



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

**MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“Apoyo psicológico social y espiritual para pacientes con
Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento hemodiálico de la
Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra, 2012”**

Trabajo de fin de maestría

AUTOR:

Coello Torres, Angel Mauricio, Psic. Cl.

DIRECTOR:

Morillo Cano, Julio Rodrigo, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA

2013

CERTIFICACIÓN

Doctor

Julio Rodrigo Morillo Cano

DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado “APOYO PSICOLÓGICO SOCIAL Y ESPIRITUAL PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO HEMODIÁLICO DE LA CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENYDIAL DE LA CIUDAD DE IBARRA, 2012”, realizado por el Pscl. Angel Mauricio Coello Torres, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Ibarra, junio 2013

Dr. Julio Morillo Cano

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Angel Mauricio Coello Torres, declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Angel Mauricio Coello Torres

C.I. 100286598-6

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a quienes de una u otra forma contribuyeron a la consecución de este logro, a mi madre que supo apoyarme con su presencia cariño y sabiduría, a mis hermanas de quienes siempre aprendo algo nuevo; a mis amigas y amigos quienes siempre esperan algo más de mi y me brindan su apoyo en momentos difíciles.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Quiero llegar con mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que participaron con su digna y desinteresada colaboración para que este trabajo alcanzara los mejores resultados, al personal de la Clínica de los Riñones MENYDIAL IBARRA con su director y propietario el Dr. Cristóbal Santacruz, y en especial a su gerente Lcda. Zoila Chávez, quienes con su actitud solícita y amable aportaron enormemente a este proyecto, y por supuesto a los pacientes de esta institución médica que sin excepción o condiciones estuvieron dispuestos a colaborar en lo solicitado.

El Autor

Índice de Contenidos

	Pág.
PRELIMINARES	
- Portada	I
- Certificación	II
- Cesión de Derecho	III
- Dedicatoria	IV
- Agradecimiento	V
- Índice	VI
- Resumen	VII
- Abstract	VIII
APARTADOS	
1. Introducción	1
2. Problematización	2
3. Justificación	4
4. Objetivos	5
CAPÍTULO I	
5. Marco Teórico	6
CAPÍTULO II	
6. Diseño Metodológico	15
CAPÍTULO III	
7. Resultados	22
8. Comprobación de indicadores de Propósito y Fin	44
9. Conclusiones	54
10. Recomendaciones	55
11. Bibliografía	56
12. Anexos	59

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente Plan de Acción pretende ser un referente del accionar de la Psicología en el campo clínico, a la vez busca el rescate de la relación Salud Mental-Orgánica; esto debido a la necesidad del contexto social, de información respecto al tratamiento integral de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento Hemodiálico.

Acción ejecutada en la Clínica de los Riñones MenydiaL de la ciudad de Ibarra, beneficiando a 20 pacientes con IRC y su contexto social próximo (familiares, cuidadores y personal seleccionado de la institución a cargo), y se ciñó a cánones que procuraron mantener su orientación fundamental, que es la de aportar al tratamiento integral con enfoque humanista.

La colaboración de familiares, pacientes, y personal de la clínica MENYDIAL, fue primordial en la procura de concienciación de las implicancias en la labor de acción con este grupo de pacientes, considerando su entorno social próximo, situación clínica, y sobre todo su esfera emocional y espiritual.

Finalmente, se obtuvo como resultado una correcta aplicación del Programa de Capacitación Psicoterapéutica Integradora para familiares y personal encargado del cuidado y tratamiento de los pacientes, y por ende su evaluación a nivel general y a corto plazo fue exitosa.

2. ABSTRACT

This Action Plan is intended as a reference the actions of Psychology in the clinical field, while seeking to rescue the relationship Mental Health-Organic, that due to the need of the social, information regarding the comprehensive treatment of patients with chronic renal failure (CRF) on hemodialysis as treatment.

Action taken on Kidney Clinic Menydia Ibarra city, benefiting 20 patients with CRF and its upcoming social context (family, carers and staff selected by the institution), and stuck to canons sought to maintain its orientation fundamental, which is to provide comprehensive treatment humanistic approach.

The collaboration of families, patients, and clinic staff MENYDIAL, was paramount in the pursuit of awareness of the implications of action in the work with this group of patients, considering their immediate social environment, clinical status, and especially his emotional sphere and spiritual.

Finally, it resulted from a correct application Integrative Psychotherapy Training Program for family and care staff and treatment of patients, and thus its overall level evaluation was successful and short term.

3. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una patología muy frecuente en nuestro medio hospitalario, sobre la cual se han realizado estudios epidemiológicos, de evolución clínica, complicaciones a largo plazo, manejo terapéutico, morbilidad, mortalidad, etc.

Sin embargo hemos observado que no se ha tomado en cuenta un tópico importante sobre esta enfermedad como son las alteraciones psicosociales que se manifiestan no sólo en el paciente, sino también en sus familiares y en el equipo de salud que está involucrado en su atención médica.

Así mismo, es evidente que el impacto psicológico de la enfermedad sobre el paciente, es mayor cuanto más corta sea su edad. Es la razón por la cual se hace necesaria una intervención desde una perspectiva integral que sintetice la labor médico biológica y psicológica, no de la enfermedad, más bien del enfermo y su entorno.

En la provincia, si bien es cierto existen instituciones especializadas en el tratamiento médico de pacientes con el padecimiento abordado, no existe referencia de proyectos de acción específicos que impliquen capacitación holística tanto a pacientes como a cuidadores y personal tratante.

Este aspecto es de importancia primordial en la rehabilitación del paciente, la capacitación a todos quienes tienen relación directa con su tratamiento y cuidado, a fin de convertirse dentro de este proceso tan difícil, en un sustento físico, emocional y espiritual para el paciente; y entender a la vez las implicancias psicosociales que bordean al enfermo y los métodos y herramientas útiles para apoyar al doliente y recuperar su equilibrio psicobiológico.

Todos los recursos en los cuales se sustentó el presente proyecto de acción, fueron aportados y facilitados por cada uno de los participantes en el mismo, es decir, tanto aquellos de tipo económico, infraestructura, mano de obra calificada y logística en general, fueron solventados con el esfuerzo y la colaboración solícita del personal de la institución y propia del ejecutor del presente proyecto.

Una de las principales motivaciones en la ejecución del presente trabajo, radicó en el compromiso como profesional de la rama de la Psicología, en brindar las herramientas y educar en su uso, a todos quienes optan por la implementación en sus prácticas rutinarias y no rutinarias del concepto de evolución individual o personal; principalmente a los involucrados directos en la problemática a tratar.

Como es normal en cualquier tipo de intervención que tenga relación al elemento humano, se presentan imprevistos o limitantes que hacen necesaria el replanteo de determinada acción, sin embargo, gracias a la colaboración expedita de todos quienes participaron en las distintas actividades; estos limitantes pudieron ser superados exitosamente. Entre los problemas que presentaron mayor dificultad, estuvieron aquellos relacionados directamente con el abordaje y mantenimiento de empatía con algunos de los pacientes, en parte debido a sus restricciones físicas y el deterioro de su integridad emocional.

A medida que se fue ejecutando el presente proyecto, cada uno de los objetivos planteados fueron alcanzados, respondiendo a las necesidades identificadas y que fueron la base de la ejecución de este trabajo; formulando así un material bien estructurado que será herramienta indispensable en el abordaje de pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la búsqueda de la estabilidad emocional y espiritual es trascendental para llevar adelante la situación presentada.

4. PROBLEMATIZACIÓN

La cronicidad de las patologías en el ser humano suponen un complejo trastoque de su sistema de vida, afectando el aspecto laboral, económico, familiar, emocional y espiritual; lo cual además se proyecta a su círculo social cercano, debiendo de este modo procurar una adaptación a la nueva situación. Esto será posible, desde un enfoque psicológico, si se cuenta con nuevos recursos de supervivencia, como lo son el manejo de emociones, refugio espiritual y apoyo otorgado por su grupo social cercano.

Es así que abordaremos una patología de incidencia importante dentro del grupo humano como lo es la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), promoviendo conocimiento e información de respecto a procedimientos psicoterapéuticos con un enfoque más humano e integrador y haciendo énfasis en las emociones que predominan en esta etapa tan dura para cualquier ser humano que la padezca así como para su contexto social cercano.

La IRC es muy frecuente en nuestro medio hospitalario, sobre la cual se han realizado estudios epidemiológicos, de evolución clínica, complicaciones a largo plazo, manejo terapéutico, morbilidad, mortalidad, estudios económicos, etc. Sin embargo hemos observado que no se ha tomado en cuenta un tópico importante como son las alteraciones psicosociales que se manifiestan no sólo en el paciente, sino también en sus familiares y en el equipo de salud que está involucrado en su atención médica.

En la IRC el paciente se ve obligado a cambiar su estilo de vida, pues su organismo sufre un gran impacto fisiológico, orgánico y emocional, lo que sin duda afecta su vida; tiene que enfrentar períodos muy estresantes, agotadores y emocionalmente devastadores, como son las largas horas de tratamiento; para su familia la frustración es la manifestación de la impotencia. Por consiguiente, los componentes sociales, económicos y de Salud integral, son los elementos que dan origen a este proyecto, mismo aportará con soluciones a las necesidades de información sobre la relación salud física, mental y espiritual; mismas que integran un “todo” dentro de la estructura del ser humano y que adquieren un preponderante nivel de importancia en estados patológicos crónicos.

La necesidad de información enfocada en el trato del paciente con una IRC en tratamiento hemodiálico demandó un conocimiento teórico sustentado en nuevas prácticas psicoterapéuticas y corrientes sistémicas que integren todos los recursos posibles en la adaptación del paciente a su nuevo sistema de vida; en este caso y para el éxito del Plan de Acción, información sobre el área emocional relacionada específicamente a estados depresivos, autoestima y espiritualidad, aplicada durante el período julio-octubre del 2012 en la Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura.

De este modo, se propuso un Plan de Acción en el cuál el aporte de información especializada, amplió los recursos de afrontamiento a la situación presentada, y oriente a concienciar la importancia del apoyo emocional y espiritual del contexto social cercano al paciente. Con esto se creará un nexo más fuerte entre el “Enfermo” y su círculo social que lo acompaña y por ende mejores resultados en la adaptación a la situación presentada.

Todos estos aspectos dieron la pauta para la realización de este Plan, concebido como reflejo de una necesidad sanitaria actual en nuestro medio y ejecutado con el grupo de pacientes de esta institución, quienes a pesar de contar con un buen trabajo especializado, el reforzamiento, innovación ya actualización son siempre importantes.

5. JUSTIFICACIÓN

Un grupo social con falta de información respecto a cómo disminuir la repercusión de la enfermedad IRC y el proceso de tratamiento en la esfera emocional del paciente que la padece.

Un grupo humano con necesidad de adquisición de nuevos recursos que permitan la mejor adaptación del paciente a esta dura situación que engloba aspectos económicos, sociales y de salud física, emocional y espiritual.

La falta de concienciación en el manejo adecuado e integral (aspecto físico y psicológico) de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodiálico y otras enfermedades crónicas.

La importancia de una visión integral en el tratamiento de una patología con altos niveles de incidencia, e intervención conjunta entre especialidades médicas y psicológicas para atacar un problema de actualidad y novedoso en nuestra ciudad, tomando en cuenta las características del contexto personal y familiar de los pacientes.

La necesidad de contribuir a la disminución del nivel de repercusión de la enfermedad y el proceso de tratamiento en la esfera emocional del paciente y el grupo humano que interviene tanto en su cuidado como en el tratamiento, otorgando nuevas herramientas y capacitando en la construcción de un ambiente favorable para cada involucrado en este delicado proceso.

Fueron elementos que en su interrelación dan lugar a la justificación de este Plan de Acción; mismo que fue ejecutado en estricto apego a los lineamientos teóricos y prácticos dados para este tipo de ejecuciones, así como lineamientos establecidos por la institución en la cual se llevó a cabo este trabajo y aquellos que demanda la norma legal vigente en nuestro país, especialmente en lo que respecta a confidencialidad y derecho a una salud integral. Accionar caracterizado por ser útil, apropiado, adaptado, válido, confiable y desde el punto de vista social, sustentable.

6. OBJETIVOS

➤ Objetivo General

Brindar apoyo psicológico y espiritual a pacientes, familiares y cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento hemodiálico, en la clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra; mediante la capacitación y sensibilización del personal de Salud, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

➤ Objetivos Específicos

1. Elaborar un Programa de Capacitación en apoyo psicológico y espiritual a familiares-cuidadores, y adiestramiento práctico al personal no afín al área psicológica.
2. Concienciar a familiares-cuidadores de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, en las implicancias emocionales y espirituales de la enfermedad y su tratamiento, a fin de integrarlos al proceso de psicoterapéutico.
3. Instruir y adiestrar a un grupo de profesionales de áreas estratégicas afines y no afines al área psicológica de la Clínica Menydia, en el manejo básico de apoyo al paciente con IRC en tratamiento hemodiálico.

CAPÍTULO I

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 Aspecto geográfico del lugar

La ciudad de Ibarra, donde se encuentra ubicada la clínica Menydia, se ubica al extremo norte de la provincia de Imbabura, a 115 km. al noroeste de Quito y 125 km. al sur de Tulcán; con un área de 1.162,22 km² y con una densidad de 131,87 hab/Km²; favorecida con una ubicación geográfica estratégica que le brinda un clima templado seco, temperatura promedio 22°, con una altitud de 2225msnm.

7.1.2 Dinámica poblacional

Según el último censo poblacional del 2010, mencionado en Wikipedia, la dinámica poblacional de la ciudad de Ibarra se caracteriza por tener:

131.856 habitantes en su área administrativa urbana, pero en datos reales de aglomeración urbana, la ciudad tiene una población real de 139.721 habitantes, tanto que el cantón del mismo nombre con la población rural cuenta con una población total de 181.175 habitantes, de estos más 35.000 eran extranjeros, o inmigrantes en proceso de legalización, principalmente españoles, portugueses, griegos, argentinos, alemanes, chilenos, uruguayos, colombianos, peruanos, cubanos, brasileños y británicos; en Ibarra como sucede en la mayoría de las ciudades imbabureñas, los mestizos son el grupo étnico mayoritario que en Ibarra corresponde al 65% de la población, seguido por los caucásicos (descendientes de europeos y argentinos) con un 22%, seguido por los castizos (unión de mestizos con blancos) 7%, atrás los asiáticos con un 3%, los negros con un 2% y el 1% restante lo constituyen mulatos, indígenas y otros grupos. La ciudad de Ibarra tiene una población bastante envejecida, más del 35% de la población pasa de los 45 años, un 25% son menores de 25 y el restante 40% son personas adultas de entre los 25 y los 45 años, el número de hijos por mujer es de 1,4 hijos x mujer, y la tasa de crecimiento poblacional baja dramáticamente, por ello para 2010 esta estaba en 1,8% de crecimiento anual.

7.1.3 La Misión de la Institución

Brindar la más alta calidad en el cuidado y tratamiento a personas con enfermedades renales, utilizando la más alta tecnología en un ambiente cálido y confortable basados en normas de calidad con el personal idóneo y solidario lo que garantiza un servicio profesional y oportuno.

7.1.4 La Visión de la Institución

Ser considerada en el 2012 una de las mejores Clínicas Renales del país, enfocada a la venta de servicios de alta complejidad y tecnología de punta, consecuencia de una eficiente administración de sus recursos, sentido de pertenencia y compromiso de todos sus miembros, buscando la satisfacción permanente del cliente externo e interno.

7.1.5 Organización Administrativa

La institución cuenta con una estructura Administrativa que le permite focalizar la dotación de servicios especializados no solo a los pacientes en tratamiento hemodiálico, sino de una u otra manera a todos quienes conforman el contexto social directamente relacionado con el paciente. Cada uno de los departamentos, desde su gerencia general, administración, departamento médico, de enfermeras y auxiliares, su departamento de psicología clínica, trabajo social, nutrición y el servicio de farmacia especializada; son el puntal de su gestión, la que se caracteriza por ser de calidad y calidez.

7.1.6 Servicios que presta la Institución

Todas las actividades y procedimientos nefrológicos especializados se hacen en sus instalaciones, entre los que se destacan:

- Tratamientos de sustitución de la función renal con hemodiálisis, hemodiafiltración, diálisis peritoneal.
- Tratamientos de intoxicaciones agudas con hemoperfusión.
- Realización de fístulas arteriovenosas endógenas y con prótesis.
- Colocación de catéteres centrales temporales y permanentes para diálisis, quimioterapia, sea en vena yugular interna, subclavia, femoral y cava inferior.
- Realización de biopsias renales, interpretación clínica y tratamiento de las glomerulopatías. Realización de cistoscopias.

- Elaboración de diagnósticos y tratamientos clínicos de los casos más complejos.
- Selección de donantes, receptores, realización de trasplantes renales en convenio con algunas clínicas del país.
- Hospitalización del día para tratamientos agudos.

7.1.7 Datos estadísticos de cobertura

El servicio está dirigido a pacientes con problemas de orden nefrológico, prestando servicios en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades renales, realización de tratamientos de sustitución de la función renal y diferentes tipos de trasplante renal.

Según la información manejada por la institución, la población atendida se caracteriza por ser predominantemente de sexo masculino, raza mestiza y condición socioeconómica media, perteneciente al área urbana.

En la ciudad de Ibarra, según sondeos extraoficiales, existe aproximadamente 180 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodiálico atendidos en los centros especializados de la ciudad, distribuidos en los tres centros que brindan el servicio de tratamiento hemodiálico, clínica de los riñones Dial Ibarra, Menydial y Unidad Renal del Hospital San Vicente de Paúl.

7.1.8 Características geo-físicas de la institución

Menydial Ibarra, es una clínica de prestación de servicios médicos especializados, ubicadas en el sector noroccidental de la ciudad de Ibarra, en las calles César Morales Granda y Aurelio Gómez Jurado, barrio Flota Imbabura; tiene acceso vial de primer orden y su ubicación es estratégica pues está cercana a los distintos centros de atención ambulatoria y hospitalaria del cantón Ibarra.

Sus instalaciones son nuevas y fueron diseñadas en base a estándares internacionales, ofreciendo total calidad en los servicios ofertados. De igual manera cuenta con equipos de tecnología de punta y mobiliario confortable diseñado específicamente para el proceso del tratamiento. Cuenta con departamentos: contable, administrativo, y médico, este último comprende también nutrición, psicología y trabajo social.

7.1.9 Políticas de la Institución

- ***Políticas de Liderazgo:***

Mantiene un continuo estudio y análisis del contexto científico, tecnológico y humano, para generar servicios competitivos con una oferta cómoda, lo que garantiza el posicionamiento y prestigio en el mercado de prestación de servicios médicos especializados.

- ***Políticas de Diferenciación:***

Se prestarán servicios de manera integral, con fácil acceso y con precios económicos en las diferentes áreas de intervención aportando al mejoramiento de la calidad de vida y la salud mental de las personas.

- ***Políticas de Desarrollo:***

La inversión realizada en los diversos proyectos de desarrollo institucional, generan un equilibrio entre rentabilidad y objetivo social, a fin de manejar una sostenibilidad de la empresa y garantizar su posicionamiento en el mercado, dicha rentabilidad se consigue con la implementación de las estrategias de marketing social.

7.2 Marco Conceptual

Tenemos a una patología de incidencia importante dentro del grupo humano como lo es la Insuficiencia Renal Crónica, la misma que ha venido aumentando su índice de afección a nivel de la provincia de Imbabura, y, por otro lado, el presente proyecto tiene como campo de acción el abordaje de la esfera psicológica, social y espiritual del ser humano, y las diferentes opciones en psicoterapia que más se ajusten al mejoramiento emocional.

