



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Propuesta de intervención psicológica para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC)"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Francis Olympia Hernández Moreno
Edgar Omar López Valencia

Directora: Mtra. Juana Avila Aguilar
Dictaminadores: Lic. José Antonio Amador Melo
Lic. Amado Raúl Rodríguez Tovar





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice**I**

1.1 Insuficiencia renal crónica (IRC)	1
1.1.1 La hemodiálisis	3
1.1.2 Diálisis peritoneal (DP)	5
1.1.3 Trasplante	7
1.2 Tipos de factores de la Insuficiencia renal crónica (IRC)	9
1.3 Percepción del enfermo crónico	10
1.3.1 Calidad de vida en el enfermo crónico	11
1.3.2 Dimensión psicosocial asociada a la enfermedad crónica	12
1.3.3 Trastornos psicológicos en el enfermo crónico	14

II

2.1 Psicología	16
2.2 Corrientes psicológicas	18
2.2.1 Psicoanálisis	18
2.2.2 La Gestalt	22
2.2.3 Conductismo clásico	25

	3
2.2.4 Humanista	26
2.3 Psicología de la salud	29
2.4 Salud y enfermedad	32
III	
3.1 Modelos de intervención y técnicas	35
3.1.1 Intervención en crisis	35
3.1.2 Terapias cognitivas	44
3.1.3 Técnicas	49
3.1.4 Cuidados paliativos y la tanatología	51
3.2 Intervención en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica	55
3.2.1 Intervención grupal	57
3.2.2 Enfrentamiento autógeno	58
3.2.3 Métodos psicoterapia autógena y sus Ejercicios	60
3.2.4 Grado inferior	61
3.2.5 Grado superior	63
3.2.6 Aplicación	64
3.3 Biofeedback	65

3.3.1 Riesgos	65
3.4 Relajación progresiva muscular	66
3.4.1 Postura de relajación	67
3.4.2 Relajación estando de pie	69
IV	
4.1 Propuesta de preparación para el enfermo Crónico con Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	71
4.1.1 Justificación de la propuesta	71
4.2 Antecedentes	72
4.3 Interconductismo	72
4.3.1 Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC)	73
4.3.2 Desarrollo de la intervención	74
4.4 Modelo de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico nueva visión propuesta (IICC).	76
4.5 Niveles de organización de la conducta	80
4.6 Niveles de acuerdo al enfermo crónico	82
4.6.1 Posibles técnicas de análisis	83
4.7 Procedimiento de Intervención Interconductual)	85

Conclusiones	87
Bibliografía	91
Anexo	97

I

Insuficiencia renal crónica (IRC).

La National Kidney Foundation de Estados Unidos en el 2002, define a la Insuficiencia Renal Crónica como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal, es decir, diálisis o trasplante para poder vivir, el mejor método para calcular la función renal consiste en medir la depuración renal de una sustancia, es decir, el volumen de plasma del que puede ser eliminada una sustancia completamente por unidad de tiempo, este es considerado como un deterioro progresivo, es decir, de la capacidad de filtrado de la sangre por parte del riñón.

Como consecuencia de este filtrado insuficiente, se produce una acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre, especialmente urea y sus derivados, y una elevación de la creatinina plasmática, que es lo que se detecta en los análisis de sangre. Esta situación desemboca en lo que se conoce como uremia o síndrome urémico.

Las características de la insuficiencia renal crónica son:

- Una función renal reducida, debido a la disminución en el número de nefronas (unidad funcional básica del riñón).
- Un deterioro funcional del riñón.

- Una situación funcional estable durante semanas o meses, pero que presenta un empeoramiento progresivo.

Si la disfunción renal se mantiene, debido a un fallo de la irrigación del riñón o a una lesión de los tejidos que lo forman, se puede desarrollar una Insuficiencia Renal Crónica. Es importante saber que el aumento de la IRC provoca la muerte del paciente si no se suple la función renal, ya que no se eliminarían las sustancias tóxicas que normalmente desecha el riñón.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS. 2009) menciona que la IRC origina una serie de consecuencias negativas en el organismo como desnutrición, alteración en ritmo cardíaco, presión arterial, dificultades en el sistema urinario, entre otros.

El tratamiento de IRC se basa en controlar el organismo y el deterioro que puede causar el mismo, en la cual se centra en tres aspectos importantes:

- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal
- Trasplante

La IRC es la etapa más avanzada de desarrollo de la enfermedad renal crónica, progresiva, debilitante e irreversible, que se Sin embargo, la institución de la terapia de reemplazo renal (TRR) ha contribuido a un aumento de la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica. En la actualidad, la caracteriza por la incapacidad de los riñones para mantener la homeostasia interna del organismo. hemodiálisis, principalmente la terapia convencional, es la más ampliamente utilizada y su funcionamiento se realiza mediante una máquina donde se realiza la filtración de la sangre fuera del cuerpo. Se produce una media de

tres veces a la semana durante un período de tres a cinco horas, dependiendo de las necesidades del paciente (Malheiro y Arruda 2012).

1.1.1 La hemodiálisis

Vidal, Salas y Merino, (2005) mencionan que la hemodiálisis es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones. Consiste en extraer la sangre del organismo a través de un acceso vascular y llevarla a un dializador o filtro de doble compartimiento, en el cuál la sangre pasa por el interior de los capilares en un sentido y el líquido de diálisis circula en sentido contrario bañando dichos capilares, así ambos líquidos quedan separados por una membrana semipermeable. Este método consigue la circulación de agua y solutos entre la sangre y el baño, para disminuir los niveles en sangre de sustancias tóxicas cuando están en exceso y que elimina el riñón sano, por ejemplo el potasio y la urea, también se programa la eliminación de una cantidad de agua de la sangre, ya que se va acumulando en los periodos interdiálisis (lapso de tiempo que pasa para dializarse) por incompetencia del riñón denominado fallo renal.

Como menciona Poch, Maduell y Vera (2011), la hemodiálisis principalmente se practica en instalaciones hospitalarias o en clínicas ambulatorias, estando presente personal sanitario con titulación específica. Aunque es menos frecuente, la diálisis también se puede hacer en casa del paciente como hemodiálisis domiciliaria, en este caso se forma a una persona para que ayude al paciente. La hemodiálisis es un procedimiento que salvo en fracaso renal agudo, puede preverse, al avanzar el deterioro de la función renal. Para llevar a cabo el tratamiento de sustitución renal es necesario que el paciente cuente con un buen acceso vascular.

La hemodiálisis a menudo implica la eliminación de líquido (a través de ultrafiltración), porque la mayoría de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) pasan poco o nada de orina. Los efectos secundarios causados por la extracción de líquido en exceso y / o la eliminación de líquidos con demasiada rapidez incluyen la presión arterial baja, fatiga, mareos, dolores de pecho, calambres en las piernas, náuseas y dolores de cabeza. Sin embargo, el impacto de una determinada cantidad o la tasa de eliminación de líquido pueden variar mucho de persona a persona y día a día (Poch et al; 2011).

Debido a que la hemodiálisis requiere el acceso al sistema circulatorio, los pacientes que son sometidos a ella tienen un portal de entrada para los microbios, que puede conducir a septicemia o a una infección afectando las válvulas del corazón (endocarditis) o el hueso (osteomielitis). El riesgo de infección depende del tipo de acceso usado. También puede ocurrir sangrado, y otra vez el riesgo depende del tipo de acceso usado.

La coagulación de la sangre en los tubos y el dializador era una causa frecuente de complicaciones hasta que se implementó el uso rutinario de anticoagulantes. Mientras que los anticoagulantes han mejorado los resultados, no están libres de riesgos y pueden conducir a sangrado descontrolado. Ocasionalmente, la gente tiene reacciones alérgicas severas a los anticoagulantes. En este caso la diálisis se hace sin la anticoagulación o el paciente se pasa a un anticoagulante alternativo.

La heparina es el anticoagulante usado más comúnmente en pacientes de hemodiálisis, dado que generalmente se tolera bien y puede revertirse rápidamente con protrombina. Una alternativa común a la heparina es el citrato, que ve uso en la unidad de cuidados intensivos y en los pacientes alérgicos a la heparina (Poch et al; 2011).

1.1.2 Diálisis peritoneal (DP)

Kimmel, Peterson, Weihs, Simmens, Alleyne y Cruz. (2001), Menciona que la función de la diálisis peritoneal es la de limpiar la sangre y retirar el exceso de líquido utilizando uno de los filtros naturales del cuerpo, la membrana peritoneal. La membrana peritoneal es la capa que cubre al peritoneo, o cavidad abdominal, la cual contiene su estómago, bazo, hígado e intestinos. La solución para la Diálisis Peritoneal (DP) se coloca en el peritoneo. La membrana peritoneal filtra los desechos y líquidos de su sangre hacia la solución. La solución que contiene el desecho es drenada de su peritoneo después de varias horas y reemplazada con una solución fresca.

La National Kidney Foundation, (2007) plantea que existen varios tipos de diálisis peritoneal como la ambulatoria (DPA), esta permite al paciente tener una completa libertad durante el día, ya que la diálisis se realiza por la noche mientras duerme, mediante el uso de una máquina recicladora (automatizada por lapsos de tiempo). La máquina 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. Las máquinas para DPA son seguras y simples de manejar y pueden ser utilizadas en cualquier lugar donde haya corriente eléctrica. Esto significa que podrá llevar a cabo sus actividades diarias en forma completamente normal. La principal modalidad de la DPA es la Diálisis Peritoneal Continua Cíclica (DPCC) en la cual el paciente no drena el último cambio que se infundió por la noche, sino que permanece en la cavidad peritoneal durante todo el día y al iniciar la terapia nuevamente lo drena; esto le ofrece el beneficio de una diálisis continua, logrando una mejor depuración con la misma dosis de tratamiento.

La DPCA es una terapia que se realiza manualmente en casa. La gran mayoría de los pacientes requieren 4 cambios por día, los 7 días de la semana. Cada cambio tiene 3 pasos:

Drenaje: Consiste en sacar el líquido de la cavidad peritoneal por gravedad.

Infusión: Consiste en introducir la solución de diálisis nueva en la cavidad peritoneal, a través del catéter.

Permanencia: Es un período en el cual el líquido de diálisis permanece dentro de la cavidad peritoneal con una duración promedio de 4 a 6 horas, de acuerdo a la prescripción de su médico. Cada cambio generalmente se repite cada 4 ó 6 horas, es decir, cuatro veces al día, siete días a la semana. Puede hacerse los cambios en casa, en el lugar de trabajo, o en otro lugar que estuviera visitando y sea adecuado. Cada cambio dura aproximadamente 30 minutos totales. El horario de tratamiento es muy flexible, por lo que puede adaptarse a las necesidades del paciente. El tiempo promedio de entrenamiento para capacitarse en esta terapia fluctúa entre una y dos semanas. La dieta y la ingesta de líquidos del paciente, normalmente es menos restringida que en Hemodiálisis.

La ventaja de este tipo de prácticas es que permite un estilo de vida flexible e independiente, visitas a la clínica una vez al mes, no se requiere de agujas, provee una terapia continua, lo más parecido a sus riñones, la terapia se realiza en el hogar, fácil de hacer su terapia cuando viaja, puede hacer su terapia al dormir, puede mantener una vida activa (trabajar, estudiar, cuidar a la familia), tiene mayor control mientras se dializa, con la Diálisis peritoneal (DP) la sangre no sale de su organismo, la Hemodiálisis utiliza sangre y agujas para su diálisis, la Diálisis Peritoneal no.

La desventaja de este tipo de prácticas es que el entrenamiento dura una semana, requiere de un horario de recambios diario, corre algún riesgo de infección, puede aumentar de peso o tener una circunferencia de cintura mayor, requiere espacio para guardar los suplementos o equipo en el hogar (Kimmel, et al; 2001).

1.1.3 Trasplante

Uno de las consecuencias orgánicas en la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el trasplante y es el remplazar un órgano que ha perdido su capacidad de funcionamiento por otro, que sí funciona adecuadamente de esta manera es posible cumplir con lo que se requiere para que un organismo se considere sano, este tratamiento en sí es el que proporciona una calidad de vida adecuado a lo que se asemeja a su realidad que vivía antes de la enfermedad (Riella y Martin, 2007).

En el caso de la IRC el trasplante consiste en la extracción de un riñón de un individuo previamente sano (cadáver o de vivo) y su colocación en un enfermo con insuficiencia renal crónica en fase terminal e incompatible con la vida. Técnicamente, la operación es sencilla y consta de tres anastomosis o uniones (arterial, venosa y urinaria). La duración de la intervención en el receptor es de unas tres o cuatro horas y permite la recuperación integral de la función renal y realizar una vida normal. El donante se puede encontrar por medio de listas de espera o mediante sondeo con miembros de la familia.

Para Treviño (2004). Es la mejor opción terapéutica para la insuficiencia renal crónica, pero en México se practica escasamente: sólo se efectúan 1,500 al año (80% de donador vivo), menos de 20 trasplantes anuales por millón de habitantes. Por su parte, la media mundial está por encima de 30. En nuestro país la tasa de realización es muy baja, aproximadamente 16 trasplantes por 100 pacientes en diálisis.

El paciente trasplantado se mantienen en tratamientos bajo medicación anti-rechazo o inmunosupresora de por vida. Dependiendo de la procedencia del injerto, puede ser de donante vivo emparentado (padres, hermanos, hijos, primos), donante vivo emocionalmente relacionado (por ejemplo, entre esposos) y de donante cadáver (por muerte cerebral previa o a corazón parado). Los mejores resultados se obtienen con el trasplante renal de donante vivo (Kimmel, et al; 2001).

Boyer y Kaplan, (2013), Mencionan que un individuo con IRC, debe ser exigente en su alimentación ya que esta juega un papel muy importante en su plan de tratamiento. El tipo de alimentación recomendado puede cambiar con el tiempo si la enfermedad empeora.

La National Kidney Foundation, (2007) señala así mismo que en esta enfermedad crónica se necesita restablecer los cambios en la alimentación, apoyando lo que dice Boyer y Kaplan, (2013). El propósito es mantener un equilibrio de electrolitos, minerales y líquido en su cuerpo cuando padecen la enfermedad renal crónica o cuando esté con diálisis. Las personas con diálisis necesitan reducir la acumulación de productos residuales en su cuerpo, limitar los líquidos entre los tratamientos es muy importante porque la mayoría de las personas con diálisis orinan muy poco. Sin la micción, el líquido se acumulará en exceso particularmente en el corazón, los pulmones y los tobillos.

Estos cambios abarcan desde Limitar los líquidos, consumir una dieta baja en proteína, Reducir la sal, el potasio, el fósforo y otros electrolitos y Obtener suficientes calorías si el enfermo crónico está bajando de peso, todo esto puede variar dependiendo de los resultados del enfermo crónico, para que la dieta se ajuste a las necesidades médicas correspondientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la alimentación es uno de los factores responsables de gran parte de la carga de las enfermedades crónicas. En los países con mayor nivel de desarrollo, la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, bajo consumo de frutas y verduras, el exceso de peso, la falta de actividad física y el tabaquismo son responsables de más de un tercio de los años de vida perdidos por muerte, discapacidad y la aparición de enfermedades crónicas. Esto quiere decir que las enfermedades están estrechamente asociadas a la alimentación (Pinheiro y Atalah, 2005).

