- Venkatesas, J., Hamilton, R. W. & Shapiro, J. (1999). *Consideraciones sobre diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica*. En W. L. Henrich. **Diálisis**. México. McGraw-Hill Interamericana.
- Vidal, E. M. (2003). *El psicólogo en acción: intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal*. **El psicólogo en el ámbito hospitalario**. España: Desclée de Bouver.
- Vinokur, E. & Bueno, D. (2002). *Aspecto psicológico del paciente renal*. **Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante**. Instituto de Urología y Nefrología-San Salvador de Jujuy, Argentina. (56). Disponible en: <http://www.renal.org.ar/revista/56/5611.htm>
- Webber, G. C. (1990). *Patient education: A review of the issues*. **Medical Care**. 28 (11).
- Wessler, R. L. (1995). *Terapia de grupo cognitivo conductual*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno.
- Wessler, R. L. & Hankin-Wessler, S. (1995). *La terapia de valoración cognitiva*. En V. Caballo (comp.). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo Veintiuno. Capítulo 23.
- Zúñiga, D. (19 de Noviembre de 2004). *Cámara de Diputados: reasignaciones a campo y salud*. En **Periódico La Jornada**. Año XXI. Número 7269. p. 7.

Nombre de archivo: A11  
Directorio: C:\Documents and Settings\equipo\Escritorio\Nueva carpeta  
Plantilla: C:\Documents and Settings\equipo\Datos de  
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: Referencias  
Asunto:  
Autor: Nadia Dominguez  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 28/09/2005 11:10  
Cambio número: 52  
Guardado el: 02/03/2006 2:15  
Guardado por: Nadia Dominguez  
Tiempo de edición: 98 minutos  
Impreso el: 08/03/2006 9:22  
Última impresión completa  
Número de páginas: 11  
Número de palabras: 3.720 (aprox.)  
Número de caracteres:20.466 (aprox.)