De esta manera dentro del aspecto teórico de este proyecto tendremos:

- Insuficiencia renal crónica y su impacto en quien la padece
- Hemodiálisis y el paciente
- Ámbito psicológico de los enfermos crónicos
- Ámbito social de los enfermos crónicos, y
- Ámbito espiritual de los enfermos crónicos

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SU IMPACTO EN QUIEN LA PADECE

El aspecto corporal del ser humano es el que en esencia se ve afectado por la enfermedad, siendo el punto de quiebre en la función del resto de los aspectos que hacen a su vida. Con esto, la disfuncionalidad biológica transforma las concepciones y creencias, valores y costumbres establecidas como *normales* tanto para el sujeto que vive la enfermedad, como para quienes los rodean. En este sentido, la Medicina no contempla esta serie de cambios que se suceden en el plano psicosociocultural. Así por ejemplo, la Autoestima tiene un papel importante en las diferentes etapas de la vida del hombre, de ahí que los estímulos que el individuo reciba del medio en que se desenvuelve serán decisivos en su valoración personal.

Según Garay (2005):

La Autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano. El no tener una Autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye la resistencia ante las adversidades de la vida. (p. 10)

Según Molina (2006):

Diversas investigaciones han demostrado que en el período de ajuste al programa de tratamiento, los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica pasan por etapas de tensión emocional al igual que los sujetos que se someten a tratamientos exclusivamente prolongados dados la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales que tienen efectos psicológicos importantes. Este tipo de estudios manifiesta que los individuos con diabetes mellitus y nefropatía no solo se ven afectados físicamente, sino que desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad al requerir diálisis periódicas. (p. 17)

HEMODIÁLISIS Y EL PACIENTE

El inicio del tratamiento de hemodiálisis constituye un momento crucial para el paciente y sus familiares. Antes de entrar en programa de diálisis, la vida cotidiana de los enfermos crónicos transcurre de una manera más o menos normal, pero a partir de ese momento, su vida debe reestructurarse alrededor de la enfermedad y de su tratamiento.

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos: desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos.

Lo expuesto anteriormente puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida.

Las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo. (Molina, 2006. p. 6)

ÁMBITO PSICOLÓGICO DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS

La IRC no solo afecta a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos. Por lo que, para valorar el estado de salud de un paciente renal habría que tener en cuenta cómo se siente, además de su funcionamiento orgánico.

El mayor número de las investigaciones coinciden en que el impacto psicológico de la Insuficiencia Renal Crónica se relaciona con el tratamiento que recibe cada paciente, con el modo en que evolucionan los síntomas físicos y las enfermedades concomitantes, así como las estrategias que emplea cada paciente para adaptarse a los cambios dados por la enfermedad.

Sin embargo, Esguerra (2007), señala que:

Esto no ha sido confirmado en estudios posteriores en los que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos procedimientos, aunque los datos mantienen la dirección señalada. Los resultados más relevantes son los referidos a los efectos negativos de los tratamientos.

ÁMBITO SOCIAL DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS

El ser humano a través del aspecto biopsicosocial, recibe y manifiesta una serie de fenómenos, mismos que influyen en el proceso salud-enfermedad. Así mismo, las costumbres, creencias, representaciones sociales, actitudes, sistemas de relaciones y apoyo social, al igual que los estilos de vida, influyen en el pensar, sentir y actuar de los sujetos, expresándose en el contexto de su ambiente físico, social y cultural.

Sin embargo poco o nada se ha tratado al respecto, dejando de lado el trato humano de este tipo de pacientes, inclinándose al tratamiento de enfermedades y no de enfermos.

Reyes y Castañeda (2006), al respecto señalan:

En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica (en lo adelante IRC), los estudios de su esfera social son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa; situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados.

ÁMBITO ESPIRITUAL DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS

El paciente portador de enfermedades crónicas constantemente se depara con situaciones cuya complejidad va más allá del cuadro clínico provocado por la enfermedad, él lidia con el sufrimiento proveniente de experimentar momentos difíciles, de gran rechazo, culpas y luchas, que suceden cuando se trata de convivir harmónicamente con su condición de salud.

“La convivencia con la enfermedad y el doloroso tratamiento genera conflictos existenciales que pueden provocar angustia espiritual que, a su vez, agravan los síntomas físicos y emocionales y la capacidad para enfrentar la enfermedad.” Grant (2005 citado en Chaves, Carvalho, Terra, Souza, 2010, p. 13).

A respecto, Riva (2011), señala:

Vivir con una enfermedad crónica modifica la vida de las personas y su familia; sin embargo, en estas situaciones difíciles las personas se acercan más a Dios y a su espiritualidad, quieren ser valorados, respetados y amados. La satisfacción ante la vida se ve comprometida porque los cambios propios de la enfermedad afectan todas las di-mensiones del ser.

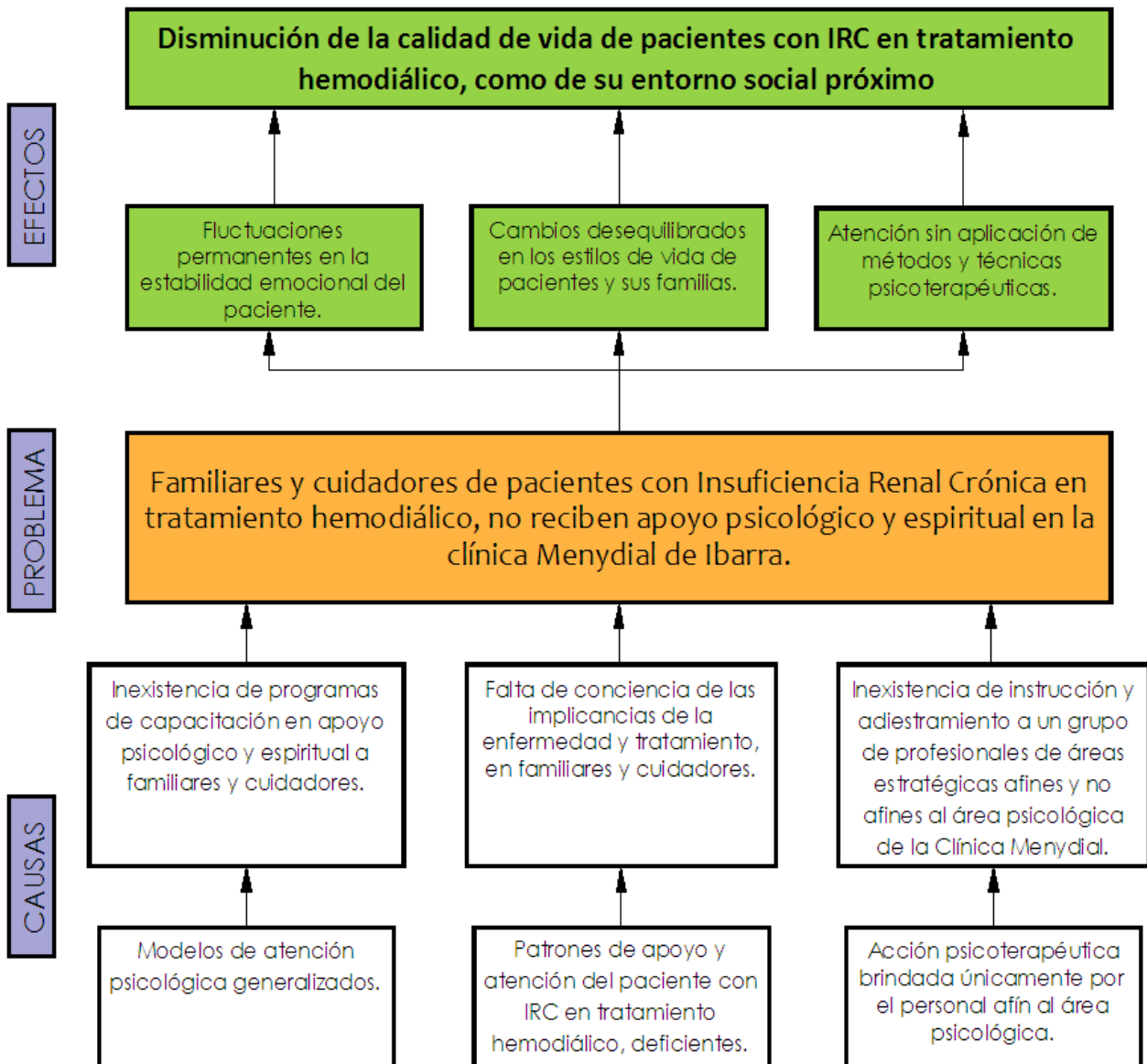
CAPÍTULO II

8. DISEÑO METODOLÓGICO

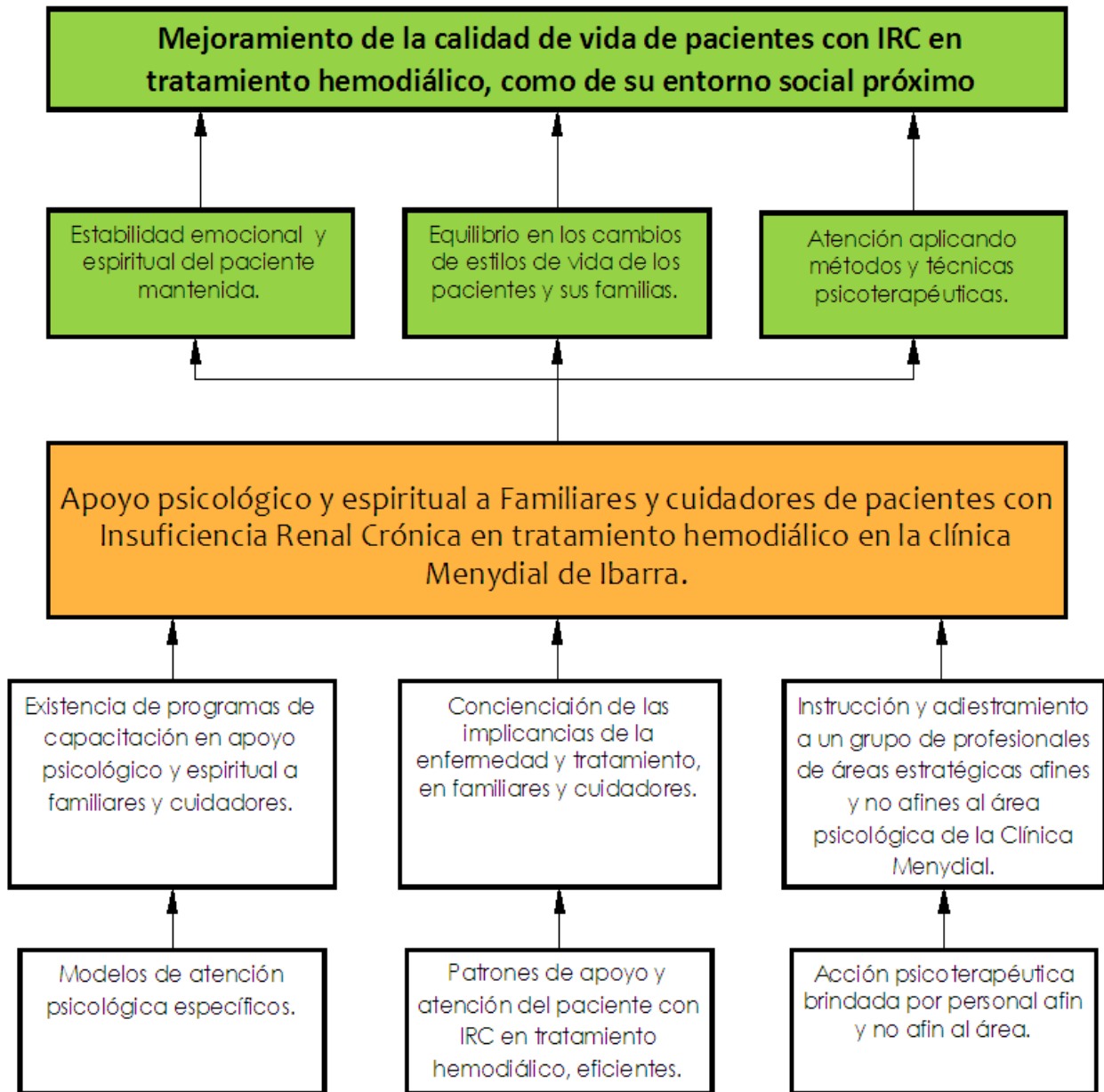
MATRIZ DE INVOLUCRADOS:

Grupos y/o Instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento Hemodiálico	Obtener herramientas de apoyo y afrontamiento a los efectos de su enfermedad y tratamiento clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano. • Demandan apoyo emocional y espiritual por parte de su círculo social próximo. 	Deficiencia en recursos emocionales y espirituales, que les permita afrontar el embate de la enfermedad y el difícil proceso de un tratamiento mitigante.
Familiares y cuidadores de los pacientes con IRC en tratamiento Hemodiálico	Ofrecer un mejor trato al paciente, a través del conocimiento de las implicancias de la enfermedad y el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano. • Demandan información respecto al contexto psicológico emocional de la enfermedad y su tratamiento. 	Deficiencia en la concienciación por parte de familiares y cuidadores, de las implicancias emocionales de la enfermedad y su tratamiento.
Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra	Mejorar la calidad de atención a sus usuarios directos e indirectos	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos. • Recursos materiales. • Recursos financieros. • Demandan asesoría técnica especializada en el área psicológica para mejorar la atención 	Deficiencia en ciertos aspectos por parte del personal de la institución no especializado en el área, en el abordaje psicológico - emocional de los pacientes; y la necesidad de mejorar aún más el servicio integral al paciente.
Pscl. Mauricio Coello Maestrante UTPL	Brindar la ejecución de un programa de instrucción y adiestramiento práctico adaptado al grupo social próximo del paciente, a fin mejorar el estilo de vida de este grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos. • Recursos materiales. • Recursos educativos. • Brindar un servicio basado en la Constitución del Estado que menciona en su artículo 50.- “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.” 	Desconocimiento del contexto psicológico, emocional y espiritual de la enfermedad y su tratamiento; así como de instrumento, métodos y técnicas de gestión integral en el manejo psicoterapéutico de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico.

ÁRBOL DE PROBLEMAS:



ÁRBOL DE OBJETIVOS:



MATRIZ DE MARCO LÓGICO:

Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p>Fin: Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, como de su entorno social próximo</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Observación • Retest Inventario de Coppersmith para Adultos (ver anexo 5) • Retest Inventario de Depresión de Zung (ver anexo 6) • Retest Escala numérica para evaluar síntomas espirituales ENESE (ver anexo 7) 	Participación del personal de forma activa y propositiva.
<p>Propósito: Apoyo psicológico y espiritual a Familiares y cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento hemodiálico en la clínica Menydia de Ibarra.</p>	100% del personal de la Clínica Menydia Ibarra, Familiares y cuidadores seleccionados de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, capacitados y adiestrados en el manejo de la enfermedad y el proceso terapéutico, hasta noviembre del 2012.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Psicológica • Control Historia Clínica Psicológica • Encuesta a una muestra de pacientes para determinar resultados • Evaluación de los procesos de instrucción y adiestramiento práctico. 	Familiares, cuidadores y personal seleccionado, capacitado, adiestrado y actuando.
<p>Resultados:</p> <p>1. Programa de Capacitación en apoyo psicológico y espiritual a familiares-cuidadores, y adiestramiento práctico al personal no afín al área psicológica, elaborado.</p> <p>2. Familiares-cuidadores de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, capacitados.</p> <p>3. Grupo de profesionales de áreas estratégicas afines y no afines al área psicológica de la Clínica Menydia, instruidos y adiestrados en el manejo básico de apoyo al paciente con IRC en tratamiento hemodiálico.</p>	<p>100% del Programa de capacitación adaptado al diagnóstico, elaborado y estructurado hasta septiembre del 2012.</p> <p>100% de familiares y cuidadores seleccionados, capacitados en las implicancias emocionales de la enfermedad, hasta noviembre del 2012.</p> <p>100% de Profesionales seleccionados de 4 áreas de la Clínica Menydia, instruidos y adiestrados en el manejo de técnicas y métodos psicoterapéuticos sistémicos básicos, hasta noviembre del 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de personas capacitadas. • Evaluaciones de personas capacitadas • Memorias de talleres • Normas escritas 	<p>Personal motivado a participar.</p> <p>Participación del personal, familiares y cuidadores de manera activa y propositiva.</p>

Resultado 1			
1.1. Exposición del informe de hallazgos cuantitativos y cualitativos del diagnóstico situacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Pscl. Mauricio Coello 	julio 2012	Materiales , tecnológicos y otros: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Memoria USB • Infocus: \$72,00 • Mat. impreso: \$6,00 • Esferos: \$2,00 • Pizarra Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositor: \$75,00
1.2. Reunión de trabajo con: directivos, personal especializado, familiares y cuidadores; para la aplicación del programa de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Pscl. Mauricio Coello • Personal de la Institución • Representantes de familiares y cuidadores 	julio 2012	Materiales , tecnológicos y otros: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Memoria USB • Infocus: \$72,00 • Mat. impreso: \$6,00 • Esferos: \$2,00 • Pizarra Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: \$125,00 • Investigador: \$110,00 • Secretaria: \$75,00
1.3. Estructuración del Programa de Capacitación en apoyo psicológico y espiritual.	Pscl. Mauricio Coello	agosto 2012	Materiales , tecnológicos y otros: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Mat. impreso: \$6,00 • Esferos: \$2,00 • Internet: \$15,00 • Bibliografía especializada: \$30,00 Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: \$125,00 • Investigador: \$110,00 • Facilitador: \$30,00 • Secretaria: \$75,00

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
Resultado 2			
2.1. Reunión de trabajo con directivos de la institución previa a la aplicación del programa de Capacitación, para definir lineamientos de aplicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Pscl. Mauricio Coello • Personal de la Institución 	agosto 2012	<p>Materiales , tecnológicos y otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Memoria USB • Infocus: \$72,00 • Mat. impreso • Esferos: \$2,00 • Pizarra <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: \$125,00 • Investigador: \$110,00 • Facilitador: \$30,00 • Secretaria: \$75,00
2.2. Elaboración e Impresión de material para entrega a los asistentes a los talleres de capacitación.	Pscl. Mauricio Coello	agosto 2012	<p>Materiales , tecnológicos y otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Mat. impreso: \$6,00 • Esferos: \$2,00 • Internet: \$15,00 <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secretaria: \$75,00
2.3. Ejecución de Talleres de Capacitación a familiares y cuidadores de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico.	<ul style="list-style-type: none"> • Pscl. Mauricio Coello • Familiares y cuidadores seleccionados de pacientes 	septiembre 2012	<p>Materiales , tecnológicos y otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Memoria USB • Infocus: \$72,00 • Mat. impreso • Esferos: \$2,00 • Pizarra <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: \$125,00 • Investigador: \$110,00 • Facilitador: \$30,00 • Secretaria: \$75,00

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
Resultado 3			
3.1. Reunión de trabajo con directivos de la institución, para determinar lineamientos en la ejecución del programa de instrucción y adiestramiento práctico del personal médico y en general de la institución	<ul style="list-style-type: none"> • Pscl. Mauricio Coello • Personal de la Institución 	Octubre 2012	Materiales , tecnológicos y otros: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Memoria USB • Infocus: \$72,00 • Mat. impreso • Esferos: \$2,00 • Pizarra Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: \$125,00 • Investigador: \$110,00 • Facilitador: \$30,00 • Secretaria: \$75,00
3.2. Elaboración e Impresión de material guía de contenidos teórico-técnicos para la instrucción y adiestramiento práctico.	Pscl. Mauricio Coello	Octubre 2012	Materiales , tecnológicos y otros: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Mat. impreso: \$6,00 • Esferos: \$2,00 • Internet: \$15,00 Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Secretaria: \$75,00
3.3. Ejecución de Talleres de instrucción y adiestramiento al grupo médico y demás personal de la Clínica de los riñones Menydia	<ul style="list-style-type: none"> • Pscl. Mauricio Coello • Personal seleccionado de la Institución 	Noviembre 2012	Materiales , tecnológicos y otros: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop: \$35,00 • Memoria USB • Infocus: \$72,00 • Mat. impreso • Esferos: \$2,00 • Pizarra Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: \$125,00 • Investigador: \$110,00 • Facilitador: \$30,00 • Secretaria: \$75,00

CAPÍTULO III

9. RESULTADOS:

RESULTADO 1

“Programa de Capacitación en apoyo psicológico y espiritual a familiares-cuidadores, y adiestramiento práctico al personal no afín al área psicológica. Elaborado”

✓ **Actividad 1.**

Exposición del informe de hallazgos cuantitativos y cualitativos del diagnóstico situacional

Luego de la compilación de datos recogidos mediante observación directa, entrevistas y encuestas, se realizó el respectivo informe del diagnóstico situacional (Ver Anexo # 1), mismo que mediante la elaboración de información estadística y su análisis, es decir, información cualitativa y cuantitativa; se dio a conocer a través de una exposición detallada a los actores de este Plan de Acción, los pormenores respecto a las condiciones sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes con IRC en tratamiento hemodialítico de la Clínica de los Riñones Menydial de la ciudad de Ibarra.