1.2 Tipos de factores de la Insuficiencia renal crónica (IRC).

En algunos casos se desconoce cuál es el mecanismo que ha dado origen a la Insuficiencia Renal Crónica, pero los factores que intervienen más frecuentemente en su aparición están relacionados con otro tipo de enfermedades como:

- Diabetes: Esta enfermedad puede provocar una alteración en los riñones que constituye la principal causa de fallo renal crónico.
- Hipertensión arterial y alteraciones vasculares.
- Dislipemias: altos niveles de colesterol o triglicéridos en la sangre.
- Glomerulonefritis: desestructuración de una parte de la nefrona.
- Enfermedades hereditarias que afecten al riñón como el síndrome de Alport o la poliquistosis renal (Boyer y Kaplan, 2013).

El paciente con IRC pasa por una serie de factores que pueden ayudar o perjudicar su tratamiento, una de las perspectivas que ayuda es la rama de la psicología, ya que se trata al paciente de una manera integral tomando en cuenta la pérdida y el cambio drástico de vida que experimenta con el trasplante (Cassem y Bernstein, 1997).

1.3 Percepción del enfermo crónico

Para Malheiro y Arruda (2012). Las enfermedades crónicas no transmisibles han recibido una vigilancia especial de los profesionales de salud en las últimas décadas; esto se debe a ser un problema de salud global y una amenaza para la salud y el desarrollo humano. Entre ellas destaca la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que emerge actualmente como un grave problema de salud pública, debido al importante papel desempeñado en las elevadas tasas de morbilidad de la población mundial, así como a su impacto en la calidad de vida.

A pesar de importantes avances tecnológicos y del perfeccionamiento de este método para proporcionar mejoras cada vez más importantes en el marco general de la IRC, el tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal conlleva una serie de complicaciones. Estas pueden ocurrir durante las sesiones, como hipotensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de pecho, embolia pulmonar, y el riesgo de infecciones de acceso vascular, así como consecuencias a largo plazo como la anemia, la desnutrición y las enfermedades cardiovasculares. En este intervalo, el individuo con IRC está obligado a convivir diariamente con una enfermedad incurable que requiere de una forma de tratamiento dolorosa, de larga duración, responsable de un cotidiano monótono y restringido.

La enfermedad renal crónica es una constante amenaza de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hace presente; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia lo que se ha

asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007).

1.3.1 Calidad de vida en el enfermo crónico

Perez, (2010) menciona que la Calidad de Vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

- El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas.
- El bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.
- El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.
- El bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

La CV en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales.

También menciona Páez, A., Jofré, M., & de Bortoli, M. Á. (2009) mencionan que el nivel de impacto de la IRC sobre la calidad de vida del individuo puede estar relacionado con patologías de base asociadas y a la dimensión social en la que se encuentra el individuo.

1.3.2 Dimensión psicosocial asociada a la enfermedad crónica

La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas renales surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad frente al diagnóstico y al pronóstico. La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida (Vinaccia y Orozco 2005).

Las enfermedades crónicas de tipo renal no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos, en esta situación de cambio, se ven implicados todos los componentes de la salud de la persona. Los problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como el tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada individuo o familia la vivencia de la incapacidad, los recursos, creencias y valores personales o los sistemas de apoyo de los que dispone la persona y la familia, (Pérez, 2010).

En el caso específico de la IRC, los factores psicosociales tienen que ver con problemáticas familiares y económicas asociadas en la mayoría de los casos, ya que el enfermo portador de IRC debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí mismo y la familia. En medida en que esta enfermedad avanza, el problema de la persona se complica mucho más tomando en cuenta el impacto que le genera desde el punto de vista laboral y de disponibilidad de recursos propios (tiempo y cuidador del paciente), (Pérez, 2010).

Elizabeth Romero Massa, Yaky Maccausland Segura, Lucy Solórzano Torrecila, (2014), comentan que las personas que tienen la posibilidad de tratamientos sustitutivos de la función renal pierden la autonomía, requieren de apoyo social, el cual consiste en estar acompañado en actividades que la persona con IRC no puede hacer sola, los llamados "cuidados de apoyo". Estos cuidados de apoyo, fundamentales para la salud de las personas, pueden ser ofrecidos por cuidadores de los servicios o profesionales de la salud (sistema formal de cuidado), aunque en un porcentaje elevadísimo se reciben de cuidadores familiares, amigos y vecinos (sistema informal de cuidado).

El trabajo de cuidador de una persona con IRC en tratamientos es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demanda habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar. Los cuidadores familiares también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a los cambios que ellos mismos han debido efectuar en su propio estilo de vida (García, E, Barrio, P & Pérez JR, 2006).

1.3.3 Trastornos psicológicos en el enfermo crónico

Malheiro y Arruda (2012) el paciente crónico llega a presentar en su día a día limitaciones y frustraciones, prejuicios y cambios biopsicosociales que afectan a su calidad de vida: alteración de la imagen corporal, del sueño, del humor, peso, apetito e interés sexual, las restricciones dietéticas y agua, dificultades profesionales, así como cambios en las relaciones familiares. En la dimensión psicológica algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro.

Los pacientes con IRC presenta la depresión por los factores asociados a la calidad de vida, por esa razón el paciente debe ser atendido desde una perspectiva biopsicosocial y así lograr una buena respuesta al tratamiento y una calidad de vida lo menos limitante posible para el enfermo y su familia (Hidalgo, C 2011).

La depresión es una enfermedad en la cual se experimenta melancolía o tristeza, estos síntomas por lo general no desaparecen en unos días, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal; causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él (Instituto de salud mental, 2009).

Por su parte Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012), mencionan que la presencia de un trastorno emocional (e. g., depresión, desesperanza, ansiedad) suele mediar la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la adherencia terapéutica, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional, lo cual plantea un círculo vicioso de importancia. Evidentemente, estas alteraciones emocionales pueden estar asociadas a distintas situaciones estresantes características en la vida del paciente.

La psicología es uno de los medios para poyar desde primera instancia al paciente con IRC, desde el momento que se declara la enfermedad, en el tratamiento y control de la misma. La terapia psicológica, los primeros auxilios psicológicos, así como la intervención en crisis podrían ser una de las bases para asegurar la vida del paciente, ya que la IRC es en muchas ocasiones sinónimo de muerte.

II

2.1. Psicología

La psicología es considerada una ciencia desde el entendimiento del origen de las especies. El origen de las especies está íntimamente ligado a la condición con el que el ser humano ha enfrentado a su medio. A partir de la ciencia el hombre se especializa en las actividades cotidianas para crear un conocimiento y a su vez una serie de procedimientos (Vargas, 2006).

En el caso de la psicología se puede decir que su origen puede identificar como criterios de estudio de la materia, fechas, personajes, eventos y periodos. La base de la psicología se puede ubicar en la Grecia clásica entre los siglos III y VIII a.c; este periodo helénico se caracteriza por el desarrollo de la filosofía y las artes, los filósofos fundamentales en la formación de esta ciencia fueron: Sócrates, Platón y Aristóteles.

Vargas (2006), Nos comenta que Sócrates abordó el tema de las sensaciones y la relatividad de estas, fomentó la idea de que la actividad física e intelectual son necesarias para la “salud”, uno de los elementos representativos del pensamiento de Sócrates fue llamado proceder “socrático” donde el papel del maestro no es postular verdades al alumno, sino mediante el interrogatorio sistemático encuentra el conocimiento arraigado naturalmente en cada uno.

Por otra parte Platón discípulo de Sócrates nos habla sobre los sueños y la motivación oculta, de la relación que guardan los recuerdos y su evocación al presentarse algo semejante; individuos de oro, plata, latón y hierro fueron las categorías que Platón utilizó para

diferenciar a los hombres socialmente, midió sus cualidades en proporción a partes de su cuerpo: la razón en la cabeza, el valor en el pecho y el apetito en el abdomen.

Aristóteles a su vez adoptó una forma observacional en su trabajo. Propuso reducir los planteamientos científicos a silogismos; enunció explicaciones de la memoria apoyado en el planteamiento de la similitud y diferencia de eventos, objetos y personas. Aristóteles presenta el inicio de la psicología en tanto materia de estudio y tratado formal, planteando el método naturalista como esencial en la ciencia.

La influencia de Aristóteles en el estudio de la psicología llega con Aquino que asegura una peculiar conjunción: las condiciones humanas son la demostración del alma, por lo tanto estas son estudiadas por la teología y no la psicología, el alma es una sustancia diferente por lo tanto, se rigen por leyes diferentes.

Después de la edad media europea a mediados del siglo XV el desarrollo de las ciencias y las artes comienza a cobrar con mayor fuerza, dando paso al renacimiento italiano, pero ahora con la dualidad alma-cuerpo. Concluido el renacimiento en el siglo XVI, aparece René Descartes el cual introdujo en la psicología dos postulados; el análisis mecanicista y la dualidad cartesiana. La mecánica cartesiana postula los conceptos de causa eficiente contacto proximal y el movimiento de los cuerpos, esto es que para cada movimiento corresponde a una acción-reacción es decir, más adelante como causa-efecto. El dualismo cartesiano implica la adaptación del alma, la relación entre alma-cuerpo es constante, (Vargas, 2006).

En la segunda mitad del siglo XX, con la crisis del conductismo, se inicia en Estados Unidos la traducción de diversos textos de los psicólogos constructivistas europeos, especialmente de Piaget y Vygotsky. Se dio también un cambio en la concepción de ciencia, una liberación del realismo ontológico positivista, a concepciones más hermenéuticas y

constructivistas, las tecnologías de la información inician un acelerado desarrollo, (Vargas, 2006).

A principios de este Siglo XX, pero en los Estados Unidos, se desarrolla desde la Universidad de Columbia la posibilidad de considerar a la psicología como una ciencia natural, cuyo objeto de estudios es el comportamiento orgánico y cuyo método científico involucra, en un principio, la metodología fisiológica de los reflejos condicionados para posteriormente desarrollar un método informal e inductivo conocido como metodología del estado estable, (Vargas y Aguilar, 2006).

El hombre es concebido como un organismo vivo, considerado como “un todo” y cuyo comportamiento está determinado (no ya por causas internas e instintivas como en el psicoanálisis), sino por factores ambientales actuales e históricos. John Watson, en su “Manifiesto Conductista” adopta una postura determinista, afirmando que si se manejan las variables ambientales correctas es posible el completo y caprichoso control de la conducta del sujeto humano. Más adelante B.F. Skinner basado en el modelo legal de Sherrington, plantea un grupo de Leyes de la conducta, con una buena base empírica experimental, (Vargas y Aguilar, 2006).

2.2 Corrientes psicológicas

2.2.1 Psicoanálisis

Melvin, Marx, William y Hillix (1983), nos hablan de los primeros interesados en la psicoterapia científica que pretendieron llegar a aspectos ocultos del hombre como un medio curativo, con procedimientos como el hipnotismo. Los modelos biologists y mecanicistas serán utilizados por Freud para explicar aspectos del aparato psíquico.

Sigmund Freud es el fundador del psicoanálisis partiendo de las tres cualidades psíquicas: el inconsciente, preconscious y consciente. Entre lo mucho que escribió y estudió destaca la “interpretación de los sueños”, “tres ensayos de la vida sexual” y “más allá del principio del placer”. Estudia el aparato psíquico, partiendo de la interpretación de tres instancias; ello, yo y súper yo.

El método y técnica del psicoanálisis freudiano pretende fortalecer el “yo” lo cual se lleva a cabo mediante “la ampliación del conocimiento” o “reconquistar lo perdido” es decir la restitución al yo del “dominio sobre los territorios de la vida psíquica” mediante su toma de conciencia. Esto es hacer disponible a nivel preconscious lo reprimido y lo inconsciente; es una lucha entre la energía disponible del yo y las energías hostiles del superyó y del ello.

Para llegar al éxito de este método es importante el compromiso del paciente con su “total sinceridad” y así el terapeuta tendrá una “total discreción”. A los psicóticos no se les puede aplicar este plan, ya que no podrán cumplir con la “total sinceridad”, presentan mayor desorganización en su yo por ejemplo.

El psicoanálisis no es una simple confesión de lo que sabe el paciente, sino que se dice todo sin autocrítica, así llegar a la interpretación y así llegar al inconsciente. En el psicoanálisis en paciente puede decir todo lo que venga a la mente por desagradable, absurdo o insensato que parezca, cualquier información que proporcione el paciente es válida; su comunicación, asociaciones libres, sueños, actos fallidos y transferencias ayudan a recuperar lo olvidado o lo reprimido, (Melvin, et al; 1983).

La interpretación de los sueños es para Freud la vía principal al acceso al ello. Freud afirma que los sueños son “una psicosis de breve duración e inofensiva”, durante el

sueño el ello goza de libertad por dejación del yo y se manifiesta pero de manera confusa e incomprensible; en realidad los sueños son la fachada de “ideas latentes”.

Según Freud el estudio de las relaciones cerebro-conciencia tan solo ofrece una localización somática de las funciones psíquicas pero no contribuye a la comprensión de las leyes del funcionamiento psíquico. Propone la existencia de un aparato a que le atribuye extensión espacial y composición de varias partes y según esta energía depende la salud psíquica.

Las instancias psíquicas son:

- El ello que está integrado por lo heredado (lo congénito, lo constitucional), los instintos surgidos y lo reprimido, obedece al principio del placer, está alejado del mundo exterior y no le importa la seguridad del individuo, no conoce el miedo, exige la satisfacción inmediata.
- El yo tiende al placer y elude al displacer y ante un aumento inesperado de displacer reacciona con angustia, se integra al sueño y así pierde comunicación con el exterior modificando su organización, así como el ello busca el placer el yo está considerado para la seguridad del individuo, por tal motivo se considera como medio de autoconservación, utiliza señales de angustia para poder identificar posibles amenazas a su integridad. Mantiene un principio de la realidad que regula la energía libre.
- El Súper yo es el heredero del complejo de Edipo, el súper yo observa al yo y lo amenaza con reprimirlo tal como lo hacen los padres (Melvin, et al; 1983).

La función sexual abarca lo genital, la vida sexual tiene un doble comienzo es desde el nacimiento y hasta que se desarrolla por completo la sexualidad en la latencia. En los primeros años de vida la exigencia libidinal va apareciendo en distintos órganos. Existen varias fases dentro del psicoanálisis como, Fase oral: la boca como primer órgano erógeno, las exigencias libidinales se satisfacen con el chupeteo. Fase sádica anal: el ano mediante la función y control de esfínteres representa la “satisfacción en las funciones excretoras”. Fase fálica: en esta etapa termina la sexualidad infantil, el órgano correspondiente es el pene. Aparece una organización para llegar a la adaptación de la función sexual. Fase edípica: existe una atracción entre el pequeño y su madre, cuando crece sigue buscando la satisfacción y seduce a la madre. Fase de latencia: es una fase de sedimentación y colocación de impulsos en las que el yo madura y el principio de la realidad comienza a tener importancia así como mecanismos de defensa. Fase genital o madura: existe armonía entre el yo y el superyó (Melvin, et al; 1983).

En resumen en el psicoanálisis, no es la lógica de la razón la que explica la actividad del hombre, sino aspectos irracionales del psiquismo, es una psicología que se asienta sobre el trasfondo inconsciente del ser humano. Para Freud la energía del aparato psíquico tiene su origen en las pulsiones.

2.2.2 La Gestalt

Corriente de pensamiento dentro de la psicología moderna, surgida en Alemania en 1912 y se desarrolló en los Estados Unidos de Norteamérica con aportes del Estructuralismo, el Funcionalismo y el Conductismo, además es la escuela de la percepción humana. Según los Psicólogos de esta disciplina, la mente es activa porque busca constantemente significados a los estímulos externos.