En esta acción encaminada a poner en consideración datos relevantes de las condiciones actuales de los pacientes, se procuró además dar a conocer información de estudios y tratamientos prometedores con grupos de similares condiciones, con el fin de orientarlos en la definición de la estructuración del programa de capacitación a familiares-cuidadores y personal no afín al área.

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo
1	Chávez Zoila	Administradora
2	Ortega Coronel Víctor Hugo	Médico especialista
3	León Juan Sebastián	Médico General
4	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera
5	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera
6	Ruth Pilco	Trabajadora Social
7	Miño Paola	Psicóloga Clínica
8	Reyes Amilcar	Familiar
9	Miño Segundo	Familiar

✓ **Actividad 2.**

Reunión de trabajo con: directivos, personal especializado, familiares y cuidadores; para la aplicación del programa de apoyo

Durante este proceso, en reunión del 6 de agosto de 2012 (ver anexo # 8. Oficio de solicitud de reunión), se determinó por parte de la administradora y personal del establecimiento, todas aquellas normas que servirían para incrementar el valor de contenidos de todo el Programa.

Se definió toda la estructura del Programa y quienes estarían designados a participar de la misma, resultando de este evento además, el acuerdo de objetivos específicos de la capacitación, mismos que fueron convenidos a través de una lluvia de ideas y participación activa de los asistentes, siendo estos:

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo
1	Chávez Zoila	Administradora
2	Ortega Coronel Víctor Hugo	Médico especialista
3	León Juan Sebastián	Médico General
4	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera
5	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera
6	Ruth Pilco	Trabajadora Social
7	Miño Paola	Psicóloga Clínica

De esta manera se definió los grupos a conformar, sus integrantes así como también el contenido del Programa de Capacitación, de determinó además que debía ser realizado en dos grupos; el primero de los conformado por familiares y cuidadores del pacientes, esto es por quienes no poseen conocimiento avanzado en el trato al paciente respecto a su esfera emocional y espiritual, mientras que el segundo grupo estaría conformado por el personal de la institución, es decir quienes ya poseen conocimientos sobre el tema.

Esto con el fin de dirigir de una mejor manera la información respectiva y lograr resultado más acordes a los distintos ámbitos.

✓ **Actividad 3.**

Estructuración del Programa de Capacitación en apoyo psicológico y espiritual

Una vez conocidas las pautas para la estructuración del Programa de Capacitación, se procedió a indagar bibliografía especializada y criterios médicos, especialmente de:

- Psicóloga Clínica del establecimiento
- Médico nefrólogo, especialista del establecimiento

De quienes se obtuvo datos importantes en el manejo específico de este tipo de pacientes, pues de esto dependería el aporte que se de a la institución, que tiene un buen manejo de los pacientes y por ende lo ofrecido debía apuntar a mejorar mucho más.

Se consultó bibliografía de importantes psicólogos a nivel nacional e internacional, así como publicaciones y trabajos que ahondaban en el tratamiento integral de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodiálico; contenido que estará reflejado en el contenido del Programa.

Se investigó adelantos y variaciones en las distintas corrientes psicoterapéuticas, además de determinarse las más aplicables para este tipo de pacientes y su contexto social. De igual manera métodos y técnicas que permitirían elevar el nivel respecto a los resultados deseados.

Se elaboró el marco teórico técnico de aplicación en base al diagnóstico situacional y los requerimientos del personal de la institución, procurando mantener una orientación clara de lo que significa el proceso psicoterapéutico dentro del amplio ámbito de especialidad de la psicología clínica, sirviéndose en todo momento de aspectos relevantes y esenciales de estudios anteriores en campos similares y con resultados positivos con el objetivo de brindar una correcta guía en el tratamiento psicológico de las afecciones que en esta tesis se trataron.

Este proceso estuvo enmarcado en una visión integral de pacientes crónicos en este caso específico pacientes con Insuficiencia Crónica en tratamiento Hemodiálico a fin de que el mismo pueda ser acogido dentro de un contexto más amplio que el tratado.

Así se formuló un marco teórico técnico de Capacitación Psicoterapéutica estructurado sistemáticamente en aspectos teóricos proyectados al campo práctico de estudios anteriores, y organizado en forma práctica, objetiva, didáctica y con la certificación y apoyo de profesionales acreditados lo cual brinda la confiabilidad y validez al mismo.

Cada uno de los elementos que componen este instrumento de la Capacitación se describe en el Anexo # 9. Contenido del Programa de Capacitación y adiestramiento.

Evaluación de resultado Nº 1 en relación al indicador designado

El Programa de capacitación adaptado al diagnóstico situacional fue elaborado y estructurado en un 100% hasta el mes de septiembre del 2012 en la Clínica de los riñones Menyrial de la ciudad de Ibarra.

ESTRUCTURA DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN APOYO PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL, ASÍ COMO Y ADIESTRAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

➤ **Bondades de la Capacitación**

- Brinda información concisa y manejable de la disposición psicoterapéutica, para una vigilancia constante al paciente en recaídas debidas a factores propios de su enfermedad o a su contexto social.
- Profundiza en el estudio de cada paciente como ser individual o “enfermo” a partir de su “enfermedad” común entre su grupo.
- Supone una ayuda de tipo social a personas con gran necesidad de asistencia psicológica y que por razones obvias el factor económico ha sido un limitante para obtenerla.
- No se limita al paciente sino que integra a familiares y personal de la institución, a fin de elevar los índices de resultados en la aplicación de lo aprendido.
- Se orienta a dos grupos: el primero conformado por familiares y personal no relacionado con el área psicológica de la institución, y el otro al personal médico y en especial al personal de psicología y trabajo social.

➤ **Elementos de la Capacitación**

El contenido del Programa está destinado a informar, concienciar y forjar la destreza del manejo de instrumentos claves para afrontar el escenario presente, toda la información utilizada está debidamente adaptada a los distintos grupos a capacitar, a fin de lograr un adiestramiento conforme a las capacidades de los mismos. Cabe señalar que el aspecto espiritual está debidamente dosificado y orientado dentro del contenido, esto a fin de procurar un nivel elevado de éxito en su manejo.

Así, el Programa se maneja en base a los siguientes contenidos:

- Programa de Capacitación (información y concienciación) dirigido a familiares y cuidadores.
- Programa de Instrucción y adiestramiento práctico, dirigido al grupo médico y demás personal de la Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra.

Programa de Capacitación en Apoyo Psicológico y Espiritual

Datos Informativos.

Dirigida a:

Familiares y cuidadores del paciente con IRC en tratamiento hemodialítico no relacionado con el área psicológica

Nº de personas:

25

Objetivo.

Aportar con un información y concienciación de las implicancias de la enfermedad y el tratamiento, orientada al mejoramiento de la calidad de vida del círculo social próximo al paciente.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN (INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN) PSICOTERAPÉUTICA									
Factor a intervenir	Objetivo Principal	Orientación Psicoterap.	Técnicas Psicoterapéuticas	Tipo	Forma de Atención	Recursos		Condiciones generales necesarias	
						Humanos	Materiales		
AUTOESTIMA-ESPIRITUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> * Entendiendo a la "Enfermedad" y al "Enfermo" * Abordaje de las deficiencias emocionales propias de los estados de pérdida, especialmente Autoestima, fomentando su equilibrio y desarrollo, previniendo además recaídas 	Informativa- Preventiva Básico	<ul style="list-style-type: none"> * Reflejo de sentimientos * Silencio * Asertividad 	Técnicas Comunicativas	A diario en los momentos y lugares posibles				
			<ul style="list-style-type: none"> * Asignación de tareas 	Técnicas Sistémicas					
DEPRESIÓN-ESPIRITUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> * Afrontando la enfermedad y el tratamiento. * Signos y síntomas emocionales y espirituales para advertir el apareamiento de Depresión y fomentar estrategias de afrontamiento. 	Informativa- Preventiva Básico	<ul style="list-style-type: none"> * Proporción de información * Generalización * Incitación general * Reafirmación * Reflejo de sentimientos * Silencio 	Técnicas Comunicativas	A diario en los momentos y lugares posibles	<ul style="list-style-type: none"> * Paciente * Familiares del círculo más cercano 	Ninguno específico	<ul style="list-style-type: none"> * Deseos de ayudar * Empatía 	
			<ul style="list-style-type: none"> * Sintonización de reposo * Técnica de relación de M. Bounes y J. Berges 	Técnicas de Relajación					
			<ul style="list-style-type: none"> * Listado de actividades potencialmente agradables * Programación semanal de actividades * Asignación de tareas graduales 	Técnicas Conductuales					
			<ul style="list-style-type: none"> * Adquisición de habilidades sociales * Estimular el mejoramiento de las relaciones afectivas del paciente 	Técnicas Interpersonales					

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO HEMODIÁLICO								
Factor a intervenir	Objetivo Principal	Orientación Psicoterap.	Técnicas Psicoterapéuticas	Tipo	Forma de Atención	Recursos		Condiciones generales necesarias
						Humanos	Materiales	
DEPRESIÓN	Ausencia de Depresión Advertir el apareamiento de Depresión y fomentar estrategias de afrontamiento	Curativo Preventiva	* Reformulación del contenido * Recapitulación * Intervención Dramatizada * Proporción de Información * Generalización * Incitación general * Reafirmación * Reflejo de sentimientos * Silencio * Aclaración	Técnicas Comunicativas	Consulta Individual en Consultorio de la Institución	* Terapeuta	* Consultorio	* Sesiones en lo posible previas al tratamiento hemodiálisis
	Depresión Leve Tratar la situación actual del paciente disminuyendo sus síntomas depresivos y detener la progresión de su cuadro		* Sintonización de reposo * Técnica de relación de M. Bounes y J. Berges	Técnicas de Relajación		* Paciente	* Camilla	
	Depresión Moderada Tratar la situación actual del paciente eliminando sus síntomas depresivos y revertir la progresión de su cuadro evitando recaídas		* Detección de pensamientos automáticos (PA) * Investigación de la acción de los PA en la conducta del paciente * Entrenamiento en observación y registro de cogniciones * Registro diario de pensamientos automáticos * Análisis y síntesis del pensamiento * Clasificación de las cogniciones * Exposición de pensamientos automáticos a la realidad * Reatribución Búsqueda de interpretaciones alternativas	Técnicas Cognitivas		* Personas de su círculo más cercano (pareja, hijos, padres, cuidadores, etc.)	* Recursos Audiovisuales e impresos	* Asistencia de familiares al llamamiento

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN Y ADIESTRAMIENTO PRÁCTICO EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA BÁSICA

Datos Informativos.

Dirigida a: Personal seleccionado de 4 áreas de la Clínica de los riñones Menyrial de la ciudad de Ibarra

N° de personas: 4

Objetivo: Aportar con un Instrucción y Adiestramiento en técnicas y métodos sistémicos orientados al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN Y ADIESTRAMIENTO PRÁCTICO EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA BÁSICA								
Factor a intervenir	Objetivo Principal	Orientación Psicoterap.	Adiestramiento en	Tipo	Forma de Atención	Recursos		Condiciones generales necesarias
						Humanos	Materiales	
AUTOESTIMA	Autoestima Baja Compensar las deficiencias de Autoestima, fomentando su equilibrio y desarrollo, previniendo además recaídas	Abordaje, información y práctica Curativo Preventiva	* Reformulación del contenido * Recapitulación * Intervención Dramatizada * Proporción de Información * Generalización * Incitación general * Reafirmación * Reflejo de sentimientos * Silencio * Aclaración	Técnicas Comunicativas	En el evento requerido-Consulta Individual en Consultorio de la Institución	* Paciente	* Consultorio * Camilla	* Sesiones en lo posible previas al tratamiento hemodiálico
	Autoestima Media Mantener el equilibrio y progresivamente incrementar el nivel de Autoestima en lo posible		* Proporción de Información * Resolución de problemas * Modificación de errores de razonamiento e implantación de razonamientos lógicos * Autocontrol * Asertividad	Técnicas Racionales-Cognitivo Conductuales		* Personal capacitado	* Recursos Audiovisuales e impresos	* Asistencia de familiares al llamamiento
	Autoestima Alta Mantener el equilibrio y progresivamente incrementar el nivel de Autoestima en lo posible		* Mantenimiento * Rastreo * Reenmarcación * Asignación de tareas	Técnicas Sistémicas			* Materiales de oficina	* Acceso a información y apoyo de las otras especialidades de forma permanente

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN Y ADIESTRAMIENTO PRÁCTICO EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA BÁSICA

Factor a intervenir	Objetivo Principal	Orientación Psicoterap.	Adiestramiento en	Tipo	Forma de Atención	Recursos		Condiciones generales necesarias
						Humanos	Materiales	
DEPRESIÓN	Ausencia de Depresión Advertir el apareamiento de Depresión y fomentar estrategias de afrontamiento	Abordaje, información y práctica Curativo Preventiva	* Reformulación del contenido * Recapitulación * Intervención Dramatizada * Proporción de Información * Generalización * Incitación general * Reafirmación * Reflejo de sentimientos * Silencio * Aclaración	Técnicas Comunicativas	En el evento requerido-Consulta Individual en Consultorio de la Institución		* Consultorio	* Sesiones en lo posible previas al tratamiento hemodiálisis
	Depresión Leve Tratar la situación actual del paciente disminuyendo sus síntomas depresivos y detener la progresión de su cuadro		* Sintonización de reposo * Técnica de relación de M. Bounes y J. Berges	Técnicas de Relajación			* Camilla	
	Depresión Moderada Tratar la situación actual del paciente eliminando sus síntomas depresivos y revertir la progresión de su cuadro evitando recaídas		* Detección de pensamientos automáticos (PA) * Investigación de la acción de los PA en la conducta del paciente * Entrenamiento en observación y registro de cogniciones * Registro diario de pensamientos automáticos * Análisis y síntesis del pensamiento * Clasificación de las cogniciones * Exposición de pensamientos automáticos a la realidad * Reatribución Búsqueda de interpretaciones alternativas	Técnicas Cognitivas		* Paciente	* Personal capacitado	* Recursos Audiovisuales e impresos

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN Y ADIESTRAMIENTO PRÁCTICO EN PSICOTERAPIA SISTEMICA BÁSICA

Factor a intervenir	Objetivo Principal	Orientación Psicoterap.	Adiestramiento en	Tipo	Forma de Atención	Recursos		Condiciones generales necesarias
						Humanos	Materiales	
DEPRESIÓN	<p>Depresión Grave Tratar la situación actual del paciente disminuyendo sus síntomas depresivos y revertir la progresión de su cuadro evitando recaídas</p>	Abordaje, información y práctica Curativo Preventiva	<ul style="list-style-type: none"> * Listado de actividades potencialmente agradables * Listado de actividades de Dominio * Programación semanal de actividades * Asignación de tareas graduales * Práctica cognitiva 	Técnicas Conductuales	En el evento requerido-Consulta Individual en Consultorio de la Institución		* Materiales de oficina	* Acceso a información y apoyo de las otras especialidades de forma permanente
		Abordaje, información y práctica en eventos de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> * Adquisición de habilidades sociales * Detección de pautas de interacción disfuncionales. 	Técnicas Interpersonales				
	<p>Psicoterapia breve Aislar los aspectos irracionales de las reacciones consideradas normales a la situación real, en nuestro caso su patología crónica y tratamiento médico.</p>	Abordaje, información y práctica en eventos de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> * Actitud realista ante la gravedad del padecimiento * Educar intelectualmente al paciente * Explorar el significado específico de las ideas o miedos a la muerte * Estimular el mejoramiento de las relaciones afectivas del paciente * Considerar las particularidades de su patología. 	Técnicas en estados somáticos graves		* Paciente	<ul style="list-style-type: none"> * Consultorio * Camilla * Recursos Audiovisuales e impresos * Materiales de oficina 	<ul style="list-style-type: none"> * Sesiones con horarios sujetos a cambios dependiendo de la situación * Asistencia de familiares al llamamiento * Acceso a información y apoyo de las otras especialidades de forma permanente
						* Personal capacitado		

RESULTADO 2

“Familiares-cuidadores de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico. Capacitados”

✓ Actividad 1.

Reunión de trabajo con directivos de la institución previa a la aplicación del programa de Capacitación, para definir lineamientos de aplicación

Esta reunión se la programó con la suficiente anticipación, siendo el día determinado para la misma el día sábado 11 de agosto del 2012 a las 10:00.

A tal evento estuvieron convocadas las siguientes personas:

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo
1	Chávez Zoila	Administradora
2	Ortega Coronel Víctor Hugo	Médico especialista
3	León Juan Sebastián	Médico General
4	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera
5	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera
6	Ruth Pilco	Trabajadora Social
7	Miño Paola	Psicóloga Clínica
8	Reyes Amilcar	Familiar
9	Miño Segundo	Familiar

El día previsto, a decir, 11 de agosto del 2012 a las 10:00, se dio lugar a la Reunión de Trabajo con la asistencia de 6 personas de las 9 convocadas.

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo
1	Chávez Zoila	Administradora
2	León Juan Sebastián	Médico General
3	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera
4	Miño Paola	Psicóloga Clínica
5	Reyes Amilcar	Familiar
6	Miño Segundo	Familiar

Luego de la misma se definieron algunos aspectos previos a la Capacitación, dejando ultimados todos los elementos necesarios para arrancar con el Programa de Capacitación teórica y adiestramiento práctico sobre nuevas tendencias integrativas en el tratamiento integral de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra.

Se definió por ejemplo:

- 1. Fechas de inicio y terminación:** del 13 al 17 de agosto del 2012.
- 2. Disposición de asistente a talleres:** 3 talleres a la semana a un *Grupo 1 básico (información y concienciación)*: conformado por familiares o cuidadores de los pacientes, en número de 8.
- 3. Horario de Talleres:** de 9 a 10:30 de la mañana los días lunes, miércoles y viernes.
- 4. Evaluación:** Al respecto se determinó que la evaluación se realizaría en base a los instrumentos elaborados para el efecto y apegados a los lineamientos establecidos en la reunión de trabajo realizada.

➤ **Actividad 2:**

Elaboración e Impresión de material para entrega a los asistentes a los talleres de capacitación

Tabla # 30.

Detalle de Material elaborado		
Descripción	Nº de impresiones	Observación
Diapositivas de apoyo para los talleres		
Esquema de contenidos de la Capacitación en general	12	Ver contenidos
Guía didáctica del procedimiento de Capacitación	12	Ver Anexo 10
Portafolios de evidencias <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de qué sé; qué quiero saber y que aprendí • Reporte de bitácora • Mapa conceptual • Cuadro comparativo 	12	Ver Anexo 11 A11.1 A11.2 A11.3 A11.4
Compendio de textos de contenido espiritual	12	Ver Anexo 12
Registro de Asistencia	12	Ver Anexo 13
Evaluación del capacitador	12	Ver Anexo 14

ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Todo este material fue elaborado específicamente para este evento a fin de mantener un orden y contar con instrumentos para la respectiva medición de resultados totales y parciales del Programa de Capacitación teórica y adiestramiento práctico sobre nuevas tendencias integrativas en el tratamiento integral de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico

✓ **Actividad 3.**

Ejecución de Talleres de Capacitación a familiares y cuidadores de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico

Estos talleres se llevaron a cabo a partir del día lunes 13 de agosto del 2012 hasta el día sábado 18 de agosto del 2012, en el mismo se ejecutaron los contenidos basados en el diagnóstico y requerimientos de la institución y representante de los familiares y cuidadores de los pacientes tratados en la Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ibarra. Especialmente se abordó generalidades de la enfermedad, repercusiones de orden emocional y espiritual de la patología y el proceso de tratamiento, a fin de concienciar a los presentes del contexto de la enfermedad.

La guía didáctica abarcó cada contenido propuesto, permitiendo un control del desarrollo de esta programación por parte del capacitador, mientras que la participación de cada uno de los asistentes se vio matizada por el entusiasmo y colaboración, siendo quienes participaron de este evento:

Tabla # 31.

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo	Grupo	Horario
1	Chávez Zoila	Administradora	1 básico	L, M, V
2	Reyes Amilcar	Familiar	1 básico	L, M, V
3	Miño Segundo	Familiar	1 básico	L, M, V
4	Mugmal Luisa	Familiar	1 básico	L, M, V
5	Robles Carlos	Familiar	1 básico	L, M, V
6	Andrade Cristina	Cuidadora	1 básico	L, M, V
7	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera	1 básico	L, M, V
8	Arteaga Juan Carlos	Técnico en diálisis	1 básico	L, M, V

Evaluación a corto plazo de resultados de la acción

Esta evaluación se basó principalmente en lo aprehendido en la Capacitación propiamente dicha, dejando como instrumento de evaluación por parte del capacitador el Portafolio de evidencias (Ver nexa # 11), mientras que por parte de los asistentes la evaluación al capacitador (ver Anexo # 14).

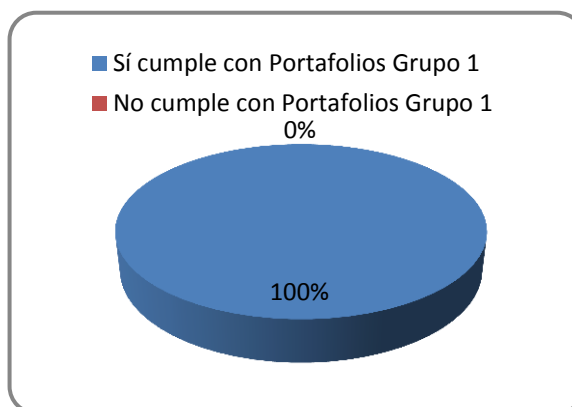
Datos de la evaluación al Portafolios de evidencias:

Tabla # 32. Evaluación al Portafolio de evidencias grupo 1 y 2

VARIABLE	F	%
Sí cumple con Portafolios Grupo 1	8	100
No cumple con Portafolios Grupo 1	0	0
TOTAL	8	100

FUENTE: Clínica Menydia, agosto 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 32.- Evaluación al portafolio de evidencias



FUENTE: Tabla # 32

Análisis Tabla y Gráfico # 32

- Se puede observar el cumplimiento total respecto a la presentación del instrumento "Portafolios de evidencias", para el grupo básico 1 de información y concienciación.

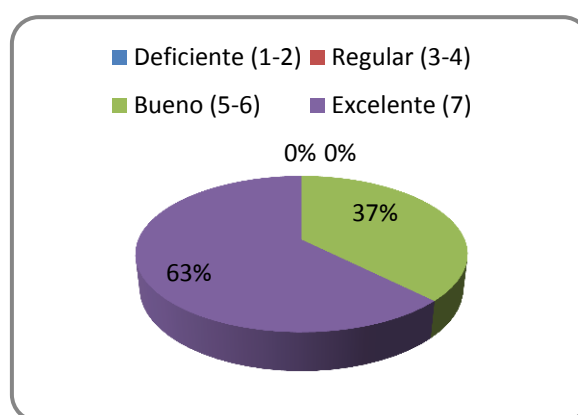
Los datos arrojados en la evaluación a la Capacitación por parte de los asistentes fueron:

Tabla # 33. Evaluación a la Capacitación Grupo 1 de información y concienciación

VARIABLE	F	%
Deficiente (1-2)	0	0
Regular (3-4)	0	0
Bueno (5-6)	3	37
Excelente (7)	5	63
TOTAL	8	100

*FUENTE: Clínica Menydia, agosto 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.*

Gráfico # 33.- Evaluación a la capacitación Grupo 1 información y concienciación



FUENTE: Tabla # 33

Análisis Tabla y Gráfico # 33

- Se puede observar respecto a la valuación a la Capacitación, por parte de los asistentes en el primer grupo de información y concienciación, fue muy satisfactoria, obteniendo en los dos grupos más altos en cuanto a la puntuación, es decir, Bueno y Satisfactoria; quedando en evidencia la buena labor realizada.

Evaluación de resultado Nº 2 en relación al indicador designado

Hasta el mes de septiembre del 2012 se logró capacitar al 100% de familiares y cuidadores seleccionados, en las implicancias emocionales del padecimiento de IRC en tratamiento hemodiálico.

RESULTADO 3

“Grupo de profesionales de áreas estratégicas afines y no afines al área psicológica de la Clínica Menydia, instruidos y adiestrados en el manejo básico de apoyo al paciente con IRC en tratamiento hemodiálico”

✓ **Actividad 1.**

Reunión de trabajo con directivos de la institución, para determinar lineamientos en la ejecución del programa de instrucción y adiestramiento práctico del personal médico y en general de la institución

Esta reunión fue programada con la suficiente antelación (Ver Anexo # 15. Invitación) a fin de que quienes eran incitados acudan a tal invitación a realizar su aporte respectivo, pues debido al nivel de importancia que revestía la acción, se necesitaba un sondeo de lo requerido y plantearse lineamientos para la acción de adiestramiento; siendo el día determinado para la misma el día sábado 13 de Octubre del 2012 a las 9:00.

A tal evento estuvieron convocadas las siguientes personas:

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo
1	Chávez Zoila	Administradora
2	Ortega Coronel Víctor Hugo	Médico especialista
3	León Juan Sebastián	Médico General
4	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera
5	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera
6	Ruth Pilco	Trabajadora Social
7	Miño Paola	Psicóloga Clínica
8	Arteaga Juan Carlos	Técnico en diálisis

El día previsto, a decir, 13 de octubre del 2012 a las 9:00, se dio lugar a la Reunión de Trabajo con la asistencia de 8 personas de las 8 convocadas.

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo
1	Chávez Zoila	Administradora
2	Ortega Coronel Víctor Hugo	Médico especialista
3	León Juan Sebastián	Médico General
4	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera
5	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera
6	Ruth Pilco	Trabajadora Social
7	Miño Paola	Psicóloga Clínica
8	Arteaga Juan Carlos	Técnico en diálisis

En esta reunión de trabajo se definieron algunos aspectos previos a la Capacitación, dejando ultimados todos los elementos necesarios para arrancar con el Programa de Adiestramiento en el manejo de técnicas y métodos psicoterapéuticos sistémicos básicos para personal seleccionado de áreas estratégicas de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra.

Se definió por ejemplo:

- 1. Fechas de inicio y terminación:** del 15 al 20 de octubre del 2012.
- 2. Disposición de asistente a talleres:** 6 talleres a la semana al grupo conformado por 8 personas, a decir: médico especialista, médico general, psicóloga, trabajadora social, administradora, 2 enfermeras en relación directa en el proceso de tratamiento y 1 técnico de diálisis.
- 3. Horario de Talleres:** de 15:00 a 16:30 los días martes, miércoles; de 9:00 a 10:30 lunes jueves y viernes; y sábado de 8:00 a 10:00.
- 4. Evaluación:** Al respecto se determinó que si bien es cierto se contaba con material para evaluación inmediata de la capacitación propiamente dicha, por tratarse de un adiestramiento, se necesitaba evidencia de los resultados a largo plazo, por lo que, se solicitó por parte de la Administración como favor especial, realizar una evaluación luego de 6 o 7 meses para verificar niveles de resultados.

➤ **Actividad 2:**

Elaboración e Impresión de material guía de contenidos teórico-técnicos para la instrucción y adiestramiento práctico

Tabla # 34.

Detalle de Material elaborado		
Descripción	Nº de impresiones	Observación
Diapositivas de apoyo para los talleres		
Esquema de contenidos de la Capacitación en general	12	Ver contenidos
Guía didáctica del procedimiento de Capacitación	12	Ver Anexo 10
Portafolios de evidencias <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de qué sé; qué quiero saber y que aprendí • Reporte de bitácora • Mapa conceptual • Cuadro comparativo 	12	Ver Anexo 11 A11.1 A11.2 A11.3 A11.4
Registro de Asistencia	12	Ver Anexo 13
Evaluación del capacitador	12	Ver Anexo 14

ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Todo este material fue elaborado específicamente para este evento a fin de mantener un orden y contar con instrumentos para la respectiva medición de resultados totales y parciales del Programa de Capacitación teórica y adiestramiento práctico sobre nuevas tendencias integrativas en el tratamiento integral de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico

✓ **Actividad 3.**

Ejecución de Talleres de instrucción y adiestramiento al grupo médico y demás personal de la Clínica de los riñones Menydia

Este taller práctico de 6 días de duración, se llevó a cabo a partir del día lunes 15 de octubre del 2012 hasta el día sábado 20 de octubre del 2012, en el mismo se abordó al evento traumático, sintomatología y semiología psiquiátrica de la enfermedad, para posteriormente iniciar con la instrucción en el manejo de técnica y métodos básicos de orden psicoterapéutico con una orientación sistemática humanista.

La guía didáctica abarcó cada contenido propuesto, permitiendo un control del desarrollo de esta programación por parte del capacitador, mientras que la participación de cada uno de los asistentes se vio matizada por el entusiasmo y colaboración, siendo quienes participaron de este evento:

Tabla # 35.

Nº	Nombres y Apellidos	Cargo	Grupo	Horario
1	Chávez Zoila	Administradora	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
2	Ruth Pilco	Trabajadora Social	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
3	Miño Paola	Psicóloga Clínica	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
4	Ortega Coronel Víctor Hugo	Médico especialista	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
5	Flores Ruales Carlos Eduardo	Médico General	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
6	Palacios Heredia Nancy Elizabeth	Enfermera	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
7	Oña Toapanta Elba Fernanda	Enfermera	2 avanzado	L, M, M, J, V, S
8	Arteaga Juan Carlos	Técnico en diálisis	2 avanzado	L, M, M, J, V, S

Evaluación de resultados de la acción a corto plazo y delineamientos para la evaluación a largo plazo

Esta evaluación se basó principalmente en lo aprehendido en la Capacitación propiamente dicha, dejando como instrumento de evaluación por parte del capacitador el Portafolio de evidencias (Ver nexa # 11), mientras que por parte de los asistentes la evaluación al capacitador (ver Anexo # 14).

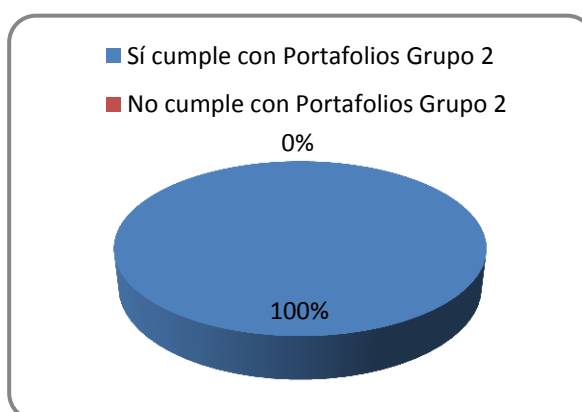
Datos de la evaluación al Portafolios de evidencias:

Tabla # 36. Evaluación al Portafolio de evidencias grupo 1 y 2

VARIABLE	F	%
Sí cumple con Portafolios Grupo 2	8	100
No cumple con Portafolios Grupo 1	0	0
TOTAL	8	100

*FUENTE: Clínica Menydia, octubre 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.*

Gráfico # 36.- Evaluación al portafolio de evidencias



FUENTE: Tabla # 32

Análisis Tabla y Gráfico # 36

- Se puede observar el cumplimiento total respecto a la presentación del instrumento “Portafolios de evidencias”, para el grupo 2 de instrucción y adiestramiento.

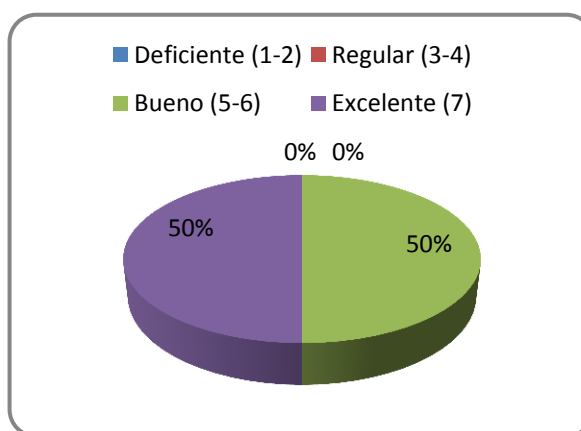
Los datos arrojados en la evaluación a la Capacitación por parte de los asistentes fueron:

Tabla # 37. Evaluación a la Capacitación Grupo 2 de instrucción y adiestramiento

VARIABLE	F	%
Deficiente (1-2)	0	0
Regular (3-4)	0	0
Bueno (5-6)	4	50
Excelente (7)	4	50
TOTAL	8	100

FUENTE: Clínica Menydia, octubre 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 37.- Evaluación a la Capacitación Grupo 2 de instrucción y adiestramiento



FUENTE: Tabla # 33

Análisis Tabla y Gráfico # 37

- Se puede observar respecto a la valuación a la Capacitación, por parte de los asistentes del grupo 2 de instrucción y adiestramiento básico, fue satisfactoria, siendo ubicada en los dos grupos más altos en cuanto a la puntuación, es decir, Bueno y Satisfactoria; quedando en evidencia la buena labor realizada.

Evaluación de resultado N° 3 en relación al indicador designado

Hasta el mes de septiembre del 2012 se logró instruir y adiestrar al 100% de profesionales seleccionados de 4 áreas de la Clínica de los Riñones Menydia de Ibarra, en el manejo de técnicas y métodos psicoterapéuticos sistémicos básicos para el tratamiento de pacientes con IRC.

10.COMPROBACIÓN DE INDICADORES DE PROPÓSITO Y FIN

PROPÓSITO: Apoyo psicológico y espiritual a Familiares y cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento hemodiálico en la clínica Menydia de Ibarra:

- *100% del personal médico y de otras áreas de la Clínica Menydia Ibarra, Familiares y cuidadores de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, capacitados y adiestrados en el manejo de la enfermedad y el proceso terapéutico, hasta noviembre del 2012.*

Al respecto, se alcanzó un alto nivel de concienciación respecto al manejo adecuado e integral de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, esto gracias a una correcta orientación del Programa estructurado y adaptado al grupo específico, mismo que brindó la fiabilidad de llegar a los objetivos planteados por su flexibilidad, innovación y distinto nivel de complejidad.

Cada taller ejecutado tuvo un como factor común, una simbiosis entre los participantes, detalle que se reflejó en resultados gratificantes que se consolidaron en acciones determinadas que sustentaron esta percepción.

Así, los procedimientos de entrevista psicológica realizados a una muestra de pacientes, como el control de la historia clínica psicológica, demostraron un avance prometedor de la acción efectuada respecto a la concienciación e integración como apoyo a familiares y cuidadores de los pacientes atendidos. Para tal aseveración se tomó en cuenta el resultado de la encuesta realizada a una muestra de 15 pacientes. (ver anexo # 16).

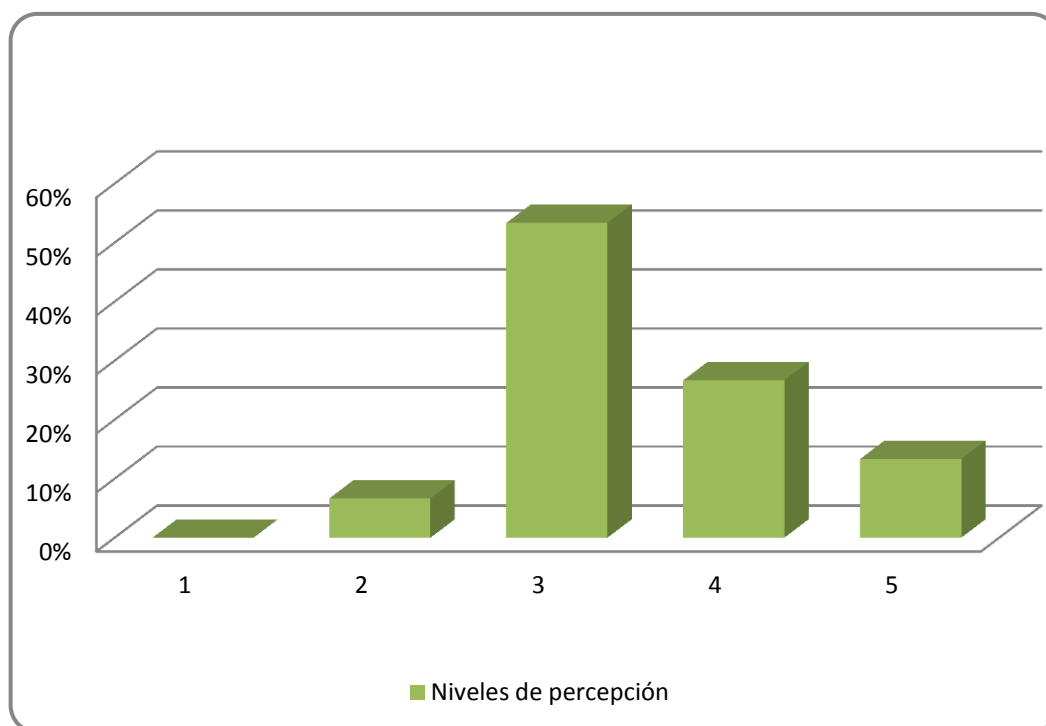
Tabla # 38. Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Nº	Pregunta	Niveles de Percepción					TOTAL
		1	2	3	4	5	
1	Siente apoyo por parte de su familia?	0	1	8	4	2	15
		0%	7%	53%	27%	13%	100%
2	Se siente comprendido en su dolencia?	1	3	6	3	2	15
		7%	20%	40%	20%	13%	100%
3	Siente que cuenta con nuevas formas de afrontar su enfermedad?	1	4	5	4	1	15
		7%	27%	33%	27%	7%	100%
4	Siente un cambio en la actitud de sus familiares o cuidadores?	0	3	7	3	2	15
		0%	20%	47%	20%	13%	100%
5	Califique la atención recibida por parte de sus cuidadores o familiares cercanos	0	2	4	8	1	15
		0%	13%	27%	53%	7%	100%
6	Califique la atención recibida por parte del personal de la institución en el último mes	0	1	5	6	3	15
		0%	7%	33%	40%	20%	100%

FUENTE: Clínica Menydia, noviembre 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 38.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Pregunta Nº 1: Siente apoyo por parte de su familia?