La mente configura, a través de ciertas leyes, los elementos que llegan a ella a través de los canales sensoriales (percepción) o de la memoria (pensamiento, inteligencia y resolución de problemas); es decir, el todo es más que la suma de partes, nada existe por sí solo, aislado e implica que un fenómeno mental no puede ser investigado a partir de sus unidades, sino como un todo.

El término Gestalt proviene del alemán, significa “forma”, “figura”, “estructura” y fue introducido por primera vez por Christian Von Ehrenfels Rodaun (filósofo austriaco, estudió psicología, moral y fue uno de los máximos representantes de la psicología de la Gestalt).

Carpintero (2003) habla sobre la Psicología Gestalt como la escuela de psicología que se dedicó al estudio de la percepción y solicitaba que las imágenes son percibidas en su totalidad, como forma o configuración y no como una simple suma de sus partes integrantes, además intentó formular las leyes de estos procesos perceptivos. Los primeros resultados experimentales los obtuvieron dos universidades las cuales son las siguientes: La escuela de Graz que propuso la teoría de la producción, dicha teoría consideraba la cualidad Gestalt; la forma o todo, como el resultado de un acto perceptivo y La escuela de Berlín la cual demostró que la Gestalt, no es producto de la percepción, sino que es al revés; es decir, la percepción es producto de la Gestalt. Esta teoría fue demostrada con el “movimiento aparente”, con la presentación de dos fenómenos en distintos tiempos que creaba movimiento.

Los principales representantes de la Gestalt son: Marx Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, ellos desarrollaron el programa de investigación de la Gestalt en 1910, trabajando sobre el "movimiento aparente" y dieron lugar a la teoría del "fenómeno Phi".

Wolfgang Köhler (1887-1967) fue el principal portavoz de la Gestalt, realizó estudios con monos sobre percepción y aprendizaje, que le aportaron información sobre los límites de la inteligencia animal y le sirvieron para comprender la percepción y el pensamiento humanos. Su carrera académica comienza como ayudante en el instituto psicológico de Francfort, donde colaboró con Kurt Koffka y Max Wertheimer, en los experimentos diseñados sobre la percepción del movimiento, que iban a marcar el punto de partida de la llamada Escuela de la Gestalt. En 1956 fue elegido como presidente de la Asociación Americana de Psicología.

Kurt Koffka es un psicólogo alemán (1886-1941) que estudió el movimiento visual aparente junto con Wertheimer, formuló la teoría Gestaltica de las emociones en la cual figura que se debe poner más énfasis en el ambiente y es uno de los fundadores de la psicología de la Gestalt. El campo psicológico para él es el individuo, su ambiente y su interacción dentro del campo forma la conducta. Algunas de sus obras son: *The Growth of the Mind* (1924) y *Principles of Gestalt Psychology* (1935).

Un concepto muy importante es el de percepción esta se refiere como a la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno, por ende esta se compone de seis leyes.

1ª) Ley de la simplicidad: lo que es correcto para ti, bajo tu percepción.

2ª) Ley de la semejanza: Los estímulos que son semejantes tienden a percibirse como formando parte de la misma percepción.

3ª) Ley de la buena dirección: Tendemos a percibir como formando parte de una unidad todos aquellos estímulos que guardan entre sí una continuidad.

4ª) Ley de la proximidad: los elementos y figuras que están más próximos tienden a verse como una unidad y a aislarse de otros.

5ª) Ley del destino común: Tendemos a percibir como formando una misma parte de una unidad perceptual todos aquellos estímulos que se mueven a una misma dirección y una misma velocidad.

6ª) Ley del cierre: Cualquier figura incompleta tiende a percibirse como a una figura completa.

Otro término importante en esta corriente según Wolfgang Köhler citado por Carpintero (2003), es el insight que explica que los seres humanos y otros animales aprenden pensando, no sólo mediante imitación o por el condicionamiento.

2.2.3 Conductismo clásico

Melvin, et al; (1983) Mencionan que Watson fue uno de los primeros impulsores en esta corriente, afirma que el hombre es como era para Descartes “el cuerpo sin alma”, una máquina que por las disposiciones de sus partes reacciona mecánicamente a la energía del estímulo. La preocupación fundamental del conductismo es adaptar al hombre a las exigencias de la sociedad.

Esta corriente rechaza la validez de los datos que provienen de la introspección por su naturaleza subjetiva. Tan solo reconoce aquellos procedimientos que atiendan exclusivamente a las actividades del organismo en cuantas respuestas externas observables a

estímulos también observables. Se reconoce válida la observación pero siempre y cuando se mantenga por largos periodos.

El conductismo se pregunta ¿por qué no hacer de lo que se pueda observar el verdadero campo de la psicología?, lo que el organismo hace o dice es la conducta. Watson realiza una clasificación de las respuestas de los organismos: Respuestas viscerales, son aquellas en las que participa el estómago, los intestinos, la respiración y la circulación. Están relacionadas con el miedo y las reacciones de ira. Respuestas manuales, son aquellas donde intervienen los dedos, las manos, brazos y tronco. Las respuestas gestuales, son los sonidos prepalabricos y la base del lenguaje.

Así Watson cree poder explicar la rica gama de conductas de un adulto mediante condicionamientos de estas respuestas a estímulos inicialmente neutros. Es decir, una vez establecidas las nuevas conexiones en virtud de la transferencia otros estímulos parecidos al estímulo original darán respuestas condicionadas similares. Entonces al establecer un condicionamiento no solo se aprende a dar estímulos a una respuesta concreta ante un estímulo determinado, sino que una gran cantidad de estímulos da origen a una gran gama de respuestas condicionadas.

El aprendizaje se logra en base a esta teoría por la automatización de la habilidad, toda la habilidad compleja requiere de una cadena de respuestas ejecutada en un cierto y adecuado orden, cada respuesta condicionada a la siguiente.

En resumen la psicología basada en el conductismo afirma que el pensamiento es el reflejo en el cerebro de esta sucesión de movimientos provocados por el lenguaje, por tanto, el lenguaje no es la expresión del pensamiento sino que es un reflejo simple. El hombre no es otra cosa que la suma de condicionamientos habidos, Watson concibe la personalidad

como el producto final de nuestros sistemas de hábitos, el hombre es la suma final y no un agente de la conducta (Melvin, et al; 1983).

2.2.4 Humanista

Esta corriente surge de bases filosóficas como la fenomenología, por el valor que concede al dato individual y concreto. El personalismo cristiano que defiende el destino de cada hombre. El existencialismo que le da importancia a la existencia individual.

Adler fue uno de los impulsores en esta corriente y comenta que el hombre posee un constante impulso a la perfección y así compensa un sentimiento de inferioridad. Erich Fromm afirma que la meta del hombre está en individualizarse, ser el mismo y distinto a los demás, por su parte Frankl (1905), comenta que el hombre debe buscarle sentido a su vida, sino padecerá el vacío existencial. Goldstein explica que la meta del hombre está en la autorrealización y que consiste en el desarrollo de las capacidades (Melvin y William, 1983).

Dentro de la corriente humanista se desarrolla un método flexible en donde acepta la utilidad de los estudios “nomotéticos” (escalas, test, etc.) aunque consideran que no es suficiente, ya que consideran a cada hombre como único e irrepetible.

Hay importantes personajes que encabezaron el desarrollo de esta corriente, como la doctrina de Allport, cada hombre es único y diferente, por la compleja organización de sus procesos mentales como por su sistema nervioso. En sus actos el hombre busca responder de una manera flexible ante diferentes situaciones. El hombre puede elegir metas a cumplir y llegar a cierta autonomía, según Allport hay tres características que acompañan al hombre: unicidad, flexibilidad y autonomía (Melvin, et al; 1983).

Para llegar a entender esta postura Allport sigue la investigación científica, donde se analiza la realidad para encontrar elementos clave que expliquen la estructura y sobre todo la dinámica del hombre. Propone como unidades los rasgos o disposiciones personales estas son focos vitales dentro de la individualidad, son unidades que explican la anatomía de la conducta. Los rasgos son manifestaciones de la personalidad como un todo y no partes aisladas incapaces de reconstruirla, como la personalidad es dinámica, flexible y autónoma, necesita elementos explicativos que poseen las mismas características y estos son los rasgos. Los hábitos son rígidos e inflexibles y determinan un comportamiento automático y adaptación al ambiente; los hábitos se agrupan funcionalmente dando lugar a los rasgos.

Por su parte, Rogers afirma que en lo más profundo del ser humano no hay bestia alguna, sino solo un hombre al que hemos logrado poner en libertad. Expresándose el hombre se hace psicológicamente libre siente el hacer de ser uno mismo. Propone la terapia centrada al cliente donde se crea una situación que permite al cliente ser el mismo. La terapia tiene dos ideas principales uno es donde el ser humano tiene la capacidad latente de comprenderse a sí mismo y de resolver sus problemas de modo suficiente para lograr la satisfacción y la eficacia necesaria a un funcionamiento adecuado. Esta capacidad no es por el aprendizaje, sino es producto del bagaje natural aunque la actualización de este potencial no es automática. El ejercicio de esta capacidad requiere de un contenido de relaciones humanas positivas, es decir, relaciones carentes de amenaza (Melvin, et al; 1983).

Maslow plantea una lista jerarquizada de necesidades del hombre, las necesidades se acomodan de más a menos urgentes. Una necesidad surge cuando anteriormente ha sido satisfecha. Maslow propone “si alguien puede escoger estas experiencias que son

refrendadas por la experiencia del placer, entonces podrá volver a ellas, repetirlas hasta alcanzar la plenitud, saciedad o cansancio” (Melvin, et al; 1983, p. 166).

Maslow insiste que la psicología se ha preocupado por problemas de ajuste y adaptación más que en la realización y plenitud humana y comenta: “la psicología contemporánea ha estudiado la carencia antes que la posición, el esfuerzo más que la plenitud, la frustración antes que el placer, la búsqueda de la felicidad conseguida, el intento de consecución más que la consecución misma, todo esto escusa de la aceptación universal como axioma aunque errónea de que todo comportamiento está motivado (Melvin, et al; 1983, p. 166).

Plantea una jerarquía de necesidades y las clasifica en, necesidades de funcionamiento deficitario (el organismo necesita algo que posee el medio). Necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad física, laboral y económica. Necesidades de posesividad, integración y amor (relación afectuosa, pertenencia a algún grupo, necesidades de estima, libertad, reputación, aprobación).

Necesidades de crecimiento (metamotivación): el principio de la autorrealización el hombre debe ser lo que puede ser. Para llegar a la autorrealización no hace falta hacer maravillas, sino hacer bien aquello para lo que uno está dotado.

En resumen se puede decir que el comportamiento motivado crea un desarrollo. La psicología debería ayudar al hombre a superar las necesidades básicas hasta satisfacer aquellas más propiamente humanas y las de realización plena para cada individuo (Melvin, et al; 1983).

2.3 Psicología de la salud

El fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Esto ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Brannon, 2011).

En los países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida de la población, con un predominio de las enfermedades crónico degenerativas entre las causas principales de enfermedad y de muerte. En los países en vías de desarrollo coexisten problemas como la desnutrición, la violencia, la accidentalidad, con enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades infectocontagiosas. Las primeras agobian especialmente a la población adulta; las segundas, a la población infantil (Brannon, 2011).

El comportamiento humano, que a través de los hábitos estables de la persona conforma un determinado estilo de vida, aparece como un factor de gran relevancia en la variabilidad de los demás factores que determinan el curso del proceso salud-enfermedad, ya sea por la acción que el hombre realiza sobre el ambiente, por su acción sobre los servicios de salud o por su acción sobre el propio organismo. El estilo de vida modifica todas las condiciones que favorecen la aproximación de la persona a una salud óptima o que la alejan de una muerte prematura (Olle, Sahler, y Carr, 2008).

En la situación sanitaria de la población así como en el papel esencial de las condiciones sociales, ambientales y personales en su determinación, cabe hacer algunas reflexiones sobre el desarrollo del área de conocimiento que es la psicología.

Como ciencia del comportamiento, la psicología siempre le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud. La psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual son los más importantes antecesores de la moderna psicología de la salud (Olle, et al; 2008).

La psicología médica se interesa por la situación psicológica de la persona enferma, representa un campo antecedente de la psicología clínica de la salud; esta área propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma, tales como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. También se plantean problemas de otra índole, tales como el del cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el de los aspectos psicológicos de la hospitalización, y el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente (Belar y Deardorff, 1995).

La medicina psicosomática hace énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psico-sexuales, en la génesis de las enfermedades. Aunque en la actualidad resulta por completo inapropiado preguntarse por la “psicogenia” de alguna enfermedad, la medicina psicosomática sí representa un antecedente importante en términos de la inclusión de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación más holística e integral al análisis del proceso salud-enfermedad.

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, Insuficiencia Renal Crónica (IRC), entre otras (Brannon, 2011).

Las áreas de intervención de la psicología de la salud son, la promoción de un estilo de vida saludable; la prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco). El Tratamiento de enfermedades específicas. Los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos. También se encarga de la Evaluación y mejora del sistema sanitario así como de las enfermedades crónicas que pueden ser causadas por varios factores, lo cual nadie niega que el estilo y comportamiento de la persona este influya en el desarrollo del mismo. Por este motivo la psicología juega un papel importante en el cuidado de la salud a la hora de procurar que las personas se mantengan saludables, creando un ambiente de prevención, (Brannon, 2011). Para dicha prevención se debe de conocer los conceptos de salud y enfermedad.

2.4 Salud y enfermedad

Salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a este como el estado de completo bienestar, físico, social y mental y con el funcionamiento pleno a nivel físico, social y emocional, este nivel óptimo de buena salud proporciona una calidad de vida marcada por la serenidad a nivel espiritual, actividad entusiasta, sentido de competencia y bienestar psicológico.

Enfermedad: Se define de acuerdo a su etología como, un proceso que es causado por trauma del medio ambiente, disfuncional, biológico o agente, sustancia identificable (Olle, et al; 2008).

La relación entre la psicología y la enfermedad se da ante la actitud hacia la enfermedad, ya que se puede concebir de un modo diferente, un individuo puede tener apariencias y sentirse enfermo sin tener una enfermedad identificable como una infección o asintomática causada por un defecto de un órgano o alteraciones de las funciones psicológicas (Olle, et al; 2008).

La percepción de enfermedad por otros o la misma sensación de enfermedad implica el asumir el papel del enfermo que se define dentro de las relaciones de familia, social, trabajo. Al sentirse enfermo en un sentido amplio se representa la totalidad de lo que el paciente cree y siente y de cómo el paciente percibe la enfermedad, así como la familia y la comunidad responde a esta percepción. El comportamiento hacia la enfermedad es variable de acuerdo al contexto donde esta o ubica la persona, ya sea su intervención y su desarrollo de la misma.

La explicación del paciente como o porque ocurrió depende de su sentir, creencias y la de sus familia, así como se va desarrollando o su relación con personas externas o pertenecientes a su comunidad.

El papel del enfermo ante la enfermedad puede coexistir debido una a la negación a la enfermedad la cual implica que el paciente no actué de manera natural como si fuera antes de la enfermedad aunque haya síntomas; posteriormente cuando estos síntomas son constantes o causan deterioro en el cuerpo puede actuar de igual forma a los familiares, debido

a los factores externos y creencias de la misma familia o paciente. El desarrollo de la enfermedad es causada por dos factores los riesgos directos e indirectos (Olle, et al; 2008).