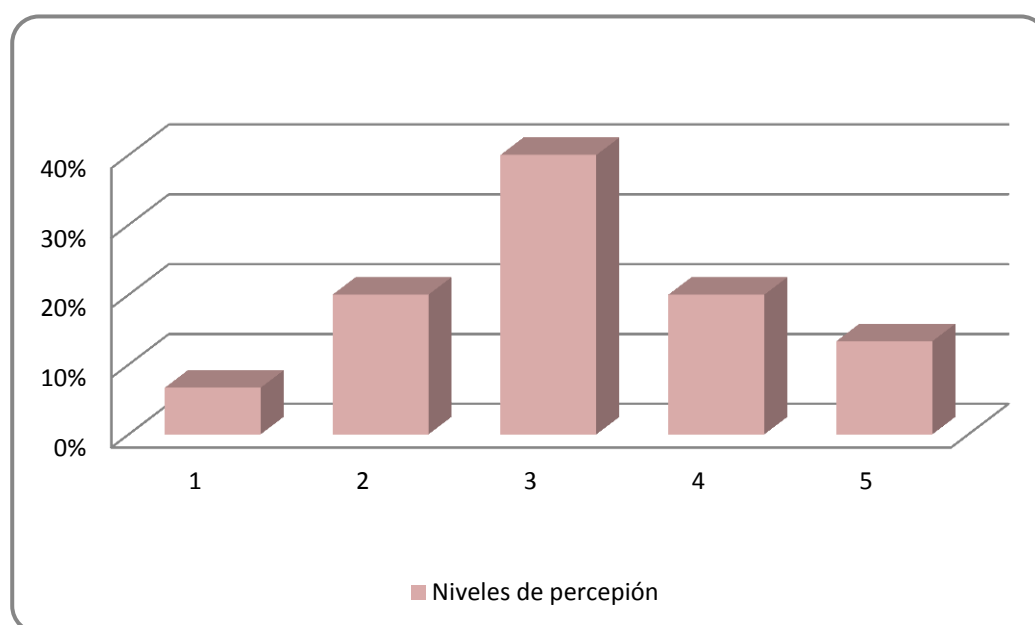
FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 38

- Se puede observar respecto a la contestación brindada por parte de los participantes en la encuesta que de acuerdo a su percepción, el mayor número se inclina por considerar que a partir de la acción implementada con familiares y cuidadores, el trato hacia ellos, específicamente el apoyo brindado por su parte es mayor que antes de la ejecución del Plan de Acción. Siendo los porcentajes alcanzados, los esperados a corto plazo, quedando aún el seguimiento como herramienta que afirme el resultado obtenido.

Gráfico # 39.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Pregunta Nº 2: *Se siente comprendido en su dolencia?*



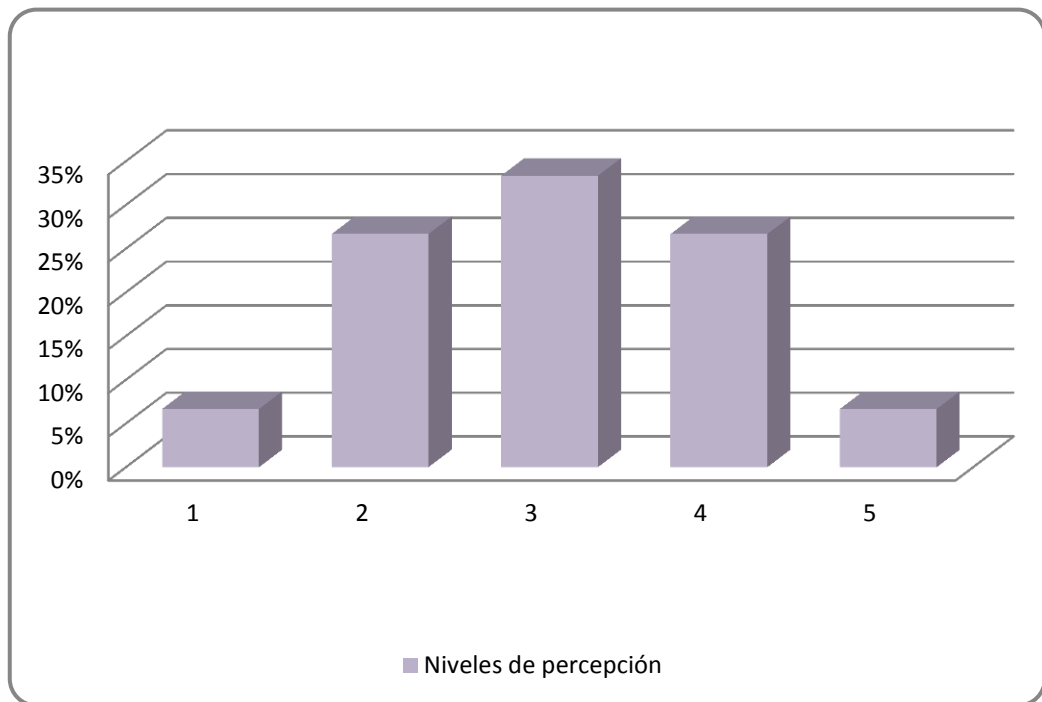
FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 39

- Al analizar los resultados obtenidos en base a las respuestas del instrumento de encuesta, posterior a la ejecución del Plan de acción, en lo que respecta a la pregunta # 2, podemos observar un resultado deseado, es decir, se encuentra ligeramente por encima de la media, con inclinación a la mejora en la percepción del paciente a si “se siente comprendido en su dolencia”; esto seguramente como producto de una concienciación por parte de familiares y cuidadores de las implicancias de la enfermedad y el tratamiento. Esto determina entonces el éxito a corto plazo de la acción ejecutada y de rol preponderante como recurso de apoyo al paciente.

Gráfico # 40.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Pregunta Nº 3: *Siente que cuenta con nuevas formas de afrontar su enfermedad?*



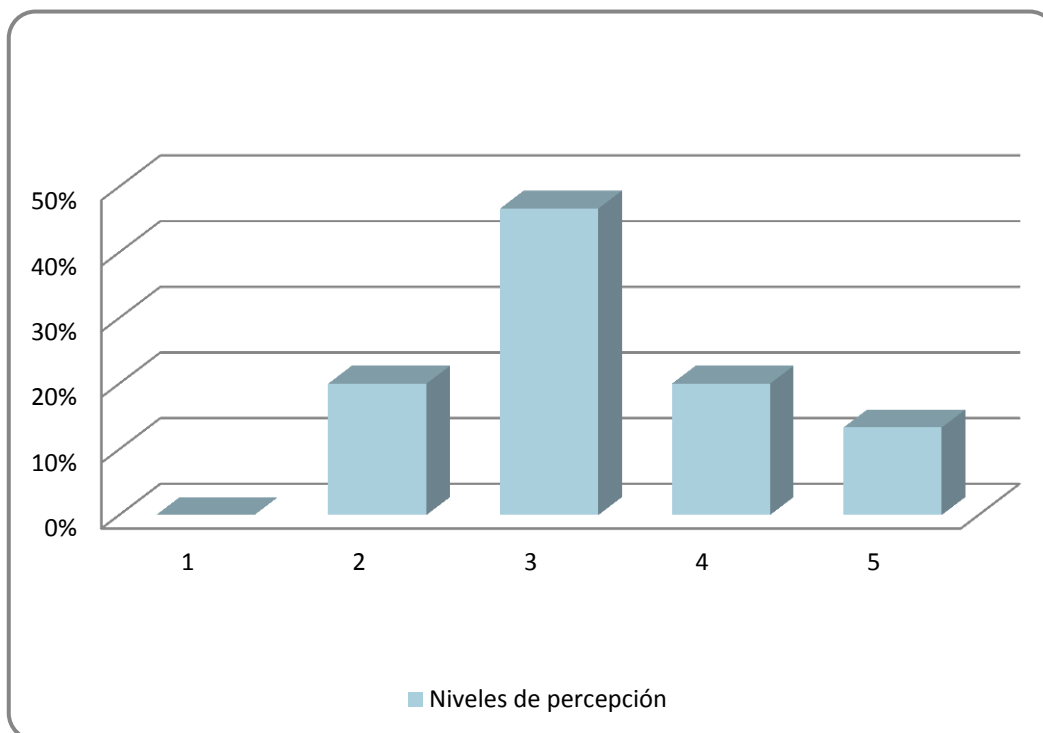
FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 40

- A los resultados de la pregunta #3 de la encuesta, se los puede asumir como alentadores, pues mantiene la misma orientación de las anteriores con ligera inclinación hacia el área esperada; sin embargo los niveles por debajo de la media aun son alto, esto seguramente debido a la prontitud de la evaluación, pues es claro que para la adopción de nuevas estrategias en el afrontamiento de la patología y el proceso de tratamiento, hace falta por lo menos 6 meses, sumado a esto está el hecho del tiempo de tratamiento de cada paciente, lo cual se convierte en un determinante en la adopción de recursos de afrontamiento.

Gráfico # 41.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Pregunta Nº 4: *Siente un cambio en la actitud de sus familiares o cuidadores?*



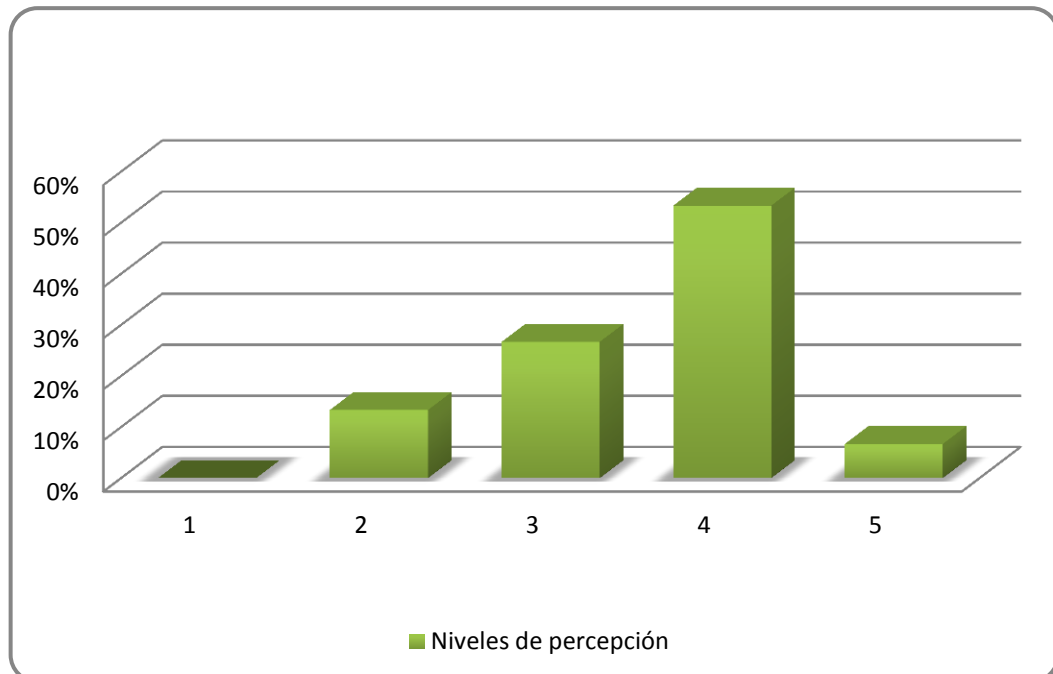
FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 41

- En base a lo obtenido como respuestas a la pregunta #4 del instrumento de encuesta, se evidencia un movimiento de la percepción inicial en relación a la percepción de mala actitud por parte de familiares y cuidadores hacia el paciente, dato tomado de la entrevistas personales realizadas como línea base previo la ejecución de este Plan de acción; es decir, luego de la aplicación del programa de concienciación, en apariencia se está logrando un vuelco en la actitud del grupo social próximo del paciente, lo cual a medida de su reforzamiento por parte del grupo estratégico conformado por personal de la institución, se logrará mejores resultados a largo plazo de brinden una mejor calidad de vida a los pacientes y su grupo social próximo.

Gráfico # 42.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Pregunta Nº 5: *Califique la atención recibida por parte de sus cuidadores o familiares cercanos*



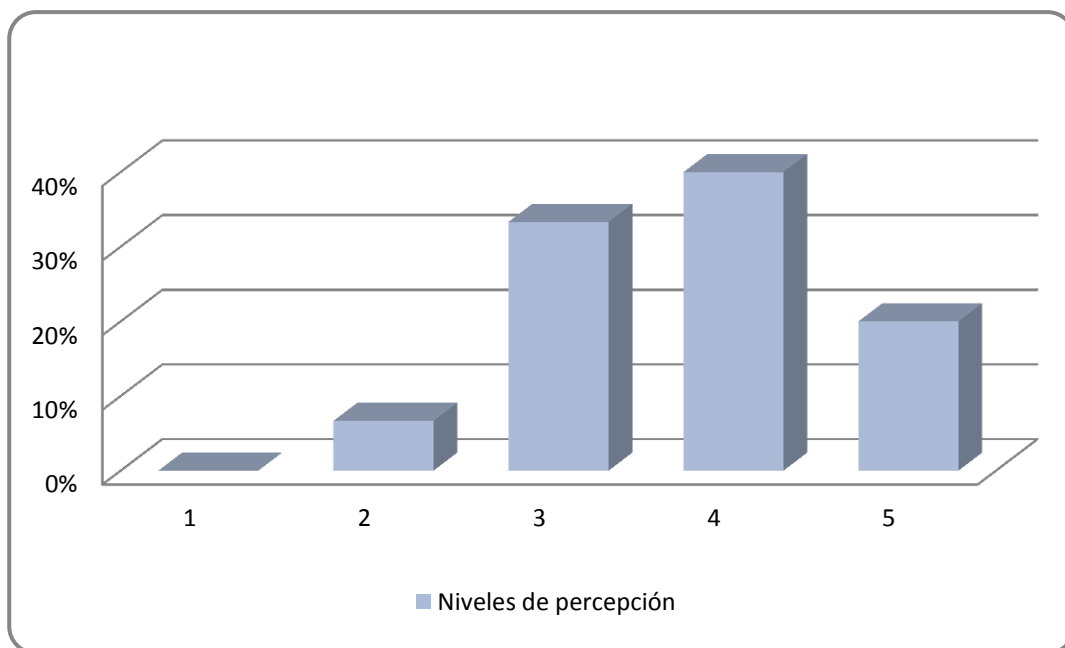
FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 42

- Se puede observar respecto a lo obtenido en la pregunta #5, que los niveles hacia los cuales existe mayor inclinación son los superiores, determinando de esta manera que existe ya a percepción, un mejor trato por parte de familiares y cuidadores hacia los pacientes, lo cual era una deficiencia detectada a través de las entrevistas individuales, las cuales hacían notar un desconocimiento por parte de su grupo social próximo del contexto del cuidado de un paciente con IRC en un proceso de tratamiento mitigante. De esta manera se puede extrapolar el hecho de que el mencionado cambio obedece a la acción ejecutada, es decir la conciencia e información básica de las implicancias emocionales y espirituales de la enfermedad y el tratamiento en una persona.

Gráfico # 43.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Pregunta Nº 6: *Califique la atención recibida por parte del personal de la institución en el último mes*



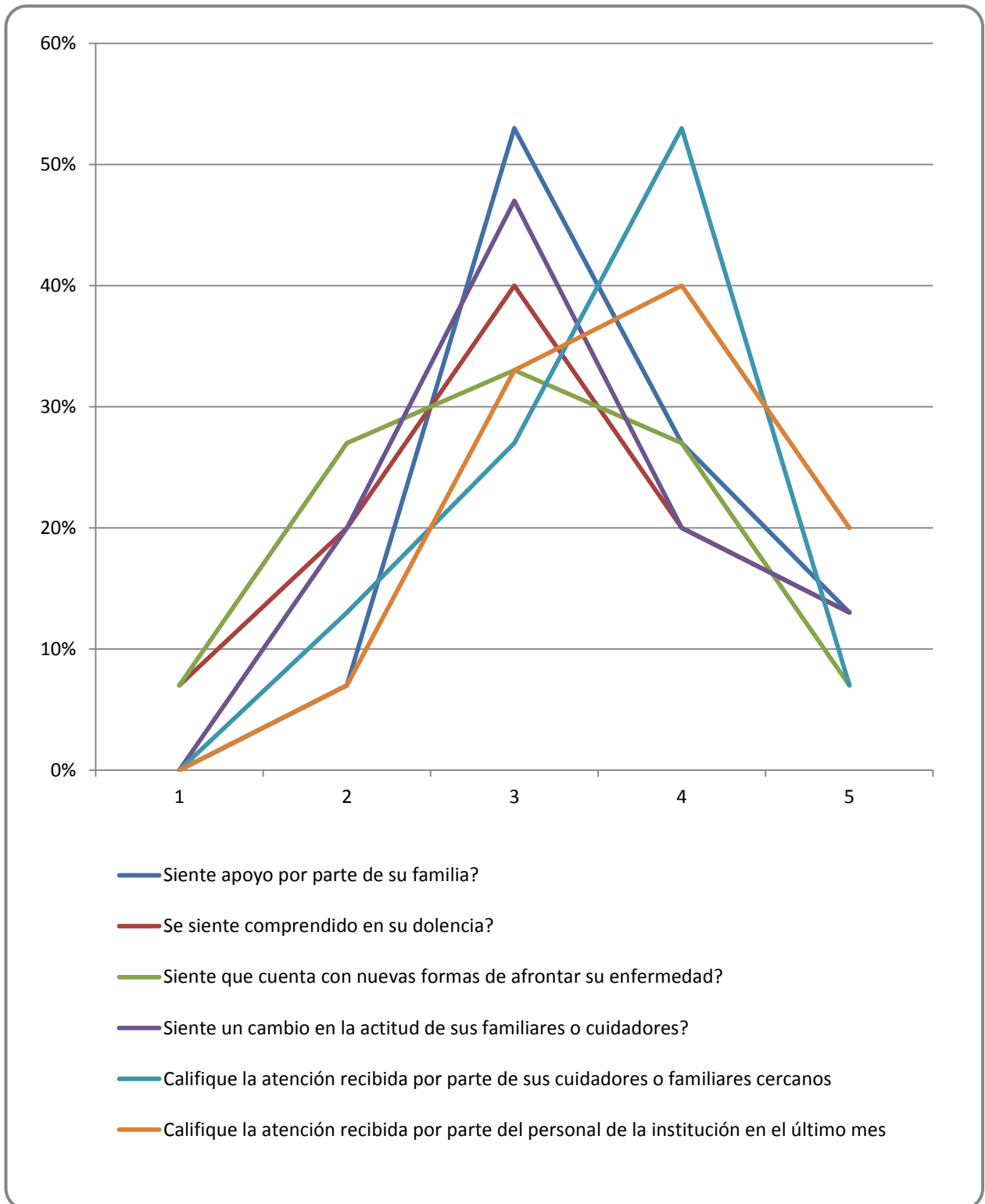
FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 43

- Finalmente del análisis de la pregunta # 6 de la encuesta realizada a pacientes de la clínica Menydia de Ibarra, pregunta que aborda a uno de los resultados esperados con la aplicación del Programa de instrucción y adiestramiento, podemos que si bien es cierto se constató al inicio de la planificación del plan de acción, un adecuado trabajo con pacientes por parte del personal de la Institución, es también cierto que se evidenció que existía personal que tenía relación directa con los pacientes pero no manejaba instrumentos prácticos de apoyo emocional al paciente, por lo que fue el punto de partida para el planteamiento de un objetivo. Así luego de aplicada la instrucción y adiestramiento a un grupo estratégico de pacientes de la Clínica Menydia de Ibarra, se puede evidenciar el logro del resultado, esto es, una mejor atención por parte del personal médico especializado y demás personal. Es entonces lo que se puede observar en el resultado en relación a porcentajes alcanzados en la percepción de la atención recibida dentro del establecimiento, existiendo una clara inclinación hacia la mejora; lo que además deberá ser, a petición de la administración, evaluado en aproximadamente seis meses para la verificación del éxito de la acción implementada.