Existen riesgos directos e indirectos de la salud, esto se refiere a las prácticas que dañan la buena salud que a la larga puede atenuar la salud por decisión propia como, manejar en estado de ebriedad o fumar, todo esto en consumo excesivo. También se refiere a la falta de prevención en la salud, como no ponerse el cinturón de seguridad, vida sedentaria, etc. La mayor parte de los factores de riesgo se relacionan con el estilo de vida y por tanto son modificables (Olle, et al; 2008).

Hoy en día la enfermedad es considerada un problema social, el cual debe tratarse con las técnicas y procedimientos adecuados. La intervención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas es fundamental para el desarrollo positivo de la misma. Existen modelos y técnicas psicológicas adecuadas y adaptables para la intervención en la enfermedad.

III

3.1. Modelos de intervención y técnicas

Los modelos de intervención son específicamente diseñados para tratar de resolver las dificultades presentadas en el contexto de dicha variable, recordemos que el modelo se refiere a un referente para tratar de producir algo igual.

Las técnicas son una serie de actividades a realizar dentro de la intervención, la técnica se utiliza depende del caso.

3.1.1 Intervención en crisis

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

Las crisis pueden ser circunstanciales o de desarrollo. Las primeras son inesperadas, accidentales (incendios, violaciones, desempleo, divorcio, etc.) y dependen sobre todo de factores ambientales. Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud (Miller, Cohen y Herbert, 1999).

Slaikev Karl, (1984), define la intervención en crisis como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales y daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida y más opciones

vitales) se incrementa, este proceso abarca dos fases, la intervención de primer orden, o primera ayuda psicológica; puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios y la intervención de segundo orden, que es el principio primordial de la terapia en crisis; puede durar semanas o meses y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.

La teoría de la crisis así elaborada recibió cuatro influencias teóricas:

1) la teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir.

2) las teorías de autores como Rogers y Maslow sobre la autorrealización y crecimiento del hombre.

3) la teoría de Erickson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver.

4) datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, entre otros. La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de prevención primaria de prevención secundaria o de prevención terciaria (Miller, et al; 1999).

La prevención primaria se refiere a la intervención antes que las crisis ocurran. La prevención secundaria ocurre inmediatamente después de la crisis y sus dos estrategias básicas son la primera ayuda psicológica y la terapia en crisis. La prevención terciaria dura años después del suceso crítico y puede atenderse con psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, entre otras.

Márquez (2010), menciona que las crisis ocurren en una serie de etapas donde, se eleva la tensión al comienzo por el impacto del suceso externo, la tensión aumenta más porque no se puede enfrentar la nueva situación con la norma habitual de conducta, al incrementarse la tensión, se movilizan otros recursos que pueden desembocar en varios resultados como la reducción de la amenaza externa, éxito en el enfrentamiento con la situación, redefinición del problema, entre otros. Si nada de lo anterior ocurre, la tensión aumenta hasta provocar una grave desorganización emocional.

Las reacciones frente a una crisis pueden ser al comienzo dos como el llanto o negación de la crisis; el llanto puede conducir a la negación o a la intrusión esto significa sentirse invadido por sentimientos de dolor. La intrusión lleva a la penetración, proceso donde se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. La penetración lleva la etapa final, que es la consumación o integración de la situación de crisis dentro de la vida del individuo. La crisis puede dar como resultado un mejoramiento o un empeoramiento del sujeto.

Antes de un suceso crítico, el individuo (persona-sistema) se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar o social que está alojado en un ambiente comunitario, parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, pérdida de la salud) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto en cambio afecta a los otros sistemas (familia, comunidad, etc.). En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos, y amigos cercanos se involucran íntimamente en la crisis.

Sea a través de una terapia en crisis formal (proporcionada por un trabajador entrenado mediante diversos sistemas comunitarios), o a través de recursos de ayuda naturales (familias, vecinos, medio), finalmente ocurrirá el equilibrio, ya sea para la salud o la enfermedad. La resolución de todas las crisis individuales tendrá un efecto considerable sobre la salud total de vecinos, comunidad y sociedad en general.

Bordignon (2005), menciona que existen crisis de desarrollo donde se presenta un cambio extremo. El desarrollo consta de varias etapas, que se caracteriza cada una por ciertas actividades. Las actividades de una etapa deben poder superarse para pasar a la etapa siguiente. Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse a partir de la historia personal.

Cuando una transición se convierte en crisis el individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes y se percibe así mismo como fuera de fase, según las expectativas de la sociedad para esa etapa.

Las Crisis circunstanciales tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo (a diferencia de la crisis de desarrollo) y pueden sobrevenir en cualquier momento de la vida y a cualquiera se caracterizan por ser repentinas, inesperadas, urgentes (amenazan el estado de bienestar físico y psicológico del individuo), masivas, peligrosas (pueden mejorar o empeorarla situación del individuo) como las enfermedades, los accidentes, muertes súbitas, desastres naturales, guerras, entre otros.

El primer paso en la intervención en crisis circunstanciales es centrarse en el aquí y ahora, luego la intervención apuntará a ayudar al individuo a introducir cambios en su vida debido a la secuela de la crisis.

La intervención en crisis como modelo de intervención debe considerar cuatro principios clínicos: la duración, los objetivos, la evaluación y la persona que ayudará en la crisis, dicha personas deberán ser personas deberán tener características como la disposición de tiempo, que sepan escuchar, con simpatía, entre otras. La duración depende del tiempo que necesite la persona para recobrar su equilibrio. En general, oscila entre una y seis semanas.

El objetivo de la intervención es ayudar a la persona a restablecer su equilibrio, aunque alguno asegura que la persona no vuelve a un equilibrio anterior sino a un nuevo equilibrio, por lo tanto, la meta es ayudar al individuo en su aprendizaje de nuevas formas de resolver problemas.

La evaluación implica hacer un examen de las capacidades y deficiencias de la persona en crisis, de la familia, del entorno social y laboral donde vive. La duración, los objetivos, la evaluación y las estrategias de intervención variarán si se trata de intervenciones de primer orden o de segundo orden. En caso de presentarse una crisis no se asegura que abra personal capacitado para intervenir pero las personas que por lo general actúan en este tipo de casos en primer orden son padres, policías, clero, abogados, médicos, enfermeras, maestros, entre otros. En el segundo orden psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, asesores pastorales o escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.

Para Rodríguez (1998), El principal objetivo en la intervención en primer orden es el restablecimiento inmediato: dar apoyo, reducir la mortalidad, vincular a recursos de ayuda, etc. En el segundo orden el objetivo es la resolución de la crisis: enfrentar el suceso crítico, integrar el suceso a la estructura de vida, establecer sinceridad y decisión para enfrentar el futuro, etc.

En la intervención de primer orden es importante hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos. Examinar las dimensiones del problema: centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y debilidad en las 5 áreas psicológicas sociales conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. En cuanto al presente necesario indagar como estaban en el momento de la crisis, los recursos personales (internos), sociales (externos) y la mortalidad. En el futuro inmediato considerar las decisiones inminentes que se tomarán (qué se hará esta noche, este fin de semana, próximos días o semanas, etc). Para tener éxito en la intervención se necesita examinar las soluciones posibles, identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores. Los medios son preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora, explorar lo que puede o pudo hacer ahora; proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema, ayuda externa, y cambio ambiental, (Rodríguez y Tendero 2011).

Si la mortalidad (peligro de morir) es bajo y el paciente es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces aquí se lo estimulará a actuar, se lo instará a dialogar y se le aconsejará. Se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando hay mortalidad alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio (un intento de suicidio, por ejemplo). Al final de la intervención se registrar la evolución posterior. Hay que asegurarse que la mortalidad se mantendrá baja y que hay un enlace con recursos consumados. El seguimiento concluye cuando nos aseguramos que el paciente hizo un enlace con necesidades posteriores.

La intervención de segundo orden o terapia multimodal en crisis, intenta ayudar al paciente a enfrentar el suceso de crisis de modo que pueda llegar a integrarla funcionalmente dentro de su estructura de vida, dejando al paciente dispuesto para enfrentar el futuro.

Es una ayuda mucho más amplia que la primera ayuda psicológica (primer orden) y es tanto más eficaz si se aplica cuando coincide con el periodo de desorganización de la crisis en sí misma. La intervención de segundo orden busca tomar al paciente desorganizado, para poder ayudarlo a reorganizarse hacia la salud y el crecimiento, no hacia una reorganización patológica. En la terapia multimodal debemos considerar tres aspectos: el primero la Valoración esta implica considerar el perfil de la personalidad del paciente, 5 subsistemas de la persona: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. En el aspecto conductual se encuentran los patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc. En el aspecto afectivo se encuentran los sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas anteriormente: ansiedad, cólera, alegría, depresión. El aspecto somático es el funcionamiento físico general, salud. Tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la visión, audición, tacto, etc. Aspecto interpersonal es la naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos. Cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos. Papel asumido con íntimos (dependiente o no, pasivo, líder, etc), estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido), modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc). Por último el aspecto cognoscitivo donde se encuentran los sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; las creencias

religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide, actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

Estos cinco subsistemas están interrelacionados, algún cambio en uno de ellos puede producir cambios en los otros. Es importante obtener información en cinco puntos acerca del suceso precipitante, sobre el problema presente, sobre el contexto en que ocurre la crisis, sobre el funcionamiento del sistema en la pre-crisis (antes de la crisis) y el mismo funcionamiento pero durante la crisis.

El segundo aspecto es el Tratamiento; Aquí se encararán cuatro tareas básicas para la resolución de la crisis: 1) Supervivencia física: buscar que los pacientes permanezcan vivos y físicamente tan bien como sea posible durante el periodo de estrés excesivo y desorganización personal. 2) Expresión de sentimientos relacionados con la crisis: identificar y expresar los sentimientos relacionados con la crisis de una forma socialmente aceptable, ilustrar sobre la utilidad de expresar los sentimientos, etc. 3) Dominio cognoscitivo de la experiencia de crisis, procurando que el paciente integre la crisis en su sistema de creencias, en su vida y objetivos para el futuro. 4) Adaptaciones conductuales y/o interpersonales para su vida futura. Realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego y de relaciones con los demás en función de la crisis padecida.

Y tercer y último es la Evaluación de los resultados, se refiere al monitoreo para ver cómo sigue funcionando en las cinco áreas.

Reyes (2006), menciona que la intervención en crisis también puede tratarse por expertos en la salud como los psicólogos, los médicos, enfermeras, etc. Ellos intervienen en la

situación de crisis especialmente en unidades de cuidado intensivo, traumatismos, cirugía, nacimientos de niños con alguna discapacidad, ancianos hospitalizados, enfermos terminales, muerte de un miembro de la familia, insuficiencia renal, abortos, incapacidades crónicas, entre otros.

Cuando una enfermedad grave golpea a una familia, se produce una crisis psicológica. Uno de los resultados de esta crisis puede ser el síndrome de la enfermedad crónica, que implica que la vida quede organizada y subordinada a la enfermedad. Una adecuada resolución de la crisis implica descentrar la enfermedad y encauzar la vida según otros intereses más productivos. La terapia en crisis de base amplia o multimodal, parece la forma ideal de adaptarse para prevenir los estilos de vida inadecuados. Los médicos y enfermeras deben estar entrenados en situaciones de crisis, y como complemento del tratamiento médico deben poder utilizar cuatro tareas: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptación conductual e interpersonal. (Rodríguez, 2003).

Benavides, Álvarez, Ceballos, Chiquillo y Galvis (2012), mencionan que la intervención en crisis por parte de expertos de la salud no queda en el paciente sino que se va a la intervención en crisis en las salas de urgencia de hospitales donde siempre hay situaciones de crisis, como cuando alguien va para que se le inyecte un medicamento. En general es difícil hacer una intervención en este lugar ya que los pacientes son rápidamente derivados hacia otras salas o hacia el hogar. Es conveniente que haya en la sala de urgencia una retroalimentación, es decir, que los médicos tengan la oportunidad de evaluar si sus cuidados sirvieron o no a mediano plazo.

3.1.2 Terapias cognitivas

El modelo cognitivo se rige de principios teóricos y terapéuticos que justifican su modo de acción y lo distinguen de otros modelos. Entre sus criterios teóricos se rechaza el asociacionismo y el mecanismo conductista. Se toman en cuenta las experiencias de cualquier ser humano, se defiende la existencia de estructuras y procesos cognitivos, esto media el impacto de la experiencia social y guían el procesamiento de la información, los procesos cognitivos funcionan como heurísticos y las personas crean activamente su experiencia (Buela, y Caballo, 1991).

También se rige por criterios terapéuticos donde el paciente tratado con la terapia cognitiva debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de la misma realidad. La percepción de la realidad se puede modificar o está sujeta a procesos cognitivos fríos del error o sesgos. El paciente debe asumir y contemplar sus experiencias como hipótesis, esto puede convertir un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.

Según Beck (1970), se podría denominar cognitiva a cualquier técnica cuya finalidad sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento. Por su parte Freeman (1983), define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que terapeuta y paciente trabajan en conjunto. La meta de este tipo de terapia es que el paciente descubra el pensamiento disfuncional e irracional y así construir técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta inter e interpersonalmente.

El terapeuta se enfoca en la reestructuración del pensamiento más que en su formulación, en la interacción más que en la interpretación y en la colaboración más que en la confrontación. La terapia cognitiva ofrece un modelo de afrontamiento y la meta es que el

paciente desarrolle estrategias de afrontamiento para manejar cualquier dificultad (Buela y Caballo, 1991).

El modelo cognitivo de tratamiento de Beck:

1. Educativo y reeducativo, se busca un aprendizaje de patrones alternativos de ver la realidad.
2. La terapia debe estar preparada y estructurada, se necesitan metas del tratamiento.
3. Se necesita establecer diálogo continuo, reflexivo, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno “insight”.
4. El problema se presenta y el paciente le da significado a ciertas estructuras cognitivas.

La principal área de intervención de la terapia cognitiva es en la depresión y se puede comparar con tratamientos farmacológicos, la base de la terapia son las tareas en casa y su manera de aplicación puede interferir en el resultado. Si el paciente no comprende la finalidad de la terapia cognitiva se puede asegurar el fracaso; un terapeuta cognitivo debe comunicarla paciente que es genuino, sincero y abierto. No debe criticar al paciente, debe mantener una relación de cordialidad y en ocasiones crear algún comentario gracioso para generar confianza (Buela y Caballo, 1991).

Los Principales elementos teóricos implicados en el modelo de Beck son los, esquemas que se definen como estructuras cognitivas relativamente estables que canalizan el proceso de pensamiento, tanto si están estimuladas o no en una situación ambiental inmediata. También se encuentra una llamada esfera personal que es el concepto clave para comprender el significado especial que damos a los objetos tangibles y no tangibles, con el encontramos el sentido a nosotros mismos y a lo que nos rodea. La triada cognitiva se presenta cuando el

depresivo se ve a sí mismo como deficiente e inútil, interpreta todo su presente como algo imposible de realizar.

Las reglas son fundamentales y consisten en formulas y premisas que permiten a una persona ordenar, clasificar, y sistematizar sus observaciones de la realidad de tal forma que se llegue a conclusiones significativas. La pérdida se da raíz de ella se puede producir un estado de melancolía, caracterizado por un estado de ánimo profundamente doloroso, se pierde la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. El depresivo va en contra de los instintos y necesidades básicas. Por otra parte las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra. Las seis más destacadas son:

- Inferencia arbitraria: Es el proceso por el cual se adelanta la conclusión sin evidencia que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso cuando la evidencia es falsa.
- Abstracción selectiva: Enfocarse a pensamientos negativos den un evento o hecho.
- Sobregeneralizacion: Generalizar conclusiones.
- Magnificar y minimizar: Subestimar o sobreestimar eventos o personas.
- Personalización: Creer que se ha causado algo sin evidencias.
- Pensamiento absolutista o radical: El todo o nada, definir todo en enfoques absolutos sin considerar los intermedios.

Como ya se había mencionado, la terapia cognitiva como intervención se utiliza en tratamientos conductuales de la depresión. Esta terapia se basa principalmente en 20 sesiones donde se ofrece la justificación y la base de la terapia, se entrena al paciente en tareas de autoregistro, cuando es necesario se buscan tareas de activación conductual, entrenar al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos (Buela y Caballo, 1991).

Aproximadamente en la sesión 6 a la 17 el terapeuta se centra en los creencia valorativas es decir, identificar el mundo cognitivo del paciente y se exploran los supuestos subyacentes. De la sesión 17 a la 20 se trabaja con los supuestos subyacentes y se prepara al paciente a terminar la terapia y evitar las caídas.

Principales técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento de la depresión.

Tabla 1. Principales técnicas para el tratamiento de la depresión.

Fuente: Buela y Caballo , (1991).

Síntomas afectivos
Tristeza: distracción, control de expresiones de tristeza, entrenarse a guardar cierto grado de tristeza.
Llanto: entrenamiento en distractores
Culpabilidad: retribución
Vergüenza: reconocimiento abierto a ella
Ira: distracción, relajación breve
Ansiedad: actividad física, técnicas de distracción
Anhedonia: técnica de maestría y agrado

<p>Síntomas motivacionales</p> <p>Carencia de motivación y deseos de evitación: planificación de actividades.</p> <p>Excesiva dependencia: entrenamiento de autoconfianza de forma gradual con actividades individuales</p>
<p>Síntomas cognitivos</p> <p>Indecisión: lista de ventajas y desventajas</p> <p>Problemas vistos como abrumadores: selección de un problema y de las estrategias constructivas para su solución, ensayo cognitivo, búsqueda de alternativas.</p> <p>Autocríticas: representación de papeles, técnicas de retribución</p> <p>Pensamiento absolutista: lista de cosas que haga bien el paciente, búsqueda de ganancias parciales y autocuestionarse</p> <p>Anticipaciones negativas: comprobación de hipótesis</p>
<p>Síntomas conductuales</p> <p>Pasividad, evitación e inercia: proyecto y horario de actividades, tareas gradadas</p> <p>Enfrentamiento defectuoso a problemas prácticos: ver si el problema es real o está distorsionado, ensayos cognitivos</p> <p>Déficit de habilidades sociales: tareas graduales y asertividad</p>

3.1.3 Técnicas

El protocolo de Intervención Psicológica de España (2003), menciona que la Técnica de Planificación de actividades es un procedimiento de corte conductual que tiene importantes implicaciones de tipo cognitivo. Su objetivo es luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad típicas del paciente. Al paciente se le presenta la técnica haciéndole entender que mejorar su funcionamiento general.

Los objetivos al final son dobles, ya que por una parte se recuperan los niveles de actividad tomando en cuenta el nivel de exigencia del paciente. La idea es que el paciente lo haga y no que lo haga bien. Las actividades que se eligen deben ser las consideradas como “normales” y que se crea en un éxito. Como salir a comprar algo a la tienda o levantarse y tender la cama. Todas las actividades se apuntan para hacer un comparativo a futuro.

Las actividades pueden ser complicadas de realizar para el paciente a causa de los pensamientos negativos como: “son inútil”, “soy incapaz de realizarlo”. Es importante anotar todos los datos hasta el hecho de no realizar la actividad, ya que esto se puede debatir en la terapia. Existen 3 técnicas principales que son:

- Técnica de maestría y agrado, esta se refiere a la sensación de ejecución o de logro al realizar alguna tarea. Esta técnica es conductual, tiene como finalidad el cambio cognitivo y de luchar contra el pensamiento absolutista la lógica de doble valor “todo o nada”, “si no me sale perfecto no tiene sentido que lo intente”. El paciente se siente insatisfecho y desvalora lo que ha hecho creando así expectativas negativas a futuro. La técnica se basa en la elección de actividades cotidianas y las diversiones o

conductas que le agradan al paciente. El objetivo es anotar las actividades y el nivel de satisfacción en una escala de 0 a 5. Las actividades se exponen en terapia y se trabaja con los pensamientos negativos.

- Técnica de comprobación de predicciones o de hipótesis es una técnica más característica del modelo de Beck, ya que se base en un trabajo de debate cognitivo con el paciente, se considera un método para anular el pensamiento negativo. El paciente debe enunciar alguna idea negativa que la convierta en una hipótesis por ejemplo “los demás son más importantes que yo”.

- Técnica de la triple columna: con esta técnica se puede pretender que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos. Al paciente se le preparan unas hojas que pueden tener 3 columnas, con los bloques de izquierda a derecha con lo siguiente: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional. Es importante ya haber trabajado con los pensamientos negativos que más le afectan con anterioridad. El terapeuta prepara al paciente para que cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores. Esta estructura representa correctamente el modo cognitivo de hacer terapia en donde se busca el esquema A-B-C, y se debate cuando la construcción que ha hecho el paciente de la “realidad” le lleva a conclusiones y conductas incapacitantes. (Buela y Caballo, 1991).

3.1.4 Cuidados paliativos y la tanatología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que la enfermedad no

responde a las medidas curativas, su principal objetivo es el control del dolor así como los problemas sociales y espirituales. La meta es dar calidad de vida al paciente y a su familia.

La tanatología es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para minimizar el sufrimiento físico y psicológico en los enfermos terminales así como la aprensión y los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares y amigos. Es la ciencia de la vida, nos muestra cómo vivir a cada momento, como se puede trabajar en la calidad de vida pero no se sabe nos hace conscientes de que no se sabe por cuánto tiempo. Su finalidad es que el paciente tenga vida plena y llegue a su muerte con dignidad y aceptación. En los últimos años las enfermedades terminales o crónicas se han incrementado y la esperanza de vida de un mexicano es de 75 años. En los enfermos terminales el objetivo médico de curación cambia por el de medidas curativas. La medicina paliativa incluye tratamiento médico, quirúrgico, psicológico e intenta aliviar al máximo el sufrimiento ocasionado por la enfermedad (Instituto Mexicano de Tanatología, 2008).

Las enfermedades terminales se caracterizan por la presencia de la enfermedad avanzada o acumulada, por la falta de posibilidades a reaccionar a un tratamiento específico, la presencia de problemas o síntomas intensos multicausales, el gran impacto emocional en el paciente, familia, médicos y amigos y el pronóstico de vida inferior a seis meses.

El enfermo terminal tiene clara e inminente la muerte, ya que su enfermedad no respondió adecuadamente al tratamiento y la técnica curativa ha cambiado a paliativa. El carácter incurable de la enfermedad terminal no margina al enfermo de la atención médica solo indica que sus necesidades han cambiado.

Las bases terapéuticas para enfermos terminales es proporcionar una atención integral, estar conscientes de que el enfermo y la familia son la unidad que se tratará, se espera

la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo, se busca la concepción terapéutica activa y se toma en cuenta el ambiente donde se desarrolla el enfermo.

El objetivo de los cuidados paliativos es, aliviar el dolor y otros síntomas, no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida, considerar a la muerte como algo normal, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea más activa y dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo (Instituto Mexicano de Tanatología, 2008).

Los síntomas de la enfermedad terminal varía pero los más comunes son, anorexia, boca seca, calambres musculares, compresión molecular, diarrea, disnea, disfagia, espasmo vesical, estreñimiento, fiebre, hipertensión, náuseas, vómito, prurito, síndrome confusional agudo, sudoración y tos, entre otros.

Alguno de los síntomas neuropsiquiátricos y psicológicos que se presentan en enfermos terminales son trastornos mentales, un estudio de pacientes con cáncer revela que el 47% los padece. Entre ellos se encuentra, 68% presenta trastornos adaptativos, el 13% presenta depresión mayor, 8% trastornos mentales orgánicos, 7% trastornos de personalidad y el 4% trastornos por ansiedad.

Existen varios tipos de tratamientos en este modelo de intervención entre ellos está el Tratamiento del dolor. Se ha encontrado que en los enfermos con carácter avanzado 60-80% tienen dolor de moderado a severo. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y esto disminuye la calidad de vida del paciente.

La OMS recomienda que para el tratamiento del dolor se realice una pauta escalonada:

- La prescripción de los analgésicos de primera escala
- Opioides con la primera escala
- Opioides potentes combinados con los primera escala más algún coadyuvante
- Medidas analgésicas invadidas

Los Coanalgesicos son una serie de medicamentos que pueden utilizarse con analgésicos para el tratamiento contra el dolor algunos de ellos son, Corticoides, antidepresivos, antoconvulsionantes, ansiolíticos, antipsicóticos, relajantes musculares, tranquilizantes, entre otros.

La sedación en los cuidados paliativos puede derivar otros síntomas físicos y psicológicos y provocar la pérdida de conciencia y en pacientes frágiles hasta la muerte. Los coanalgesicos se utilizan para los siguientes trastornos:

Ansiedad: estado de inquietud y zozobra del ánimo, la dosis se mantiene en dosis bajas; se recomienda técnicas de relajación, imaginación e hipótesis.

Depresión: aumenta a medida que avanza la enfermedad, un paciente deprimido hace más susceptible el dolor, se recomienda la psicoterapia grupal o individual así como fármacos en dosis bajas.

Insomnio: disminuye el umbral del dolor, pero favorece a la irritabilidad, se tiene una sensación de pérdida de energía y se presenta más preocupación por la enfermedad. Se presenta en pacientes que tienen miedo a perder el control mientras duermen o morir. Se

recomienda crear actividades diarias (terapia ocupacional), disminuir ruidos a la hora de dormir.

Trastornos mentales orgánicos: el delirium se da en el 20% de pacientes terminales. Puede aparecer en la última semana de vida, se presenta un deterioro de la conciencia y la atención, trastorno cognitivo, psicomotor y alteraciones emocionales.

El enfermo terminal presenta cambios físicos en el enfermo terminal, desequilibrio nutricional, alteración en los niveles de calcio, sube el nivel de sodio. (Instituto Mexicano de Tanatología, 2008).

3.2 Intervención en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

En los últimos años, la necesidad de dar respuestas rápidas y flexibles por parte de los profesionales de la salud a pacientes ha favorecido el desarrollo de intervenciones más estructurales ajustadas a las condiciones y necesidades del mismo. Las unidades de cuidados paliativos, están integrados, por equipos multidisciplinarios o interdisciplinarios.

Los principales objetivos de un programa de intervención cognitivo conductual son:

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Reestructurar la ideación irracional asociada a las enfermedades y a la muerte
- Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento.

- Desarrollar estrategias de solución de problemas en lo relacionado con la enfermedad y mejorar los niveles de autoeficiencia.
- Facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros de su familia.
- Estimular la participación de actividades y mejorar las relaciones sociales.
- Incrementar el autocontrol, específicamente para el enfrentamiento.

Esto constituye un esfuerzo sistemático de procedimientos psicoterapéuticos y educativos orientados a influir en la manera como el paciente afronta su enfermedad y toma decisiones con la relación a ella, al manejo de la variabilidad emocional y afectiva que puede presentar, tanto en los momentos en que la enfermedad está en remisión como en aquellos que se exagera, al control de las dificultades de comunicación y en general al manejo de sus relaciones interpersonales, así como de sus responsabilidades ocupacionales (Cautela y Groden, 1985).

Técnicas:

- Relajación progresiva muscular
- Enfrentamiento autógeno
- Biofeedback
- Imaginación guiada
- Habilidades sociales

- Control de pensamientos.

Para Vargas (2008), las técnicas conductuales están orientadas al aprendizaje de habilidades específicas que ayudan al desarrollo de las respuestas de afrontamiento del paciente y que constituye una ventaja en la medida que no solo ayudan a enfrentar aspectos relacionados de manera directa con la enfermedad, si no aquellas situaciones vitales del paciente, tales como la interacción y búsqueda de apoyo social, la solución de conflictos, el manejo de situaciones estresantes entre otras. Las estrategias cognoscitivas se utilizan al considerar que en gran parte reacciones emocionales y afectivas son producto de la forma como el paciente percibe y afronta la enfermedad.

3.2.1 Intervención grupal

Existen diversas formas de trabajo grupal con pacientes que presenta alguna enfermedad crónica y han demostrado ser una gran ayuda. Algunas formas de intervención son:

- Terapia grupal.
- Grupo de auto apoyo.
- Grupos de apoyo.

Las familias deben de construir un significado de la enfermedad que le permita mantener su sentido del control y de la competencia que haga duelo por la vida anterior a la enfermedad acepte gradualmente esta como su condición permanente, mientras se mantiene entre el pasado y futuro se conserva unida para afrontar la crisis inmediata y flexibiliza sus objetivos futuros a pesar de la incertidumbre, las familias por lo general afrontan problemas como:

- La desorganización puesto que la enfermedad pone a prueba y a veces quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles.
- La ansiedad dado el alto grado de incertidumbre, lo cual puede conducir al desarrollo de conductas hiperactivas generar irritabilidad e intolerancia de unos a otros tener rupturas o alteraciones en la comunicación.
- La fragilidad emocional cuando la capacidad de contener frenar y organizar las respuestas afectivas parecen insuficientes.
- Tendencias a la introversión dado que la enfermedad y la muerte actúan como poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia.

Así mismo se debe enfatizar que las acciones del psicólogo en el núcleo familiar del enfermo muchas veces van más allá del acompañamiento en el proceso de morir en caso de que se presente. La enfermedad y la evolución a la fase terminal muchas veces están acompañadas de graves conflictos familiares producto familiares producto de estrés y el desgaste de los cuidadores del enfermo.

3.2.2 Enfrentamiento autógeno

Sus orígenes se remontan a los estudios del fisiólogo alemán Oskar Vogt , sobre el sueño y la hipnosis a finales del siglo pasado, mediante los que llegó a descubrir una técnica de relajación que denominó ‘reposo autohipnótico psicoprofiláctico’, basada en la concentración en sensaciones de peso y calor en las extremidades. El entrenamiento autógeno es una técnica de relajación basada en la autosugestión. Esta técnica fue desarrollada a partir de la hipnosis por el psiquiatra berlinés Johannes Heinrich Schultz, quien la presentó por primera vez el 30 de abril de 1927 y la publicó en su libro «El entrenamiento autógeno» en 1932. Hoy

en día es un método muy extendido y reconocido en la lucha contra el estrés y los trastornos psicossomáticos (Slaikev, 1984).

El entrenamiento autógeno puede ayudar a superar estas presiones cotidianas a través de la conexión con el sistema del descanso y la relajación (Sistema Nervioso Autónomo), permitiendo que el cuerpo se regenere por sí mismo tras alcanzar un estado de calma y tranquilidad. Esta terapia, de orientación psicofisiológica ejerce su acción gracias a la activación de procesos naturales como la autorregulación y la neutralización de experiencias traumáticas. Además, la práctica del método autógeno conlleva una creciente sensación de autonomía e independencia del terapeuta, lo que se opone a la dependencia creada por la hipnosis.