Gráfico # 44.- Cuadro de Resultados de Encuesta a muestra de pacientes

Correlación Preguntas encuesta-niveles de percepción



FUENTE: Tabla # 38

Análisis Gráfico # 44

- Del análisis general con la correlación total de cada pregunta que estructuraba el instrumento de encuesta, se puede observar claramente una inclinación hacia la mejora respecto a la percepción de los pacientes en relación a la atención recibida por parte de sus familiares y cuidadores, así como del personal de la institución, luego de la aplicación del Plan de Acción. De esta manera se puede dejar constancia del buen resultado en la implementación del programa de capacitación en conciencia y adiestramiento cuyo objetivo principal fue el de mejorar el nivel de vida de los pacientes y su círculo social próximo, a fin de hacer más llevadera la enfermedad y su proceso de tratamiento mitigante.

Cabe señalar además que si bien es cierto se verificó los objetivos alcanzados a corto plazo, es menester realizar un seguimiento permanente y una evaluación a largo y mediano plazo a fin de reafirmar lo conseguido, para lo cual se establece la utilización de un retest dirigido tanto a los pacientes como al grupo participante de este plan de acción, es decir, familiares, cuidadores y grupo estratégico conformado por personal de la institución; quienes en conjunto a la fecha cuenta con un importante conocimiento del contexto de un paciente crónico en tratamiento mitigante, y forma parte de un cambio de paradigma en la concepción del enfermo; lo que permite dar el punto de partida en el tratamiento humanista integral a las enfermedades.

FIN: Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico, como de su entorno social próximo.

Indicador:

- *Identificación, capacitación en apoyo y evaluación a corto plazo, al 100% del grupo seleccionado de familiares, cuidadores y personal de la institución, respecto a las repercusiones de orden psicológico-espiritual y manejo de recursos de afrontamiento en pacientes IRC en tratamiento hemodiálico en la Clínica del Riñón Menydia hasta noviembre del 2012.*

Se contribuyó en gran medida a la disminución de la repercusión tanto de la patología renal, como del proceso de tratamiento en la esfera emocional de los pacientes, especialmente en las áreas de autoestima, componente espiritual y control de depresiones. Todo esto tomando en cuenta varios factores como los patrones referentes al tiempo de tratamiento y a los recursos propios del ser humano para hacer frente las adversidades, es decir, su resiliencia.

Así, la adaptación de un programa de Capacitación al grupo abordado, brindó un importante apoyo en el tratamiento de pacientes crónicos en tratamiento hemodiálico a corto plazo, pues se contó con una participación activa de los involucrados, a decir, personal de la institución, cuidadores y familiares. De igual manera el hecho de haber instruido y adiestrado a personal estratégico de la institución brinda la posibilidad de reproducir tal acción al personal restante o que ingresa a la unidad, a fin de establecer una política de atención psicológica básica en todo los niveles, y basándonos en el hecho de que si bien es cierto los resultantes a corto plazo fueron alentadores, será necesaria una nueva evaluación a largo plazo con el objetivo de reforzar el interés por el éxito completo de la acción emprendida.

11. CONCLUSIONES

En base a lo obtenido luego de la ejecución de las distintas actividades de este proceso y acorde a lo establecido en la Matriz del Marco Lógico, encontramos que:

- Del análisis del primer objetivo respecto a su cumplimiento, podemos afirmar que luego de conocidos los pormenores del contexto de cada paciente, la concepción, estructuración y preparación del Programa de Capacitación Psicoterapéutica integradora fue adecuada, pues se contó con todos los elementos imperiosos para tal fin, incluyendo los requerimientos puntuales de los involucrados, a decir: representantes de los familiares o cuidadores y personal de la institución. De esta manera se formuló un Programa que brindaba la validez, confianza e innovación necesaria.
- Con respecto al segundo objetivo, Aplicación del Programa de Capacitación a familiares y cuidadores de los pacientes, se puede certificar que fue alcanzado exitosamente y sin contratiempos; teniendo que, para tal fin, ceñirse a las exigencias del contexto de la institución y de este tipo de grupos, es decir, el horario de los talleres debió adaptarse a los horarios de tratamiento de su familiar. Todo esto dio como resultado una acción cuyo objetivo de informar y concienciar sobre las implicancias de la enfermedad y el proceso de tratamiento, fue cumplido a satisfacción logrando un recurso más para el afrontamiento de embate de la patología.
- En relación al tercer objetivo, es decir, la instrucción y adiestramiento profesionales de la institución en el manejo de métodos y técnicas psicoterapéuticos sistémicos básicos, basándose en los instrumentos de evaluación tanto a la capacitación como al evaluador, que fue alcanzado de manera gratificante; esto tomando en cuenta el gran esfuerzo del equipo de trabajo asistente, quienes debieron asistir a más de a sus labores diarias a este semana intensa de capacitación con el único fin de brindar un mejor servicio a los pacientes y su contexto social próximo. Así se finalizó con un resultado esperado, al cual cabe destacar tendrá un monitoreo periódico a fin de corroborar resultados a largo plazo como deseo de la administración.

12.RECOMENDACIONES:

Una vez finalizado este proceso, y en base a lo observado durante el mismo:

- Se recomienda incorporar a la estructura de futuros Programas de Capacitación en psicoterapia, información y contenidos de terapias alternativas, cuyo beneficio sea obviamente respaldado por investigaciones, como es el caso de Eyes Movement Desensitisation Reprosesing, BRAINSPOT, Constelaciones Familiares, etc; misma que han sido sustentadas y que son de fácil adopción para el conocimiento empírico de las personas a las que se dirige este tipo de Capacitaciones.
- Se recomienda la adición de otras técnicas y métodos en la Capacitación, que se ajusten aun más al grupo objetivo a fin de lograr mejores éxitos, es decir, aplicar orientaciones Adragógicas para la enseñanza; siendo su verificación mediante un monitoreo permanente del grupo capacitado, a fin de corregir o afianzar las acciones ejecutadas por parte de los capacitados hacia los pacientes. Bajo este contexto se debería simplificar aun más la enseñanza de métodos y técnicas, utilizando únicamente aquellas cuyo nivel de complejidad pueda ser manejado por quienes no tienen conocimiento básico de psicoterapia; esto acompañado de una ampliación de tiempo de capacitación a fin de que los contenidos sean asimilados de una manera más contundente y sea más confiable su aplicación futura.
- Se recomienda sumar al proceso final de la evaluación y aplicación del programa, un retest para verificar el mantenimiento o fluctuación de resultados a mediano plazo. Con respecto al ámbito espiritual, es pertinente manifestar que el manejo de la concepción de espiritualidad para la mayoría de personas está determinadamente ligada a la religiosidad; por lo que, es de vital importancia orientar de manera paralela este aspecto, evitando malos entendidos con personas que no profesan religión alguna o pertenecen a distintos dogmas.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, H. (2004). *Ansiedad estado-rasgo y depresión en pacientes del hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo*, Tesis Licenciatura en Psicología. Perú: Universidad César Vallejo.
2. Balarezo, L. (2005). *Psicoterapia*, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2ed, Quito.
3. Beck, A. (2005) *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
4. Buele, N. (2012). *Guía didáctica Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud (Trabajo de Grado II)* Loja, Ed. UTPL.
5. Carré, V. (2006). *Relación entre el nivel de inteligencia emocional y el nivel de depresión en los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de La Ciudad De Trujillo*. Licenciatura en Psicología. Perú: Universidad César Vallejo.
6. Chaves, E., Carvalho, E., Terra, F., Souza L. (2010). *Validación clínica de espiritualidad perjudicada en pacientes con enfermedad renal crónica* (en línea). Disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_03.pdf
7. Diez Canseco, A. (2005). *Niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal según algunos factores demográficos, el tipo de tratamiento médico y el tiempo de enfermedad*. Tesis Licenciatura en Psicología. Perú: Universidad César Vallejo.
8. DSM IV. (2004). *Manual de Diagnóstico*. (en línea). Disponible: <http://biblioteca.consultapsi.com/index.htm>
9. Esguerra, G. (2007). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Bogotá, Colombia.
10. Garay, J. (2005). *Niveles de Depresión, Autoestima y Estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado*. Tesis para optar por el título de doctor en Psicología, Universidad Iberoamericana, México D.F.
11. Irías, V. (2006). *Caracterización psicológica y tendencia al suicidio en pacientes con insuficiencia renal crónica*, Tesis especialización en Pediatría, Managua-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
12. López, J. (2006). *Cáncer Sida e Insuficiencia Renal Crónica*. (en línea). Disponible: <http://www.periodicoelpulso.com/html/may03/opinion/opinion.htm>
13. Luzuriaga, J. (2005). *Metodología de la Investigación. Guía para la elaboración de trabajos de investigación*. Quito: PPL Impresores.

14. Klerman G, Weissman M, Rousanville B. (1984). *Interpersonal psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
15. Marcuello, A. (2010). *Autoestima y superación: Técnicas para su mejora*. Disponible:
<http://www.psicologia-online.com/>
16. Magáz, Á. (2006). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos*, Tesis doctoral en psicología, Bilbao-España: Universidad de Deusto.
17. Mera, L. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis*. Centro médico Dial-Sur. Osorno, Tesis para optar al grado de Licenciado en enfermería, Universidad Austral de Chile.
18. Mézerville, G. (2005). *Ejes de salud mental. Los procesos de Autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*, México: Trillas.
19. Molina, L. (2006). *Autoestima y depresión en pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal*. Tesis para optar por la Licenciatura en Psicología, Universidad de las Américas, México.
20. Piedra, M. (2011). *Diseño, ejecución, y gerencia de proyectos de Salud-Trabajo de grado 1, Guía Didáctica*. Loja: Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja Primera Edición.
21. Port, F. (2005). *Educación médica continua*: Paidós, México D.F
22. Reyes, A. (2005). *Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis*, Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud, Santiago de Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública.
23. Reyes, A., Castañeda, V. (2006). *Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal* (en línea). Disponible:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.htm
24. Rivas, A. (2011). *Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en dos clínicas renales en Santa Marta, Colombia* (en línea). Disponible:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermevol14211/Bienestarespiritualdelospacientes.htm>
25. Rodríguez, C. (2005). *Aspectos psicológicos en una unidad de Aislamiento de pacientes en hemodiálisis portadores de ag Hbs positivo*, España: Edit. Martínez Roca.
26. Rojas, M. (2006). *Depresión y Autoestima en alumnos del 3º a 5º Año de Educación Secundaria de la Institución Educativa Virgen de La Puerta, De Florencia De Mora- Trujillo*, Tesis doctoral en Psicología. Perú: Universidad César Vallejo.

27. Roselló, J. (2005). *Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes*, Tesis Licenciatura en Psicología, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
28. Russel, C. (2005). *Medicina Interna*. Madrid: Edit. Elsevier Science. 5º Edición Madrid.
29. Ucañán, S. (2005). *Análisis comparativo de la autoestima en adolescentes aceptados, rechazados y aislados por sus padres en el Hogar de Cristo de la ciudad de Chimbote*. Tesis Licenciatura en Psicología. Perú: Universidad César Vallejo.
30. Valencia, C. (2008). Importancia de la Autoestima, (en línea). Disponible: <http://www.innatia.com/noticias.html>.

13. ANEXOS

Anexo 1.- Diagnóstico Situacional

Para la determinación de las acciones ejecutadas, se partió de un diagnóstico situacional de la muestra de pacientes (20), así como de su contexto social (estudio social), específicamente sus cuidadores.

Elaboración de Banco de datos de pacientes de la Institución.

Con el propósito de contar con toda la información posible del grupo, y manteniendo las normas de confidencialidad exigidas por la institución, se recopilaron datos necesarios para la estructura del respectivo banco de datos, en el que constan fichas generales de información de cada uno de los pacientes a fin de ofrecer una exposición completa de la situación actual de los mismos.

Este banco de datos consta de:

- **Resultados “Ficha de datos personales y clínicos”** (Ver Anexo # 2), la que resume la información de todos los pacientes (totalidad) y utilizada en el Análisis de resultados del instrumento Ficha de datos personales y clínicos.
- **Registro Base** (Ver Anexo # 3), con el que se manejó principalmente el horario de tratamiento hemodiálico de cada paciente (totalidad), y el registro de aplicación de instrumentos.
- **Registro Individual** (Ver Anexo # 4), con el que se manejaron datos individuales de cada paciente (totalidad) para su posterior síntesis en:
- **Registro resultados “Coopersmith”** (Ver Anexo # 5), que consta de resultados individuales de cada paciente (muestra) luego de aplicado el Instrumento Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.
- **Registro de resultados “Zung”** (Ver Anexo # 6), en el que figuran los resultados individuales de cada paciente (muestra) luego de aplicado el Instrumento Test de Depresión de Zung.
- **Registro de resultados “ENESE”** (Ver Anexo # 7), en el que figuran los resultados individuales de cada paciente (muestra) luego de aplicado el Instrumento Test de Espiritualidad de ENESE.

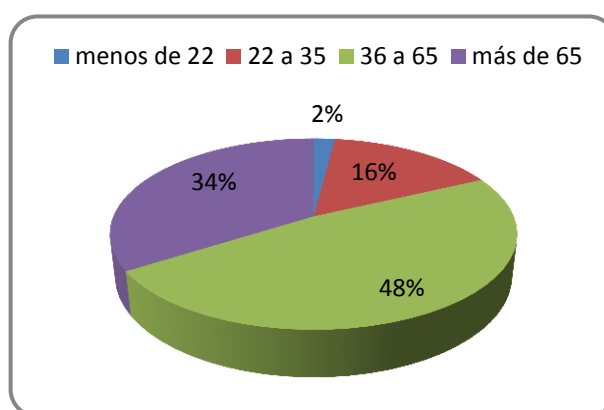
Todos estos registros sirvieron para estructurar las respectivas tablas y gráficos presentados a continuación:

Tabla # 1. Distribución por “Edad” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
menos de 22	1	2
22 a 35	8	16
36 a 65	24	48
más de 65	17	34
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 1. Edad



FUENTE: Tabla # 1

Análisis. Tabla y Gráfico # 1

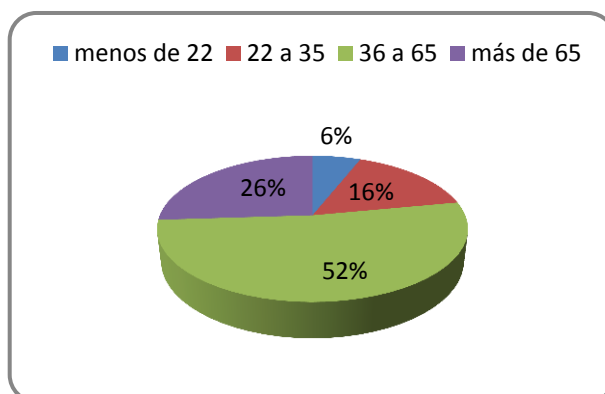
- Se puede observar la distribución del factor demográfico “Edad”, cuya estructuración está basada en las etapas propias de la evolución del ser humano, es decir: menos de 22 años (Niñez-Adolescencia), de 22 a 35 años (Juventud), de 36 a 65 años (Madurez y/ Adultez), y más de 65 años (Vejez o Adulto Mayor).
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un mayor porcentaje respecto al grupo cuya edad oscila entre 36 a 65 años, seguido del grupo etario mayor de 65 años, siendo el siguiente el comprendido entre 22 a 35 años, y por último el grupo de pacientes cuya edad es menor a 22 años.

Tabla # 2. Distribución por “Edad al diagnóstico” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
menos de 22	3	6
22 a 35	8	16
36 a 65	26	52
más de 65	13	26
TOTAL	50	100

*FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.*

Gráfico # 2. Edad al Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica



FUENTE: Tabla # 2

Análisis. Tabla y Gráfico # 2

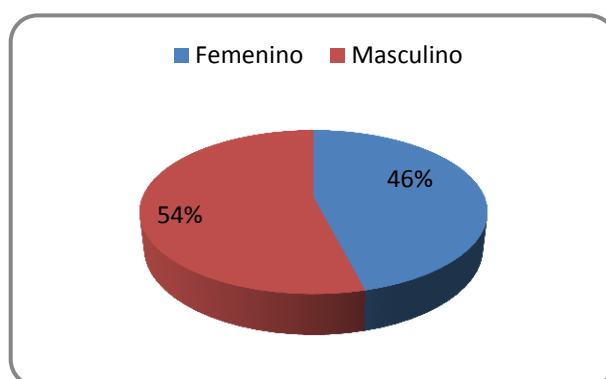
- Se observa la distribución del grupo de estudio respecto a “Edad al Diagnóstico”, cuya estructuración está basada en las etapas propias de la evolución del ser humano, es decir: menos de 22 años (Niñez-Adolescencia), de 22 a 35 años (Juventud), de 36 a 65 años (Madurez y/ Adultez), y más de 65 años (Vejez o Adulto Mayor).
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un mayor porcentaje respecto al grupo cuya edad oscila entre 36 a 65 años, seguido del grupo etario menor de 22 años, siendo el siguiente el comprendido entre 22 a 35 años, y por último el grupo de pacientes cuya edad es menor a 22 años. Notando así la mayor incidencia de la patología Insuficiencia Renal Crónica durante la Adultez.

Tabla # 3. Distribución por “Sexo” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Femenino	23	46
Masculino	27	54
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 3. Sexo



FUENTE: Tabla # 3

Análisis. Tabla y Gráfico # 3

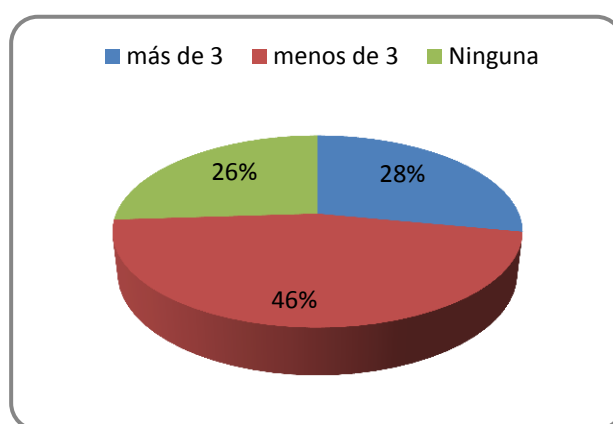
- Aquí se presenta la distribución porcentual del factor demográfico “Sexo” a fin de demostrar la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje de incidencia ligeramente mayor en personas de sexo Masculino respecto al grupo de sexo Femenino.

Tabla # 4. Distribución por “Nº de hospitalizaciones” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
más de 3	14	28
menos de 3	23	46
Ninguna	13	26
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 4. Nº de Hospitalizaciones



FUENTE: Tabla # 4

Análisis. Tabla y Gráfico # 4

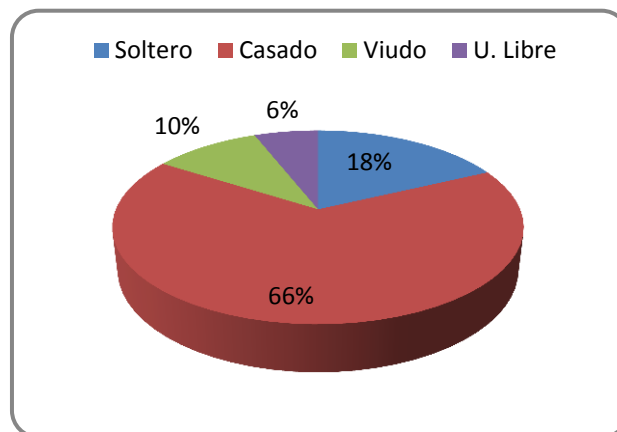
- En el Gráfico expuesto se puede observar el factor “Hospitalizaciones”, cuya distribución se realizó de acuerdo al criterio del área nefrológica, tomando en cuenta el historial de cada paciente desde el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodialítico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un mayor porcentaje de personas con menos de 3 hospitalizaciones, seguido por el grupo con más de 3 hospitalizaciones y ligeramente atrás encontramos al grupo cuyo historial médico no registra hospitalizaciones. Además, es claro que más del 75% de estos pacientes tuvieron que afrontar complicaciones en su cuadro clínico.