Su aplicación ha trascendido el campo de la medicina y, en la actualidad, se emplea también en deportes de competición, estrés laboral y entrenamiento de astronautas y personas que actúan en situaciones extremas. En niños, está indicado para superar problemas de miedo, falta de control, dolor o agresividad. El entrenamiento autógeno básico requiere, generalmente, un aprendizaje en grupo, aunque puede ser necesaria la instrucción individual en algunas patologías, o si las descargas autógenas son muy severas. El autoaprendizaje también es posible, aunque el necesario entrenamiento de la atención requiere generalmente la supervisión de un profesional especializado. Consta de seis ejercicios de meditación psicofisiológica o concentración pasiva en sensaciones: ejercicio de pesadez, de calor, de pulsación, respiratorio, de regulación abdominal (plexo solar) y de cabeza.

Es de vital importancia terminar las sesiones de práctica. La terminación estándar para regresar al estado habitual se realiza en tres etapas: estirar y flexionar los brazos, inspirar profundamente y abrir los ojos.

3.2.3 Métodos psicoterapia autógena y sus Ejercicios

El entrenamiento autógeno básico se aprende usualmente en grupo, aunque puede ser necesaria la instrucción individual en algunas patologías o si las descargas autógenas son muy severas. El autoaprendizaje es posible, aunque el necesario entrenamiento de atención requiere generalmente la supervisión de un profesional especializado. Consta de seis ejercicios de meditación psicofisiológica o concentración pasiva en la sensación de peso en brazos y piernas, en la sensación de calor en brazos y piernas, en el movimiento del corazón, en la autonomía del proceso respiratorio, en el calor abdominal interno (plexo solar) y a la diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante. La terminación estándar para regresar al estado habitual se realiza en tres etapas: Inspiración profunda, fuerte flexión y estiramiento de brazos y piernas y abrir los ojos, es importante finalizar siempre los ejercicios con la terminación estándar.

Se tarda unas pocas semanas en aprender esta técnica, lo que normalmente se hace en grupo, aunque algunas veces puede trabajarse de forma individual bajo la supervisión de un psicólogo, un médico u otro experto. Para comenzar el entrenamiento el principiante debe adoptar una postura cómoda, normalmente sentado. En la «postura de cochero», por ejemplo, se sentaría con el cuerpo y la cabeza inclinados hacia delante y con los brazos apoyados sobre el regazo dejando caer las manos entre las piernas. Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas y repetitivas y, al mismo tiempo, intentar imaginar, dentro de lo posible, de forma intensa lo que sugieren.

El estado de relajación del cuerpo viene acompañado por determinadas sensaciones. Así, por ejemplo, la relajación muscular de las extremidades da sensación de pesadez y la buena circulación, sensación de calor. Sin embargo, imaginar primero de forma

intensa el efecto puede provocar lo que «normalmente» sería la causa: imaginar que aumenta el calor en la extremidad, también mejoraría la circulación y, en consecuencia, se alcanzaría una sensación de relax. La llamada retirada es un «despertar» consciente con el que concluimos los ejercicios y consiste en la activación de las terminaciones nerviosas mediante unos pasos muy sencillos: se estiran y encogen las extremidades varias veces, se respira hondo y, finalmente, se abren los ojos.

3.2.4 Grado inferior

Se compone de siete ejercicios que mediante la autosugestión dan lugar a sucesivas sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardiaco y respiratorio, calor en el plexo solar y frescor en la frente. La duración recomendada de estas sesiones es de 3 a 5 minutos, nunca se deberá exceder de ese tiempo ya que podría ser contraproducente.

Descripción de los ejercicios:

1. El ejercicio de reposo traslada el cuerpo y la mente a un estado de calma y ayuda a la concentración. Una fórmula típica para este ejercicio sería: “Estoy muy tranquilo. Los pensamientos vienen y van. Nada puede perturbarme”.

2. El ejercicio de pesadez provoca una sensación de peso en las extremidades (relajación muscular). Una frase típica para este ejercicio sería: «Mis brazos y piernas son muy pesados».

3. El ejercicio de calor conduce a una sensación de aumento de la temperatura en las extremidades (mejora la circulación). La fórmula típica sería: «Mis brazos y piernas están calientes».

4. El ejercicio de respiración intensifica la relajación mediante una inspiración y espiración tranquilas. La fórmula típica sería: «Mi respiración es tranquila y regular» o «estoy respirando».

5. El ejercicio para el corazón (concentración en los latidos) es aún más relajante. Se emplearía una frase como: «Mi corazón late sosegada y regularmente».

6. El ejercicio abdominal se concentra en el plexo solar y su circulación (intensifica la relajación). La fórmula típica para este ejercicio sería: «Mi abdomen es una corriente de calor».

7. El ejercicio de la cabeza se concentra en conservar una mente fresca y sirve para mantenerse despierto y recuperar la concentración (por ejemplo, en caso de cansancio). Una frase típica sería: «Mi mente está clara y mi frente está fresca».

Con un entrenamiento progresivo se intensifica el efecto de los ejercicios (p.ej. un efecto en todo el cuerpo y no solamente en los brazos). Por lo tanto, un experto en esta técnica puede conseguir una profunda relajación en poco tiempo. Además, con la experiencia las fórmulas se pueden adaptar y ampliar al gusto personal de cada uno, lo que es posible con la ayuda de las fórmulas propuestas (p.ej. «Ante el estrés me mantengo tranquilo y sereno»). Estas órdenes a uno mismo permanecen ancladas en el subconsciente y siguen haciendo efecto una vez terminado el ejercicio.

3.2.5 Grado superior

En el grado superior se tratan los problemas mediante la sugestión hasta lograr solucionarlos o, al menos, mitigarlos. Para muchos propósitos los ejercicios del grado inferior

son suficientes, pero con el grado superior se profundiza en el conocimiento de uno mismo y el desarrollo del carácter.

Descripción de los ejercicios:

1. Experiencia con colores: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación.
2. Imaginar objetos concretos: una vela encendida, una rosa, etc.
3. Dar forma a valores abstractos: esperanza, amor, coraje, etc.
4. Ejercicios para moldear el carácter y profundizar en el conocimiento de uno mismo: preguntarse «¿quién soy?» o «¿qué debo hacer?» y utilizar fórmulas de autosugestión como «me acepto», «tengo seguridad en mí mismo».
5. Imaginar que se va por el fondo del mar.
6. Imaginar que se sube a la cima de una montaña.
7. Imaginarse a uno mismo con determinados propósitos.

El grado superior puede practicarlo uno mismo, aunque su combinación con un método psicoterapéutico puede acortar bastante el tiempo de tratamiento. En este grado se viven sueños lúcidos con posteriores recuerdos claros y permanentes, no como la mayoría de los sueños, que normalmente se olvidan en pocos minutos. Tras los habituales ejercicios introductorios de reposo, pesadez, calor, respiración, corazón y abdomen, se mantiene la fase de meditación profunda del abdomen — trance hipnótico—, y se sigue trabajando con la

siguiente fórmula: «En mi imaginación veo un color». Y a partir de este color se desarrolla una visión.

Esta visión se nutre de tres fuentes: primero, la imagen que hemos elegido antes de empezar el ejercicio (mar, montaña, una persona, etc.); en segundo lugar, la transformación de esta imagen por el subconsciente; y, en tercer lugar, la transformación voluntaria que viene desde la conciencia activa. Estas tres fuentes se mezclan en cantidad y calidad diferentes en cada caso. Entonces aparece el sueño lúcido, que puede recordarse por completo tras la retirada. Esto puede servir por sí solo para resolver el problema o como base para una sesión terapéutica. El tiempo más adecuado para estas sesiones es aproximadamente de 15 minutos.

3.2.6 Aplicación

El entrenamiento autógeno se aplica por motivos muy diferentes, como técnica de relajación puede utilizarse, por ejemplo, en caso de nerviosismo, trastornos del sueño, etc. También puede servir para combatir trastornos psicósomáticos, problemas digestivos, dolores de cabeza o hipertensión. Sin embargo, se debería consultar antes a un médico para confirmar que no existe ninguna causa física grave que origine dicha enfermedad. En el estado de relajación causado por el entrenamiento autógeno se está sensible a la autosugestión; esto puede usarse, mediante las fórmulas adecuadas, para dejar de fumar, beber u otras adicciones similares. También puede utilizarse para mejorar el rendimiento físico y mental o la confianza en uno mismo tanto en público como en el entorno personal.

3.3 Biofeedback

El biofeedback es una técnica que puede utilizar para aprender a controlar las funciones de su cuerpo, tales como la frecuencia cardíaca. Con el biofeedback, que estás

conectado con sensores eléctricos que le ayudan a recibir información (feedback) acerca de su cuerpo (bio). Esta retroalimentación ayuda a centrarse en hacer cambios sutiles en su cuerpo, como relajar ciertos músculos, para lograr los resultados que desea, como la reducción del dolor. En esencia, el biofeedback le da el poder de usar sus pensamientos para controlar su cuerpo, a menudo para ayudar con un problema de salud o el rendimiento físico, se utiliza a menudo como una técnica de relajación.

3.3.1 Riesgos

La biorretroalimentación es generalmente segura. La biorretroalimentación puede no ser apropiado para todos, sin embargo. Asegúrese de hablar con su médico primero.

El biofeedback le enseña a cambiar o controlar las reacciones fisiológicas del cuerpo cambiando sus pensamientos, emociones o comportamiento. A su vez, esto puede ayudar a la condición para la que solicita el tratamiento. Su terapeuta puede utilizar varias técnicas de biofeedback diferentes. La determinación de la técnica que sea adecuado para usted depende de sus problemas de salud y metas. (Instituto Andaluz. 2008).

3.4 Relajación progresiva muscular

Se encuentran sus fundamentos en las investigaciones de Wolpe y con antecedentes de Jacobson en 1930, (Cautela y Groden, 1985), la denominación de su nombre procede debido a que gradualmente un grupo de musculosa a otros y así sucesivamente, se pretende con este método que la persona sea capaz de distinguir como se encuentran sus músculos cuando están tensos y cuando están relajados, sus efectos que se consiguen son de tipo fisiológico y psicológico.

Entre lo fisiológico se puede destacar que reduce la frecuencia cardiaca, presión sanguínea, la sudoración y la frecuencia respiratoria, en el aspecto psicológico la eliminación de ansiedad insomnio, depresión y fatiga (Cautela y Groden, 1985).

El Instituto Andaluz (2008), menciona que una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos.

Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan.

Normas básica:

- En la relajación es esencial la concentración
- Se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos
- La luz debe ser tenue
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales

- El ambiente de la habitación ha de ser adecuado, con poca luz y, si es posible, se pueden aprovechar los efectos relajantes que tienen ciertos olores como, por ejemplo el aroma de lavanda lo cual se puede conseguir con un ambientador adecuado.
- La aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige (Cautela y Groden, 1985).

3.4.1 Postura de relajación

Siéntese normal con espalda recta "postura de relajación". Cuando se encuentre cómodo/a, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la secuencia siguiente (Cautela y Groden, 1985):

1º Tense los músculos lo más que pueda.

2º Se debe notar la sensación de tensión.

3º Relaje esos músculos.

4º Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos.

Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado.

Empecemos por la frente. Arrugue la frente todo lo que pueda. Note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla despacio, notando cómo los músculos se van relajando y empiece a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recréese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo (Cautela y Groden, 1985).

Seguidamente, cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Siga con la nariz y labios. Arrugue la nariz, relájela. Arrugue los labios, relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez. Con el cuello haga lo mismo. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y deléitese en esta última (Cautela y Groden, 1985).

Seguidamente, ponga su brazo tal y como aparece en el gráfico. Levántelo, cierre el puño cuanto pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible. Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo. Abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo. Repítalo con el otro brazo. Haga exactamente lo mismo con las piernas. Después incline su espalda hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda, lleve los codos hacia atrás y tense todos los músculos que pueda. Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos, vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo (Cautela y Groden, 1985).

Tense fuertemente los músculos del estómago (los abdominales) y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los músculos, proceda de igual forma con los glúteos y los muslos (Cautela y Groden, 1985).

3.4.2 Relajación estando de pie

Una vez consiga la relajación de todo su cuerpo de la forma habitual y después de haberla practicado durante varios meses intente relajarse de pie, proceda de la siguiente forma (Cautela y Groden, 1985).

Póngase de pie y mantenga la cabeza recta sobre los hombros, tense todo su cuerpo, apriete las manos a ambos lados del cuerpo, meta el estómago hacia dentro y tense los muslos, nalgas, rodillas, etc. Después comience a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. De nuevo note la diferencia entre tensión y relajación. También debería de realizar los ejercicios de tensión y relajación de sus músculos tumbado de la misma forma que la de pie.

Hasta ahora, doce países de la región han concretado talleres, estableciendo actividades en el marco del Modelo “Programa de Salud Renal”, que articulan los clásicos programas verticales y generan un “Programa Transversal” en el primer nivel de atención; sus componentes y estrategias establecen un costo-eficiente control de la salud, cardiovascular, renal y endocrino metabólica. va entre los países desarrollados, con aquellos cuyas poblaciones en su gran mayoría viven por debajo de la línea de pobreza, de muy frecuente observación en la Región de Latinoamérica y el Caribe.

En este escenario, para impactar eficientemente en el conjunto social, se debe traspasar la concepción bio-médica que domina el saber médico y la cultura popular en general, propiciando una comprensión bio-ético-psico-social-económica-espiritual del ser humano (Cautela y Groden, 1985).

Los modelos formativos deben orientarse a lograr y mantener la calidad de vida, fortaleciendo la calidad del conocimiento y de la práctica, centrada en la relación

médico/paciente, médico/familia y equipo de salud/comunidad, en el marco de una nueva simbiosis de la salud pública con la práctica clínica.

IV

Propuesta de preparación para el enfermo Crónico con Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

La detección de las variables que influyen en el desarrollo y mantenimiento de alguna dificultad en el ámbito Clínico con respecto al protocolo en área de trasplante por parte del agente involucrado es importante para generar un resultado positivo.

4.1.1 Justificación de la propuesta (Anexo 1)

Esta propuesta se fundamenta en una crítica a la metodología expuesta por un psicólogo que interviene en la evolución pre y pos trasplante. Dicha crítica, es la ausencia de una manera de evaluación que permita la identificación de las variables que interactúan dando origen y mantenimiento a las dificultades que se puedan presentar, evitando que resulte no funcional en la intervención. Así mismo, la sustitución de mecanismos de evaluación cuya funcionalidad depende plenamente de conceptos subjetivos, por una que fomente el uso de conceptos objetivos, así como psicológicos (aunque no descarta el papel de lo biológico, físico, químico y ambiental), fomentará una visión más apegada al marco científico en la intervención, una profesionalización de la misma y a su vez, permitirá una intervención lejos del mito del pragmatismo, dándole una validez real a la intervención del psicólogo, basada en resultados observables y no en aquellos adjudicables a la casualidad.

4.2 Antecedentes

En 1924, con la aparición del libro “Principles of Psychology”, la revolución conductista emprendida por Watson se pone en marcha. Sin embargo, autores como Kantor rechazan el rumbo que toma dicha revolución. Kantor observa algunas limitaciones y desviaciones en el conductismo y pretende realizar un ejercicio que sirva para dotar a la psicología de una metodología que permita hacer de ella una ciencia natural, superando las limitaciones que observa en otros movimientos conductistas de su época.

Kantor considera que la psicología como ciencia natural no ha de ocuparse de conciencias, estados mentales, constructos intrapsíquicos etc. Pero tampoco de las reacciones o las respuestas de los organismos frente a los estímulos ambientales y cree que el conductismo ha tomado ese rumbo de manera equivocada. Para desmarcarse de esto acuña el término interconducta, con el objetivo de subrayar que el objeto de estudio ha de ser la interacción completa de estímulo-respuesta, más que la reacción de un organismo frente a un estímulo.

4.3 Interconductismo

De acuerdo a la tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas, la psicología se debe de encargar de estudiar la conducta de los organismos en lo individual, y como objetivo debe tener el identificar las condiciones históricas situacionales de los factores que participan en la interacción, enunciando que, funcionalmente, el campo de interacción está compuesto por la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto. Este campo es un sistema de contingencias organizado y estructurado en distintos niveles funcionales inclusivos-progresivos de mediación (Ribes y López, 1985).

4.3.1 Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC)

Procedimiento tecnológico interconductual en el contexto clínico, integrando procedimientos de apoyo técnico, exclusivo para el contexto clínico derivado de la intervención interconductual y su teoría, resultando necesarios para establecer aspectos conceptuales y prácticos que diferencian a este procedimiento de los tradicionales (Ribes y López, 1985).

Para Vargas (2006), la Intervención Interconductual está constituida por cuatro etapas: análisis de la conducta, evaluación, regulación y probabilización de los elementos de la conducta. La finalidad de este proceso tecnológico es identificar el tipo de interrelación existente entre las variables que componen la función estímulo-respuesta. Los niveles son cinco:

- Contextual. Se identifica cómo el contexto influye en el sujeto, es decir, la respuesta del organismo depende de las contingencias entre estímulos (la respuesta del organismo depende de la presentación del estímulo apareado).
- Suplementaria. Se observará cómo el individuo afecta el ambiente, es decir, es la función en que la respuesta del organismo estructura la contingencia.
- Selectora. Se identificará la conducta o estímulo que desencadena una segunda conducta. Que a su vez desencadena una contingencia. En esta, la respuesta del organismo es condición necesaria para presentar otra respuesta de la cual depende la presentación de estímulo.
- Sustitutiva referencial. En esta, se identificará a la persona que refuerza o no refuerza la conducta que se desencadenó en la interacción anterior.

- Sustitutiva no referencial. Es la función donde interactúan dos organismos mediando los eventos de estímulo. Esta relación es puramente convencional: una respuesta convencional del organismo produce las condiciones necesarias para accionar los eventos de estímulo convencionales. Esta aludirá a las interacciones donde el lenguaje convencional es fundamental.

4.3.2 Desarrollo de la intervención

Objetivo específico de la propuesta de intervención.

La propuesta realizada tiene por objetivo la generación de un instrumento que permita la evaluación y detección de las variables que influyen en el desarrollo y mantenimiento de alguna dificultad en el ámbito que se presenta antes y después de trasplante.

Identificar las variables que interactúan en el origen y mantenimiento de las dificultades a evaluar.

Dar sustentabilidad de las dificultades multifactorialmente.

Dejar tareas o actividades involucradas en la dificultad asociadas a las variables.

Método

Aplicable a cualquier individuo que se encuentre inmerso en el contexto definido socialmente como clínico al nivel de intervención y tratamiento.

Escenario. Puede llevarse a cabo en cualquier espacio, siempre y cuando sea especificado por el evaluador (Médico y Psicólogo), y se encuentre acondicionado para la finalidad, es decir, cuente con espacio para los participantes, la ventilación y luz sean

adecuadas y se puedan realizar los registros de forma eficiente (ruido mínimo y evitando interrupciones).

Instrumentos.

- Entrevista y guía clínica.
- Guía de entrevista semiestructurada (ANEXO 1). Esta guía se fundamenta en el modelo de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (Vargas, 2008). Esta será solamente una guía utilizada para la evaluación, y no deberá aplicarse de forma literal, sino realizando un ajuste al lenguaje del paciente, procurando evitar el uso de tecnicismos. Así mismo, al ser una guía para una entrevista semiestructurada, se pueden utilizar reactivos adicionales que surjan en el proceso de la entrevista, con la finalidad de profundizar en la información que se requiera.

Aparatos.

- Grabadora de voz

Posibles técnicas de análisis.

- A partir de la realización de la entrevista y el análisis de la misma, se realizará la identificación de las variables que interactúan en el origen de la dificultad bajo el modelo de IICC.
- Identificación del tipo de interacción que se presenta en la dificultad:
 - o Contextual.
 - o Suplementaria.

- o Selectora.
- o Sustitutiva referencial.
- o Sustitutiva no referencial.

A partir de la identificación de la interacción presente en la dificultad, se desarrollará una propuesta de modificación de la misma, a partir de la sustitución, omisión o incremento de las variables que intervienen en la misma.

4.4 Modelo de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico nueva visión propuesta (IICC).

Para dicho modelo debemos de comprender su organización del campo psicológico es decir, su lenguaje y función preguntándonos ¿Realmente la función de psicólogo es fundamental en el proceso de una enfermedad crónica? ¿Cuáles son las tareas del psicólogo que se desenvuelve en el ámbito de protocolo de trasplante? ¿Qué creen los familiares y médicos sobre esta ciencia y sobre los profesionales que la ejercen? Estas son preguntas que surgen una vez que se comienza a conocer el nacimiento y la situación actual de la Psicología Aplicada, ámbito de la salud en específico a personas en protocolo de trasplante, el psicólogo debe ser un factor importante para el paciente en proceso de trasplante y después del mismo.

El papel del psicólogo no solo abarca en lo que comúnmente creen los pacientes que su rol es de “hacer sentir bien al paciente”, el psicólogo debe contar con una gama de cualidades y técnicas para afrontar cualquier situación que se le compete, el psicólogo debe de emplear modelos conductuales, enfoque cognitivo conductual, psicofisiológico o en algunos casos solo abordan enfoques psicoanalíticos.

La postura práctica utilizada por el psicólogo en protocolo de trasplante consiste en tres periodos:

A) Diagnóstico, que es la detección de necesidades reales del paciente, esta fase incluye un periodo de contextualización de la realidad donde está y de la enfermedad que padece así como su personalidad.

B) Proceso de enseñanza - aprendizaje, esta fase se divide en tres periodos: inducción, adquisición y ejercitación de habilidades mentales.

C) Balance, donde se evalúa la efectividad del proceso de enseñanza – aprendizaje.

Sin embargo no es así como se refleja en la realidad misma, en la experiencia que fue tomada por el método de trabajo de los psicólogos solo interviene al principio del protocolo, con la realización de pruebas psicométricas y elaboración de una guía clínica o parecida a la misma. No enfocándose del todo en el post tratamiento que es también muy importante, porque es determinante para el sustento del injerto. La ausencia de una manera de evaluación para identificar las variables que interactúan dando origen y mantenimiento a las dificultades, evitando caer en una categorización que resulte no funcional en la intervención. Así mismo, la sustitución de mecanismos de evaluación cuya funcionalidad depende plenamente de conceptos subjetivos, por una que fomente el uso de conceptos objetivos, así como psicológicos (aunque no descarta el papel de lo biológico, físico, químico y ambiental), fomentará una visión más apegada al marco científico en la intervención, una profesionalización de la misma y a su vez, permitirá una intervención lejos del mito del pragmatismo, dándole una validez real a la intervención del psicólogo basada en resultados observables y no en aquellos adjudicables a la casualidad. Por ello, se debe primero conocer y

saber primero qué es un evento psicológico, este es un campo de factores que participan por igual y deben describirse analizándolos y encontrando cómo están relacionados, el campo configura un episodio integrado que se denomina "segmento conductual" (K), en el que se pueden distinguir las siguientes variables:

$K = (es, o, f\ e-r, s, hi, ed, md)$

Su descripción es la siguiente:

1) Objetos y eventos de estímulo (es): Cuerpos y acontecimientos fisicoquímicos que hacen contacto directo/indirecto con el organismo. Controlar o anticipar para controlar eventos que pasan día con día.

2) Variables orgánicas (o): Sistemas reactivos biológicos que interactúan con cambios energéticos o convencionales del entorno.

3) Función de estímulo-respuesta (f: e-r): Sistema de afectación recíproca entre estímulos y respuesta, que han sido históricamente configuradas.

4) Factores situacionales (s): Variaciones del organismo o diferentes de él, que afectan la interacción actual.

5) Historia interconductual (hi): Segmentos interactivos previos dados por la biografía reactiva y la evolución del estímulo, que probalizan los contactos actuales.

6) Eventos disposicionales (ed): Compuesta por los dos anteriores, consiste en colecciones de eventos pasados (hi) y presentes (s) que facilitan o interfieren con el establecimiento de una interacción.

7) Medio de contacto (md) Conjunto de circunstancias fisicoquímicas, ecológicas o normativo-convencionales propuesto por (Ribes, 2009), que posibilitan una interacción.

Aunque los psicólogos interconductuales comparten lo esencial del modelo de campo kantoriano, existen algunas variaciones entre ellos, que permiten identificar diferentes venas históricas de influencia. A continuación, se expondrán algunos elementos de la psicología interconductual desarrollada por Emilio Ribes comenta que no necesariamente corresponden todos con los que plantearían los demás teóricos mencionados.

Fundamentos: Se transcriben textualmente las tres tesis fundamentales (epistemológica, metodológica y formal respectivamente) del enfoque interconductista, extraídas del libro de (Ribes y López, 1985):

- "En lo psicológico, el objeto de estudio es la interacción del organismo total con su medio ambiente físico, biológico y/o social, interacción que se define con el rubro de conducta". "Todo fenómeno puede analizarse molecularmente en sus componentes mínimos y las interrelaciones y procesos que los constituyen. Sin embargo, el análisis molar debe siempre contextualizar al molecular" (Ribes y López, 1985, p.81).

- "Los conceptos de proceso son el nódulo del sistema explicativo de la teoría. Están compuestos por categorías que interrelacionan la acción de clases de eventos, sus formas de interrelación y las condiciones y características cualitativas que la definen. Su poder teórico reside en la capacidad sintáctica de abstraer en un solo concepto la diversidad de eventos concretos que se manifiestan en la interacción" (Ribes y López, 1985, p.102).

4.5 Niveles de organización de la conducta

Desde esta perspectiva, la contingencia hace referencia a una relación de dependencia recíproca entre eventos, tanto en cuanto a su presentación como a sus propiedades funcionales. Según Ribes, existen dos tipos de contingencia: las de ocurrencia y las de función. Las primeras hacen referencia a las relaciones condicionales diacrónicas entre eventos, como por ejemplo, presentar primero el estímulo condicional y luego el estímulo incondicional, siendo la presentación de este último dependiente o contingente de la presentación del primero. Por otro lado, la contingencia de función hace referencia a una relación sincrónica entre propiedades de eventos, no ya según su ocurrencia sino según su función. Por ejemplo, que el estímulo condicional sea señal de un evento, o la relación entre un referidor y un referido.

Dado que el campo psicológico es un conjunto de relaciones, éstas son concebidas como contingencias. Sin embargo, se considera que es necesario analizar este campo de contingencias de ocurrencia y de función, según dos aspectos: la mediación de tales contingencias y el desligamiento funcional. La mediación consiste en que un evento permita la relación entre otros dos, y correspondería a una relación de ocurrencia. Por otro lado, el desligamiento funcional hace referencia a que la respuesta del organismo depende cada vez menos de la restricción físico químicas y espacio temporales del ambiente, gracias a tal mediación. De este modo, las contingencias de función se caracterizan de acuerdo a las formas posibles de desligamiento funcional. Es decir, que las relaciones entre las propiedades funcionales de los eventos, se establecen de acuerdo con la relativa independencia de las restricciones mencionadas. Las formas posibles de desligamiento funcional constituyen las funciones estímulo - respuesta, es decir, las formas de organización entre las respuestas del organismo y los eventos ambientales, definidas cada una por un tipo de mediación.

Éste es quizá uno de los principales aportes del interconductismo ribesiano, ya que plantea diferencias cualitativas o tipos de conducta que no habían reconocido sino parcialmente las tradiciones conductuales operantes.

Y analizado los puntos básicos el procedimiento tecnológico interconductual en el contexto clínico, integrando procedimientos de apoyo técnico, exclusivo para el contexto clínico derivado de la intervención interconductual y su teoría, resultando necesarios para establecer aspectos conceptuales y prácticos que diferencian a este procedimiento de los tradicionales.

4.6 Niveles de acuerdo al enfermo crónico

Para Vargas (2008), la Intervención Interconductual (IC) está constituida por 4 etapas: análisis de la conducta, evaluación, regulación y probabilización de los elementos de la conducta. La finalidad de este proceso tecnológico es identificar el tipo de interrelación existente entre las variables que componen la función estímulo-respuesta, esta consta de 5 niveles:

- Contextual: La interacción de estímulos en el contexto con el sujeto (todo lo que puede rodear al enfermo y su familia).
- Suplementaria: El sujeto en interacción con estímulos ambientales (enfermo en interacción con personas enfermas familiares que pueden ayudar o perjudicar).
- Selectora: El estímulo que desencadena una segunda conducta que desencadena una contingencia (es necesaria para que el paciente salga adelante apoyarse en uno o varios familiares para hacer lo que el doctor establezca, además de ser un apoyo positivo).

- Sustitutiva referencial: La interacción de estímulos que refuerzan una conducta contingente (la convivencia día a día que se tiene con las personas, esta determinará el nivel que sigue de una manera positiva o negativa).

- Sustitutiva no referencial: Es la interacción entre eventos puramente convencionales (se refiere a lo que pensamos de una forma negativa o positiva al estar o hablar con las personas, base primordial para tener éxito en el tratamiento y mantener una buena salud).

- Estos campos de interacción se hacen presente siempre en las personas y su análisis nos ayuda a la detección de aquellas necesidades y dificultades que se presentan en la persona de cualquier índole, siendo esta importante para la psicología de la salud.

Para la recolección del análisis de dichos niveles se utiliza la entrevista guía clínica (ICC).

Es un procedimiento de apoyo técnico que indica como recabar información e implementar la intervención, en el cual consiste en el seguimiento del programa de actividades por parte del responsable de la intervención (RI) para obtener información, además la entrevista nos aporta una serie de información relevante como ya se ha mencionado sobre el RI por ejemplo, datos demográficos, historia clínica, definición de la conducta de interés, además la entrevista nos aporta una serie de información relevante como, por ejemplo la historia clínica, definición de la conducta de interés, en este caso las variables que influyen en el para salir adelante en el proceso de la enfermedad.

Para llevar a cabo la ICC hay que recalcar como directriz el comportamiento de un individuo por lo tanto la conducta ocurrida por él es ocasionada por cualquier variable, de

tal forma que al modificar algún elemento de la interacción cambiará todas aquellas variables que promuevan el cambio perseguido (Vargas, 2008).

4.6.1 Posibles técnicas de análisis

Las técnicas son una serie de actividades a realizar dentro de la intervención, la técnica se utiliza depende del caso.

Identificación de las variables que interactúan en el origen de la dificultad.

Identificación del tipo de interacción que se presenta en la dificultad, ya sea como la más común en personas con enfermedades crónicas como la depresión o inclusive que entren en crisis por la misma ya que su estado de salud es considerado grave.

En la primera se identifica como el contexto influye en el sujeto es decir, la respuesta del organismo depende de las contingencias entre estímulos

Segunda en esta se observara como el individuo afecta el ambiente, es decir, es la función en que la respuesta de los organismos estructura la contingencia (suplementaria).