Tabla # 5. Distribución por “Estado Civil” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Soltero	9	18
Casado	33	66
Viudo	5	10
U. Libre	3	6
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

GRÁFICO # 5. Estado Civil



FUENTE: Tabla # 5

Análisis. Tabla y Gráfico # 5

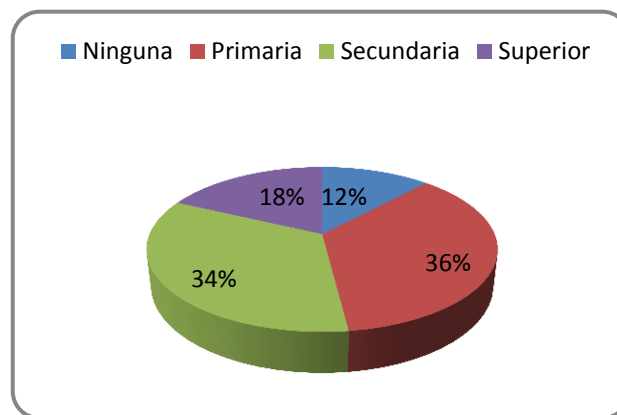
- Aquí se presencia la distribución del factor demográfico “Estado Civil”, cuya estructuración es legalmente reconocida en nuestro país.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un mayor porcentaje respecto al grupo “Casado”, seguido de las personas con estado civil “Soltero”, siendo el siguiente el grupo de estado civil “Viudo”, y por último quienes se encuentran dentro del grupo cuyo estado civil es “Unión Libre.

Tabla # 6. Distribución por “Instrucción Académica” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia

VARIABLE	f	%
Ninguna	6	12
Primaria	18	36
Secundaria	17	34
Superior	9	18
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 6. Instrucción académica



FUENTE: Tabla # 6

Análisis. Tabla y Gráfico # 6

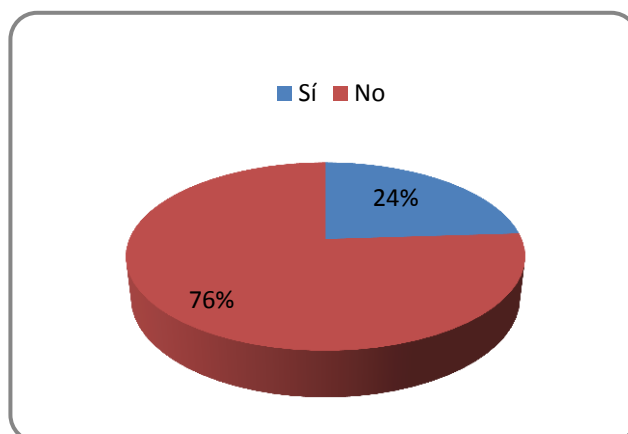
- En el gráfico anterior se presenta la distribución del factor “Instrucción”, cuya estructuración está basada en las etapas propias de la educación en nuestro país.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un mayor porcentaje respecto al grupo con instrucción Primaria, seguido de cerca por quienes cuentan con instrucción Secundaria, en tercer lugar encontramos al grupo con instrucción Superior y por último a quienes no han cursado instrucción académica alguna. Siendo el hecho de que aproximadamente el 75% de los pacientes cuentan con algún tipo de instrucción académica, un elemento importante para estructurar en parte su Autoestima, variable también analizada.

Tabla # 7. Distribución por “Ambiente familiar” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Sí	12	24
No	38	76
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
 ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 7. Situación de Empleo



FUENTE: Tabla # 7

Análisis. Tabla y Gráfico # 7

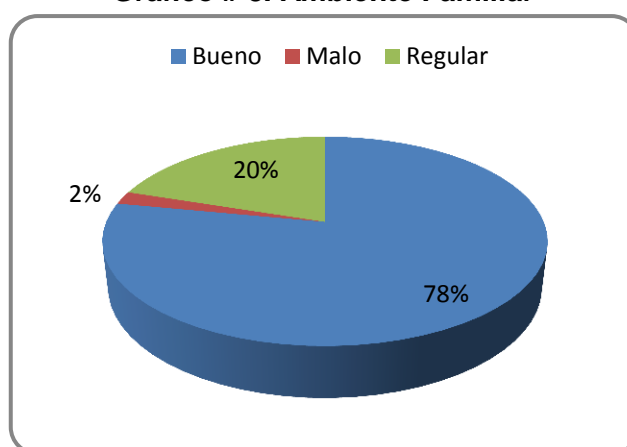
- Se puede observar la distribución porcentual del factor demográfico “Empleo” a fin de demostrar el papel dentro del campo productivo laboral de grupo estudiado.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje elevado de personas que No llevan a cabo actividades laborales remuneradas, debido la mayor parte a su cuadro patológico que forzó a quienes tenían un empleo a prescindir de éste debido al desgaste físico y tiempo que conlleva la intervención Hemodiálica. Sin embargo una cuarta parte del grupo Sí forma parte de la población económicamente activa llevando a cabo actividades al alcance de sus posibilidades.

Tabla # 8. Distribución por “Ambiente familiar” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Bueno	39	78
Malo	1	2
Regular	10	20
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 8. Ambiente Familiar



FUENTE: Tabla # 8

Análisis. Tabla y Gráfico # 8

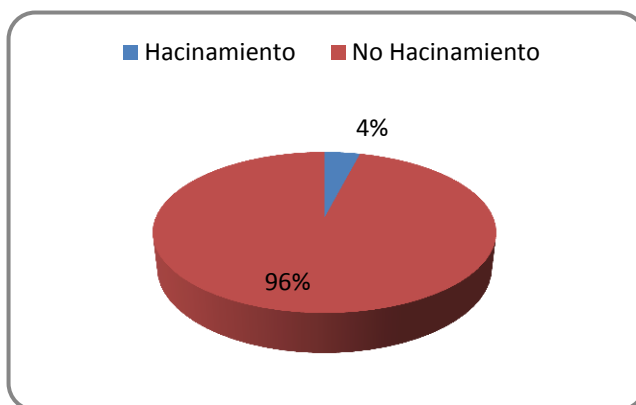
- Se puede observar la distribución porcentual del factor “Ambiente Familiar” a fin de demostrar la percepción del paciente respecto a esta área importante. Los referentes de: Bueno, Malo Regular, fueron creados de forma arbitraria.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodialítico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje elevado de personas cuya percepción de su ambiente familiar es “Bueno”, seguido por quienes consideran que su ambiente familiar es “Regular”, y por último y en mínima proporción quienes expresaron su ambiente familiar como “Malo”. Este resultado sería considerado otro elemento importante en la estructuración de la Autoestima y Depresión en los pacientes.

Tabla # 9. Distribución por “Condiciones Habitables” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia

VARIABLE	f	%
Hacinamiento	2	4
No Hacinamiento	48	96
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 9. Condiciones Habitables



FUENTE: Tabla # 9

Análisis. Tabla y Gráfico # 9

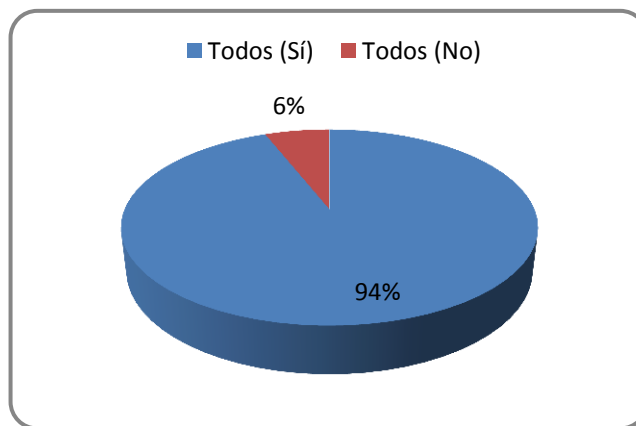
- Aquí, la distribución porcentual del factor “Condiciones Habitables”. Los referentes de: Hacinamiento, y No Hacinamiento, fueron creados relacionando el elemento “Nº de habitantes” y “Nº de cuartos o habitaciones”, presentes en la encuesta formulada a cada paciente, proponiendo: más de 3 personas por habitación la calidad de Hacinamiento, y menos de 3 personas por habitación la calidad No Hacinamiento.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje muy elevado de personas cuya condición habitable pertenece a la calidad de No Hacinamiento, quedando un pequeño porcentaje a quienes se ubican en la calidad de Hacinamiento. Este resultado sería considerado otro elemento importante en la estructuración de la Autoestima y Depresión en los pacientes.

Tabla # 10. Distribución por “Servicios básicos” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Todos (Sí)	47	94
Todos (No)	3	6
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 10. Servicios Básicos



FUENTE: Tabla # 10

Análisis. Tabla y Gráfico # 10

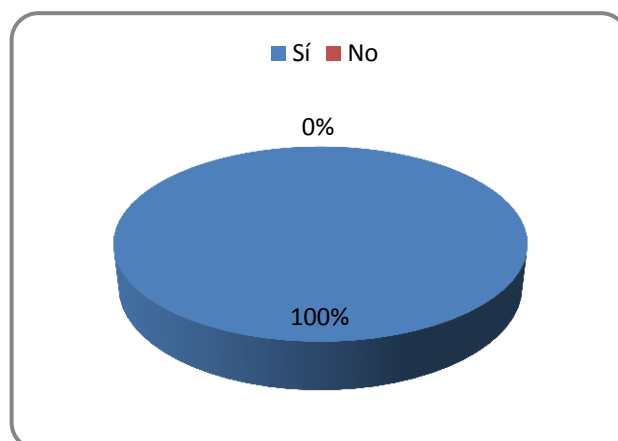
- Observamos la distribución porcentual del factor “Servicios Básicos”. Los referentes de: Todos (Sí) y Todos (No), fueron creados en base al elemento: “Servicios básicos” presente en la encuesta formulada a cada paciente, proponiendo: cuentan con luz eléctrica y agua potable la calidad de Todos (Sí), y en caso de no contar con alguno de estos servicios la calidad de Todos (No).
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje muy elevado de personas que Sí cuentan con todos los servicios básicos, quedando un pequeño porcentaje a quienes No cuentan con todos los servicios básicos. Este resultado sería considerado otro elemento importante en la estructuración de la Autoestima y Depresión en los pacientes.

Tabla # 11. Distribución por “Cumplimiento del tratamiento” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Sí	50	100
No	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
 ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 11. Cumplimiento del Tratamiento



FUENTE: Tabla # 11

Análisis. Tabla y Gráfico # 11

- Se observa la distribución porcentual del factor “Cumplimiento del Tratamiento”. La respuesta a los referentes de: Sí y No, estuvieron a cargo del Director médico de la institución.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje total de personas que Sí cumplen con el proceso sistemático farmacológico del tratamiento Hemodiálico.

Tabla # 12. Distribución por “Asistencia a consulta externa” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Sí	50	100
No	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 12. Asistencia a consulta externa



FUENTE: Tabla # 12

Análisis. Tabla y Gráfico # 12

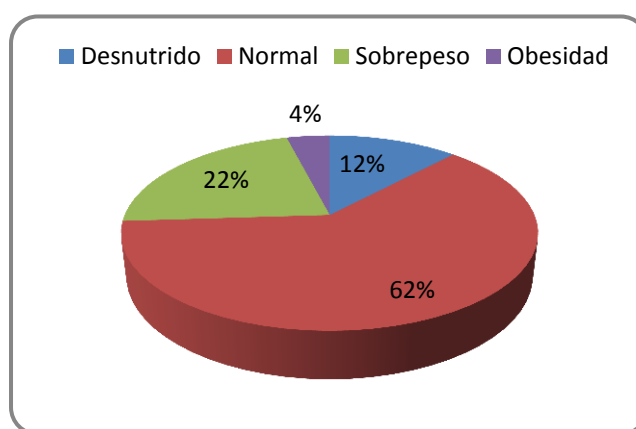
- Se expone la distribución porcentual del factor “Asistencia a Consulta Externa”. La respuesta a los referentes de: Sí y No, estuvieron a cargo del Director médico de la institución.
- Así tenemos que, dentro del grupo investigado de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje total de personas que Sí cumplen con el proceso asistencia a las citas de consulta externa programadas por el personal médico dentro del tratamiento Hemodiálico.

Tabla # 13. Distribución por “Estado Nutricional” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Desnutrido	6	12
Normal	31	62
Sobrepeso	11	22
Obesidad	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 13. Estado Nutricional



FUENTE: Tabla # 13

Análisis. Tabla y Gráfico # 13

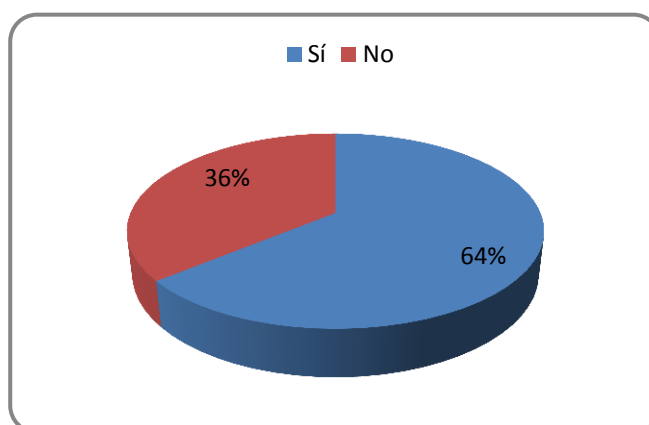
- Se indica la distribución porcentual del factor “Estado Nutricional”. Las respuestas a las variables referidas estuvieron a cargo de la profesional del departamento de Nutrición del Instituto.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, encabeza el grupo cuyo estado nutricional es Normal, seguido por el grupo “Sobrepeso”, posteriormente quienes se ubican en “Desnutrido” y por último aquellos con “Obesidad”. Lo que demuestra el problema de gran parte del grupo respecto a su manejo nutricional, que a decir de la profesional se deben generalmente a retención de líquidos o desbalances proteínicos y de minerales dentro del organismo del paciente.

Tabla # 14. Distribución por “Cumplimiento de Dieta” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Sí	32	64
No	18	36
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 14. Cumplimiento de Dieta



FUENTE: Tabla # 14

Análisis. Tabla y Gráfico # 14

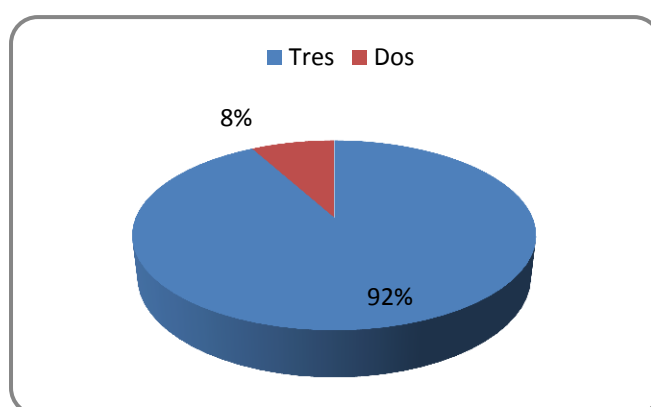
- Se señala la distribución porcentual del factor “Cumplimiento de la Dieta”. Las respuestas a las variables referidas estuvieron a cargo de la profesional del departamento de Nutrición del Instituto.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje mayoritario de quienes Sí cumplen su dieta, relegando al menor porcentaje a quienes No cumplen con su dieta. Este dato además expresa los problemas nutricionales o de variaciones de los pacientes en tratamiento Hemodiálico.

Tabla # 15. Distribución por “Nº de sesiones de hemodiálisis por semana” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica MenydiaI Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
Tres	46	92
Dos	4	8
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica MenydiaI, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 15. Nº de Sesiones de Hemodiálisis por semana



FUENTE: Tabla # 15

Análisis. Tabla y Gráfico # 15

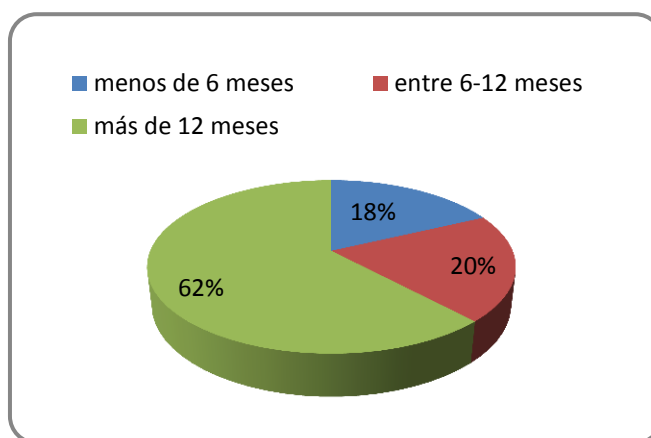
- Los datos expuestos representan la distribución porcentual del factor “Nº de Sesiones de Hemodiálisis por semana”. Los referentes Dos y Tres fueron utilizados en esta encuesta por ser las dos únicas opciones dentro del tratamiento de Hemodiálisis para pacientes con IRC. Las respuestas estuvieron a cargo de la Administradora del establecimiento.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones MenydiaI Ibarra, existe un porcentaje casi total de personas que reciben por 3 ocasiones su tratamiento Hemodiálico por semana, y el remanente porcentual es para aquellos con 2 sesiones a la semana. Dato importante puesto que es un indicador de la gravedad de la situación clínica.

Tabla # 16. Distribución por “Tiempo de tratamiento” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
menos de 6 meses	9	18
entre 6-12 meses	10	20
más de 12 meses	31	62
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 16. Tiempo de Tratamiento



FUENTE: Tabla # 16

Análisis. Tabla y Gráfico # 16

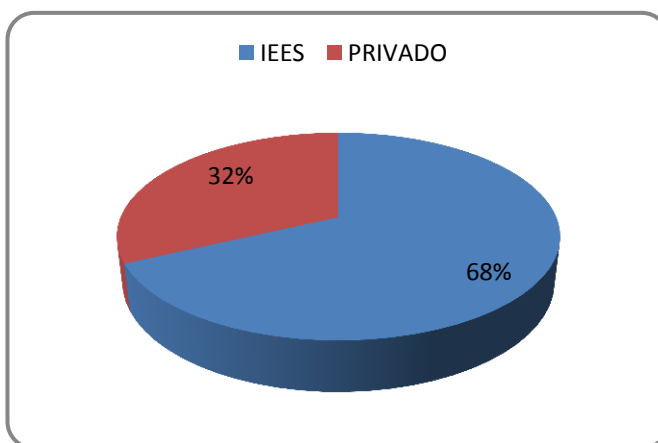
- Se observa la distribución porcentual del factor “Tiempo de Tratamiento”. Las variables referidas se fundamentan en un criterio de personal y que toma en cuenta además estudios anteriores sobre la misma temática. Las respuestas se obtuvieron de la base de datos de la institución (Historias Clínicas Médicas).
- Así tenemos que, el porcentaje de quienes reciben el tratamiento Hemodiálico por más de 12 meses ocupa el primer lugar, mientras que aquellos cuyo tiempo de tratamiento oscila entre 6 y 12 meses y quienes han recibido su tratamiento por menos de 6 meses comparten estrechamente el segundo lugar. Esta información es sumamente importante para los resultados finales que concluyan este diagnóstico.

Tabla # 17. Distribución por “Tipo de financiamiento” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
IEES	34	68
OTROS	16	32
TOTAL	50	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
 ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 17. Tipo de Financiamiento



FUENTE: Tabla # 17

Análisis. Tabla y Gráfico # 17

- Se puede observar en el gráfico la distribución porcentual del factor “Tipo de Financiamiento”. Los referentes IEES y Privado fueron utilizados en esta encuesta por ser las dos únicas opciones dentro del financiamiento del tratamiento de Hemodiálico para pacientes con IRC. Las respuestas estuvieron a cargo de la profesional del departamento de Trabajo Social de la institución.
- Así tenemos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico de la Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, existe un porcentaje mayoritario de personas que reciben su tratamiento a través del financiamiento de su afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y el remanente porcentual es para aquellos con financiamiento proveniente de otros seguros o instituciones del Estado.