Tercera en esta se identificará la conducta o estímulo que desencadena una segunda conducta que desencadena una contingencia (selectora), en esta la función se ubicará el segmento que media una contingencia suplementaria del enfermo, es decir, la respuesta del organismo es condición necesaria para presentar otra respuesta de la cual depende la presentación de estímulo.

Cuarta aquí se identificará la persona que refuerza o no refuerza la conducta que se desencadenó en la interacción anterior.

En la última se refiere a que la alternativa de trabajo se le tiene que proporcionar al enfermo crónico en los tecnicismos propios de su entorno de la enfermedad (sustitutiva no referencial) se refiere a la función que constituye una relación entre eventos puramente convencional, una respuesta convencional del organismo produce las condiciones necesarias para accionar los eventos de estímulo convencionales. Esta aludirá a las interacciones donde el lenguaje convencional (no se limita a la función sustitutiva de uso de palabras oral o escrita humana).

A partir de la identificación de la interacción presente en la dificultad, se desarrollará una propuesta de modificación de la misma, a partir de la sustitución, omisión o incremento de las variables que intervienen en la misma.

Cabe recalcar que el aspecto emocional es tomado siempre en cuenta, sin embargo en las situaciones de enfermedades crónicas al visualizar la familia y los pacientes visualmente el estado físico o algún cambio visible la familia tiende a ser “motivada” para seguir el tratamiento a una función óptima.

4.7 Procedimiento de Intervención Interconductual (Anexo 2)

¿Cuál es la dificultad que presentas? Definición de la conducta por parte del enfermo.

¿En dónde se presenta la dificultad? Respuesta biológica orgánica por ende se ve la variable informativa de la enfermedad.

¿Cuándo realizas, cualquier actividad propia de tu tratamiento o cuidados, cuales son las cosas que interfieren para que la realices correctamente?

¿Cómo realizas la actividad con la cual tienes la dificultad?

La dificultad que presentas, ¿qué tiempo tiene que empezó a ocurrir? ¿En qué circunstancias, momento, personas, etc.?

¿En el último mes has tenido síntoma de alarma o que te preocupo antes de?

¿Te encuentras en tratamiento o rehabilitación por este problema que tienes?

¿Continúas en esto y en qué consiste?

¿Sabes en qué consiste?

Después de tu dificultad, ¿has tenido problemas con tu modo de vida cuales y por qué?

¿Qué es lo que haces en el contexto donde presentas la dificultad, para que esta se presente?

Interferencia indirecta. Nota son los factores situacionales, elementos de campo de interacción que no están directamente configurados en el contacto funcional, pero que lo afectan.

¿Desde cuándo se ha presentado la dificultad?

¿Has tenido dificultades anteriormente a parte de estas ya sean graves?

¿Desde qué tienes esta dificultad, como has cambiado?

¿Anteriormente ya has intentado buscar a solución para realizar la actividad con la que tienes dificultad? ¿Con quién te has asesorado?

Nota: Recordemos que esto solo son ejemplos o preguntas de apertura para detectar todas las variables y atender la dificultad que podrá ayudar a incrementar la probabilidad de éxito del trasplante.

Recordemos que el trabajo es multifactorial y existen sucesos que no se pueden controlar, por lo tanto esta metodología se adapta a cualquier circunstancia

CONCLUSIONES

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en México representa una grave problemática, ya que no están cuantificados en todos los escenarios del país los enfermos renales; la Secretaría de Salud debe ser responsable de estudio así como la participación del Sector Salud del país.

El trasplante debe promoverse como el tratamiento primario de la IRC lo que implica que debe existir una política nacional en cuanto a quienes deben ser candidatos a trasplante de manera prioritaria con criterios incorporados a la norma y vinculados a las estrategias de atención.

El impacto del diagnóstico genera un impacto en el paciente y familiares de una índole negativa, esto origina en el paciente un degrado de su perspectiva como persona, generando una cadena negativa en todos los niveles que lo rodean, como contextual, suplementaria, selectiva, lenguaje referencial y no referencial. Por este motivo, se propone un protocolo de apoyo a nivel psicológico, que abarque la realidad del enfermo renal, la cual debe estar constituida no solo la perspectiva que el “psicólogo” domine, debe ser multidimensional analizando los factores que puedan perjudicar en su tratamiento o ayudarlo.

Se considera importante la manera en que el psicólogo defiende su trabajo y su método de intervención, dado que menciona que en la mayoría de sus intervenciones ha sido eficaz y ha logrado éxito en algunos pacientes, llevándolos a mantener su estado de salud o al menos una conciencia por la misma. Sin embargo, se detectó que el psicólogo presenta un déficit en las habilidades, método de intervención y fundamentos teóricos que puedan ser de

mayor utilidad para la población, debido a que nunca responde de manera concreta sobre que marco teórico trabaja.

El marco de referencia que se utilizan en los hospitales de enfermedades crónico degenerativas es de una perspectiva psicoanalítica, el cual sirve pero solo momentáneamente, ya que carece de análisis conductual. Las personas con IRC deben de mantener una serie de actividades básicas para mantener el trasplante, no olvidemos que es importante estar conscientes y con una actitud denominada positiva para hacerlo, sin embargo, eso no asegura una probabilidad alta en la retención del trasplante y el cuidado.

Finalmente se critica su método de evaluación, pues se considera que es poco ortodoxo, ya que no cuenta con los elementos básicos de una metodología, puesto que se basa únicamente en su experiencia y observación, dejando de lado la interacción de las variables que influyen en la en las dificultades que presenta los enfermos crónico renales. Por ello se propone ampliar el método de evaluación por medio de un instrumento que abarque variables de contexto, orgásmicas y funcionales que interactúan a la hora de realizar una actividad en concreto de las cuales abarcan muchos aspectos como el difundir la información de la IRC. Analizar desde el paciente y en conjunto con la familia, el tratamiento adecuado recalando que siempre debe dar el trasplante con una serie de tareas para mantener una alta probabilidad de los cuidados, el seguimiento psicológico y multifactorial del tratamiento y análisis antes y después del trasplante. A su vez también es importante la aceptación de la enfermedad, no como una problemática, sino más bien como una dificultad y el nivel informativo en pacientes y familiares, para crear conciencia sobre la dificultad así como del sustento de tratamiento y trasplante (crear conciencia en trasplantes cruzados, la importancia de la donación, impulsar a buscar ayuda de instituciones, etc.).

La problemática más grande en México que presenta la salud, es la falta de inversiones para su estudio, sin embargo existen instituciones no populares que pueden ayudar monetariamente. La discreción de las instituciones se debe a que el gobierno cuenta con una serie de enfermos crónicos demasiado amplia y las instituciones deben de elegir de acuerdo al perfil que presenta el enfermo crónico, por ejemplo la edad, si trabaja o estudia, sus cuidados personales y su aceptación de la misma enfermedad, ya que muchas personas que padecen esta enfermedad caen en depresión así como los familiares, determinando un mínimo esfuerzo por mantener o regresar a vivir de nuevo, sin embargo una dificultad que se presenta en la actualidad que juega mucho el papel del psicólogo es la aceptación de la llamada enfermedad crónica (en este caso insuficiencia renal crónica). Muchos pacientes que son trasplantados vuelven a los mismos hábitos que tenían después de trasplantarse, olvidando por completo muchos cuidados. Este rol de la aceptación se debe detectar en la primera intervención con el paciente, lo cual le corresponde al psicólogo analizando todos sus niveles de interacción y comprensión no solo el emocional. La propuesta aplicable o metodología que se propone es una alternativa para el sustento y aceptación de dicha dificultad.

Para mejorar se debe:

Tener un registro a nivel hospital y conjuntar para crear una a nivel nacional.

Ampliar el panorama del estudio de enfermedades crónicas

Generar a nivel informativo con campañas o redes sociales

Guías de atención psicológicas adecuadas, no solo centrándose en las emociones, también en lo que uno debe de hacer de una perspectiva multifactorial.

Fomentar el impulso a instituciones que se encargan de ayudar financiar el trasplante.

Problemáticas:

Se maneja una sola perspectiva psicológica.

La conciencia y razón de la enfermedad crónica en pacientes por lo general es errónea.

No se tiene un nivel informativo sobre la enfermedad en general lo cual afecta negativamente al enfermo y familiares.

Un mal gobierno que su infraestructura en sector salud es mediocre.

El Médico carece de información en el campo de la nefrología.

No hay campaña de cambio de medicamentos en el cual promuevan el trueque, ya sea en trasplante y surtido de medicamentos como se hace en varios países como España, Argentina y Chile.

Bibliografía

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Belar, C. & Deardorff, W. (1995). *Clinical Health Psychology Assessment*. En C. D. Belar & W. Deardorff (ed.), *Clinical Health Psychology in Medical settings: A practitioner's guidebook*. (pp. 411-416). Washington: APA.
- Benavides, J, Alvarez C, Ceballos, L Chiquillo A & Galvis, I. (2012) *Diseño de una guía practica clínica de intervención en crisis dirigida a familiares en una unidad de cuidados intensivos*. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, 12 (1) 53-64.
- Berrío Acosta, G. M., & Burgos Camacho, V. A. (2011). *Papel del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de trasplantes de órganos*. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología 11(2).
- Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación, 2 (2) 50-63.
- Boyer, T. & Kaplan, B. (2013). *Insuficiencia renal y trasplante hepático*. Revista Clínica Liver Disease, 2(1), 95-97.
- Buela, G y Caballo, V. (1991). *Tratamiento cognitivo/conductual de la depresión en el modelo de Beck*. Manual de psicología clínica aplicada. España. 345-360.
- Cabrera, S. (2004). *Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. En prevalencia clave para el diagnóstico precoz y factores de riesgo de la enfermedad renal crónica*. Revista de Nefrología, 24(6), 27-34. segunda párrafo
- Cassem, N. Bernstein J: *Depressed Patients*, en Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Cap.4:35-68, St Louis, Missouri, 1997, Mosby.

- Cautela JR & Groden J. (1985). Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona: Martínez Roca.
- Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 169-179.
- Freman, A.(1983).Cognitive Therapy with couples and groups. EU:Plenum Press.
- Fundación Mexicana del riñón. (2015). México. Recuperado de: <http://www.fundenrenal.org.mx>. Instituto Andaluz (2008). El entrenamiento personal en el ámbito de la salud. Sevilla: Junta de Andalucía. ISBN. 978-84-690-5879-4
- IMSS.(2009). Insuficiencia Renal Crónica. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/censo-irc/difusion>
- INEGI. (2014).Enfermos Crónico Renales. Recuperado de en:<https://www.ineginsuficienciarenal.com.mx/2013/12/18/la-insuficiencia-renalen-mexico>.
- Instituto Mexicano de Tanatología.(2008).Enfermos terminales. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/>.
- Karl S, (1984) Intervencion en crisis. (2ª ed). México: Manual Moderno.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., & Veis, J. H. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney international*, 57(5), 2093-2098.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., & Veis, J. H. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney international*, 57(5), 2093-2098.

- Kimmel, P. Peterson, R. Wheis, K.E.(2001) .Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 57:2093-2098.
- Malheiro Oliveira, P., & Arruda Soares, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería global*, 11(28), 257-275.
- Marquez , L .(2010). Modelo de intervención en crisis en busca de la resiliencia personal. Master en terapia para adultos del grupo. Luria.
- Massa, Elizabeth. R., Segura, Y. M., & Torrecila, L. S. (2014). El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*,30(2), 146-157.
- National Kidney Foundation(2002). Acerca de la Insuficiencia renal crónica: una guía para los pacientes y su familia. Recuperado de : https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-0166_aai_patbro_aboutckd_pharmanet_nkf_span_jan08.pdf
- Olle, J, Sahler, J & Carr, E. (2008) *Ciencias de la Conducta y cuidados de la salud* (1ª ed.). España: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
- Paez A. Jofré, M., & de Bortoli, M. Á (2009). Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) Relación con los niveles de ansiedad y el tiempo de tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Pérez, G. C. (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Investigacion Psicologica*, 69

- Pinheiro, A & Atalah E. (2005). Propuesta de una metodología de análisis de la calidad global de la alimentación. 133: 175-182. Chile.
- Protocolo de Intervención Psicológica de España. (2003). Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cirugía y Cirujanos*, 72(1), 32-48.
- Rebollo P, Mon, C., Alvarez, F., Vázquez, A., Reyes, M. , & Sánchez, R. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-9.
- Reyes, A. (2006) Intervención en crisis. (Tesis de Diplomado en psicología de la salud). Universidad de la sabana, Chia.
- Ribes I. E., & Valadez, F. L. (1985). Teoría de la Conducta. Trillas. México. MX.
- Ribes, E. (2009) La psicología como ciencia básica ¿cuál es su universo de investigación?, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1, 2, 7-19.
- Ribes, E. (2012). Las funciones sustitutivas de contingencias. En, M.A. Padilla Vargas y R. Pérez-Almonacid (Eds), *La función sustitutiva referencial: Análisis histórico-crítico*. New Orleans: University Press of the South.
- Ribes, E., y López, F. (1985). Teoría de la conducta un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.
- Riella, M. & Martins, C. (2015). *Nutrición y Riñón*. (2ª ed.). México: Medica Panamericana.
- Riella, M. C., & Martins, C. (2003). *Nutrición y riñón*. Ed. Médica Panamericana.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35(4), 329-337.
- Rodríguez Vidal, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 47-55.

- Rodríguez, I. (2003). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un Tratamiento conductual orientado a los valores de Kelly G. Wilson y M. Carmen Luciano Soriano. Vol. 1 no. 6 p.26 – 30 Recuperado de: www.compotamental.com.
- Rodríguez, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Revista Ciencia y Enfermería*, 21(2), 47-57.
- Rodríguez, S. J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la depresión: Un caso. (67 párrafos). *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 1. (1). Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia>.
- Romero, M.Maccusland & Solorsano, T. (2014). El cuidador Familiar del Paciente Renal y su calidad de vida. *Revista Salud Uninorte*. 30(2).
- Trevino-Becerra, A., Bonilla-Delgado, J., Valerio-Palomares, N. A., & Meza-Coria, C. C. (2004). Disminución sérica de la vitamina 25 (OH) D 3 en pacientes con diálisis peritoneal. *Diálisis y Trasplante*, 32(2), 54-56.
- Treviño-Becerra, A. (2004). Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Ciruj*, 72(1), 3-4.
- Vargas E. (2008a). Condicionamiento operante. Asociación oaxaqueña de psicología A.C. Disponible (p 1- 84). En: www.conductitlan.net/clasico.pdf.
- Vargas J. (2006). Intervención interconductual en el Contexto Clínico. Tesis de Maestría, UNAM-FESI.
- Vargas, E. (2008). Condicionamiento clásico Pavloviano. Asociación oaxaqueña de psicología A.C. Disponible (p 1- 32). En: www.conductitlan.net/clasico.pdf
- Vargas, J. & Aguilar, J. (2006). Evaluación del hombre y del desarrollo del individuo. *Revista regional de investigación Psicológica*, 1(1), 37-44
- Vargas-Mendoza, J. (2009) Terapias conductuales. Apuntes para un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Vassalotti, J. A., Stevens, L. A., & Levey, A. S. (2007). Testing for chronic kidney disease: a position statement from the National Kidney Foundation. *American journal of kidney diseases*, 50(2), 169-180.

Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.

Yela, M. (2012). La evolución del conductismo. *Análisis y modificación de conducta*, 6(11-12).