Evaluación a pacientes y Recopilación de información para elaboración de diagnóstico situacional

A través de los distintos instrumentos técnicos debidamente estandarizados y validados y que fueron determinados para la evaluación de los pacientes, así como mediante la observación y entrevista, se obtuvo los distintos resultados de estas baterías.

Para la presentación de estos datos, como norma exigida por la institución, se omiten los nombres, dejando para su identificación el número de Historia Clínica de cada uno de ellos. Siendo los pacientes evaluados los siguientes:

Tabla # 18. Lista de Evaluados

Nº	Historia Clínica	Edad	Sexo	Tiempo en tratamiento
1	725786	4	Femenino	7 meses
2	948250	34	Femenino	10 meses
3	426014	35	Masculino	2 años
4	301878	59	Femenino	5 meses
5	58643	23	Masculino	5 meses
6	687576	30	Masculino	4 años
7	657071	40	Femenino	4 años
8	501039	33	Masculino	4 años
9	720387	48	Masculino	3 años
10	866369	19	Masculino	1 año
11	779681	54	Masculino	3 meses
12	922073	34	Femenino	3 meses
13	669161	61	Masculino	3 años
14	39179	57	Femenino	4 años
15	716916	25	Masculino	1 año
16	690309	65	Masculino	3 años
17	697013	70	Masculino	3 años
18	158183	39	Femenino	1 año
19	882805	68	Masculino	1 año
20	664439	38	Femenino	4 meses

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

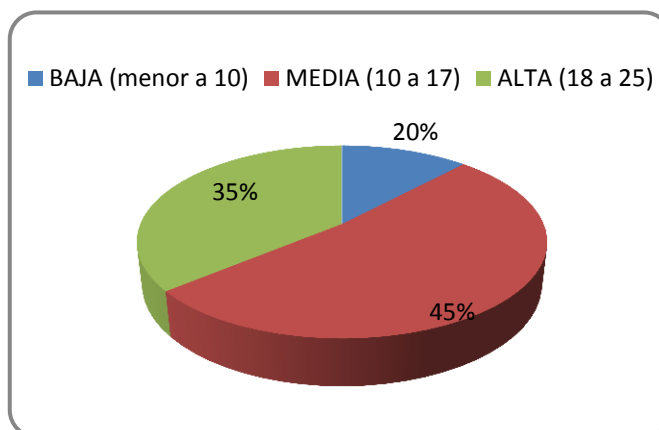
De esta manera se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos:

Tabla # 19. Distribución por “Diagnóstico Coopersmith” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
BAJA (menor a 10)	4	20
MEDIA (10 a 17)	9	45
ALTA (18 a 25)	7	35
TOTAL MUESTRA	20	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 19. Diagnóstico de Autoestima



FUENTE: Tabla # 19

Análisis. Tabla y Gráfico # 19

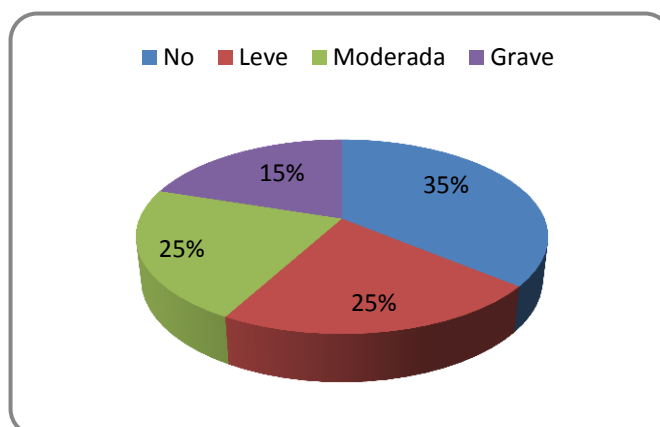
- En el Gráfico #19 se observan los resultados obtenidos de la aplicación de uno del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith; la distribución porcentual de los pacientes indica que aquellos que obtuvieron como diagnóstico un nivel “Medio” ocupan el primer lugar con el 45%, seguido por quienes obtuvieron un diagnóstico “Alto” con el 35%, y finalmente quienes con el 20% se ubican en el grupo con diagnóstico “Autoestima Baja”.
- Se evidencia el manejo de una adecuada Autoestima en la mayoría de los pacientes, alcanzando más del 80% del total, quienes se ubican en los niveles de Autoestima Alta y Media, relegando al grupo con “Autoestima Baja” a un mínimo porcentaje, quienes por *razones varias* una de ellas y quizá la más importante actualmente, su situación de salud. Todo lo que a la vez hace presumir el esfuerzo del paciente por mantenerse equilibrado respecto a su autoconcepto y autoimagen en relación a su cuadro clínico y principalmente ante los cambios en su contexto personal impuestos por la Insuficiencia Renal Crónica y su tratamiento hemodiálico.

Tabla # 20. Distribución por “Diagnóstico Zung” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
NO	7	35
LEVE	5	25
MODERADA	5	25
GRAVE	3	15
TOTAL MUESTRA	20	100

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 20. Diagnóstico de Depresión



FUENTE: Tabla # 20

Análisis. Tabla y Gráfico # 20

- Aquí encontramos la distribución porcentual del factor “Diagnóstico de Depresión”, datos extraídos de la aplicación individual a los 20 pacientes que estructuran la Muestra del Instrumento Test de Zung, el mismo que fue aplicado de forma dirigida para agilizar el proceso y mantener un contacto más cercano con la persona.
- De esta manera encontramos que, dentro del grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico, existe un porcentaje ligeramente mayor de quienes No presentan Depresión respecto a los otros niveles por separado, de acuerdo al diagnóstico de este instrumento, mientras que los niveles Leve, Moderado y Grave comparten porcentajes similares y en conjunto llegan a ocupar el 40% del grupo. Lo que refleja la presencia de Estados Depresivos o simplemente de Depresión en la mayoría del conglomerado.

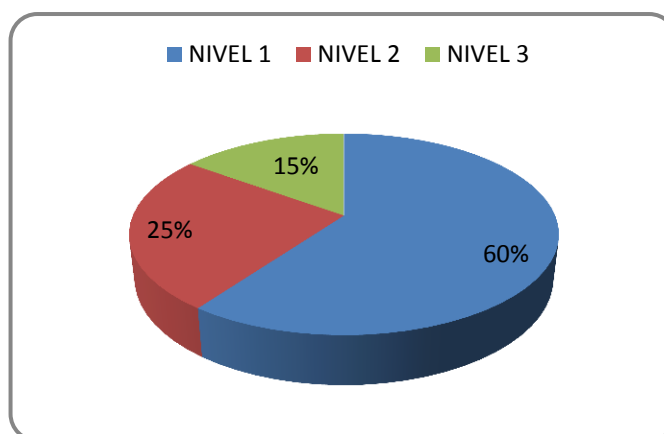
- Esto demuestra lo necesario e imperativo de acciones de orden Psicoterapéutico, con mayor premura en aquellos casos que circunden niveles depresivos Moderados y Graves, que de acuerdo a este estudio ocupan más del 40% del grupo.
- Es necesario entonces señalar que los resultados obtenidos en el diagnóstico de esta esfera y otros datos provenientes de procesos terapéuticos llevados a cabo con anterioridad por parte del departamento de Psicología del Establecimiento, en conjunto servirán para estructurar la respectiva propuesta Psicoterapéutica a fin de procurar mejores derivaciones de la misma.

Tabla # 21. Distribución por “Diagnóstico ENESE” de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis Clínica Menydia Ibarra 2012

VARIABLE	f	%
NIVEL 1	12	60
NIVEL 2	5	25
NIVEL 3	3	15
TOTAL MUESTRA	20	100

*FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.*

Gráfico # 21. ENESE



FUENTE: Tabla # 20

Análisis. Tabla y Gráfico # 21

- En el gráfico anterior encontramos la distribución porcentual del factor “Diagnóstico ENESE”, datos extraídos de la aplicación individual a los 20 pacientes que estructuran la Muestra del Instrumento Escala numérica de Síntomas Espirituales ENESE, el mismo que fue aplicado de forma dirigida para agilizar el proceso y mantener un contacto más cercano con la persona.
- Se puede observar que dentro 3 niveles que brinda como opción este instrumento, el grupo analizado se ubica con 60% dentro del nivel 1, es decir aquellos que presentan síntomas de angustia espiritual, mientras que el siguientes grupo, 25%, se ubica en aquellos con síntomas de búsqueda proyectada, y finalmente el grupo del 15% que denotan síntomas de alivio y resignación.

- Estos datos son importantes, pues a pesar de que la esfera espiritual es demasiado subjetiva, resulta ser un elemento preponderante en el equilibrio emocional de todo ser humano en situaciones conflictivas y en este caso en particular de pacientes con enfermedades crónicas.
- Por esta razón es importante reforzar a través del apoyo del círculo social próxima a las distintas prácticas que tiendan a expresar emociones y sentimientos internalizados, logrando de esta manera alivio espiritual.

Elaboración de diagnóstico de la situación de los pacientes de manera individual, en relación al establecimiento e información demográfica relevante.

Una vez realizada la evaluación de la muestra y compilación de datos individuales de todos los pacientes, se procedió a realizar el diagnóstico de la situación de los pacientes de manera individual, en relación al establecimiento e información demográfica relevante.

A continuación el listado de los evaluados:

Tabla # 22. Lista de Totalidad de pacientes Evaluados

Nº	Historia Clínica	Edad	Sexo	Tiempo en tratamiento
1	725786	4	Femenino	7 meses
2	948250	34	Femenino	10 meses
3	426014	35	Masculino	2 años
4	301878	59	Femenino	5 meses
5	58643	23	Masculino	5 meses
6	687576	30	Masculino	4 años
7	657071	40	Femenino	4 años
8	501039	33	Masculino	4 años
9	720387	48	Masculino	3 años
10	866369	19	Masculino	1 año
11	779681	54	Masculino	3 meses
12	922073	34	Femenino	3 meses
13	669161	61	Masculino	3 años
14	39179	57	Femenino	4 años
15	716916	25	Masculino	1 año
16	690309	65	Masculino	3 años
17	697013	70	Masculino	3 años
18	158183	39	Femenino	1 año
19	882805	68	Masculino	1 año
20	664439	38	Femenino	4 meses
21	687466	71	Femenino	2 años

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Nº	Historia Clínica	Edad	Sexo	Tiempo en tratamiento
22	577552	47	Masculino	2 meses
23	807191	76	Masculino	2 años
24	81407	62	Masculino	5 meses
25	800326	72	Masculino	2 años
26	720897	66	Femenino	1 año
27	902154	52	Femenino	1 año
28	365035	62	Masculino	3 años
29	804895	57	Masculino	2 años
30	579187	30	Masculino	4 años
31	613754	48	Masculino	2 años
32	795981	64	Femenino	2 años
33	419155	59	Femenino	6 meses
34	293199	37	Masculino	1 mes
35	1006849	60	Masculino	3 meses
36	697011	58	Femenino	3 años
37	71299	70	Femenino	2 años
38	71292	62	Femenino	3 años
39	676181	82	Femenino	4 años
40	786100	61	Masculino	2 años
41	959639	79	Femenino	6 meses
42	516794	66	Femenino	1 año
43	939638	68	Femenino	6 meses
44	720957	71	Masculino	1 mes
45	787389	76	Femenino	1 mes
46	980089	75	Masculino	1 mes
47	125197	72	Masculino	2 años
48	482576	69	Femenino	2 años
49	993821	65	Femenino	3 años
50	829450	74	Masculino	5 años

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012

ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Obteniendo los siguientes datos estadísticos:

Tabla # 23. Compendio resultados datos individuales, en relación al establecimiento e información demográfica relevante

Variable		Registro individual, en relación al establecimiento e información demográfica relevante.							
		Opciones de respuesta							
PACIENTE	Edad actual	menos de 22	1	22 a 35	8	36 a 65	24	más de 65	17
	Edad al diagnóstico	menos de 22	3	22 a 35	8	36 a 65	26	más de 65	13
	Sexo	Femenino	23	Masculino	27				
	# Hospitalizaciones	más de 3	14	menos de 3	23	Ninguna	13		
	Estado civil	Soltero	9	Casado	33	Viudo	5	U. Libre	3
	Instrucción	Ninguna	6	Primaria	18	Secundaria	17	Superior	9
	Empleo	Sí	12	No	38				
	Ambiente familiar	Bueno	39	Malo	1	Regular	10		
	# habitantes en la casa	Hacinamiento	2	No Hacinamiento	48				
	# de habitaciones								
	Servicios básicos	Todos (Sí)	47	Todos (No)	3				
	ESTABLECIMIENTO	Cumplimiento de tratamiento	Sí	50	No	0			
Asistencia a consulta externa		Sí	50	No	0				
Estado nutricional		Desnutrido	6	Normal	31	Sobrepeso	11	Obesidad	2
Cumplimiento de la dieta		Sí	32	No	18				
# de Hemodiálisis por semana		3	46	2	4				
Tiempo de tratamiento		menos de 6 meses	9	entre 6-12 meses	10	más de 12 meses	31		
Tipo de financiamiento		IEES	34	PRIVADO	16				

Correlaciones de diagnósticos de Depresión y Autoestima frente a tiempo de tratamiento, edad y sexo

Tabla # 24.

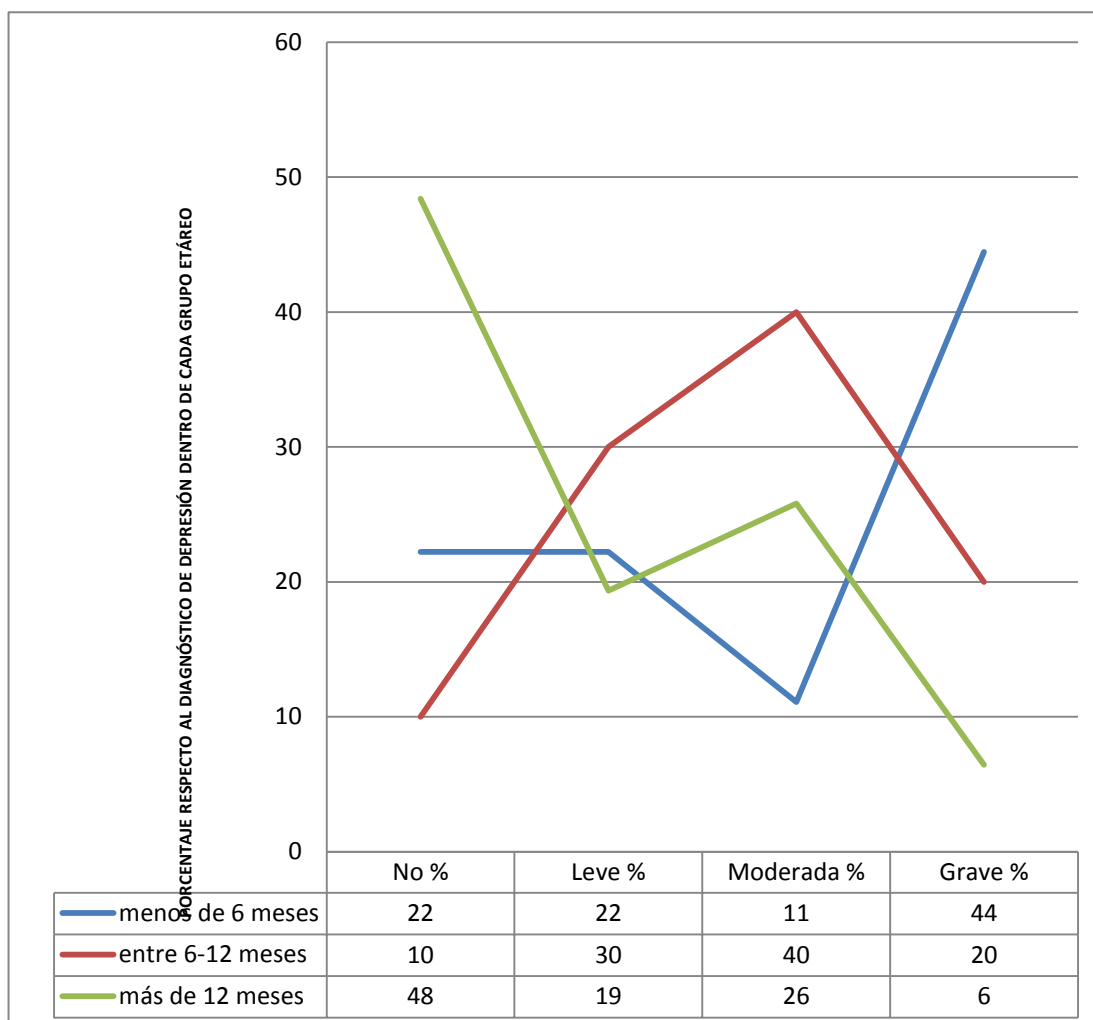
Relación: Tiempo de Tratamiento-Diagnóstico Depresión Zung

DIAGNOSTICO AUTOESTIMA	No %	Leve %	Moderada %	Grave %
TIEMPO DE TRATAMIENTO				
menos de 6 meses	22	22	11	44
entre 6-12 meses	10	30	40	20
más de 12 meses	48	19	26	6

*FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.*

Gráfico # 24.

Relación: Tiempo de tratamiento-diagnóstico depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodiálico



FUENTE: Tabla # 24

Análisis Tabla y Gráfico # 24

- La Información procesada expresa que:
 - ✓ Del grupo de pacientes cuyo tiempo de tratamiento es “menor a 6 meses”, el 22% No presenta Depresión, mientras que el resto del grupo Sí presenta cuadros Depresivos en distintos niveles, así el 22% con nivel Leve, el 11% Moderado y como dato alarmante se observa que el 44%, aproximadamente la mitad del grupo se ubica en el nivel Grave de acuerdo al diagnóstico a través del instrumento utilizado. Esto debido posiblemente al impacto brusco de todo lo que significa su patología y en especial su tratamiento hemodiálico en el período inicial, y que hace que las personas en ocasiones reaccionen de manera antagónica o confusa.
 - ✓ El grupo cuyo tiempo de tratamiento está “entre 6 y 12”, se caracteriza porque su distribución mayoritaria está concentrada en dos de los niveles de Depresión según el instrumento de diagnóstico utilizado, esto es, 30% nivel “Leve” y 40% nivel “Moderado”, por consiguiente y respecto al grupo anterior existe una disminución que resulta negativa en el nivel “No” (ausencia de Depresión), y una disminución porcentual que resulta ser positiva del nivel “Grave”; este último análisis hace referencia a que la disminución en estos dos niveles probablemente obedece a que los pacientes están en un proceso de Transición y equilibrio que hace que los niveles extremos disminuyan y se concentren en los medios.
 - ✓ Respecto al grupo de pacientes cuyo tiempo de tratamiento es “mayor a 12 meses”, una vez distribuidos en los cuatro grupos de diagnóstico del instrumento aplicado, se observa que el mayor porcentaje se ubica bajo el diagnóstico “No” que indica ausencia de Depresión; que los niveles “Leve” y Moderado” ocupan porcentajes inferiores en relación al grupo anterior y, finalmente el nivel “Grave” en relación a los dos grupos anteriores presenta el menor porcentaje.
- De esta manera, se resalta que el proceso del tratamiento hemodiálico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica supone variaciones importantes en la esfera emocional de los pacientes, tanto en el tiempo como en la intensidad, recalando que el período que va desde el inicio del tratamiento hasta aproximadamente 1 año, es el ciclo en donde se dan los cambios más importantes en el paciente y que posteriormente y a medida que transcurre el tiempo éste va adoptando destrezas de orden emocional que le procuran cambios en pos de su salud mental.

Tabla # 25.

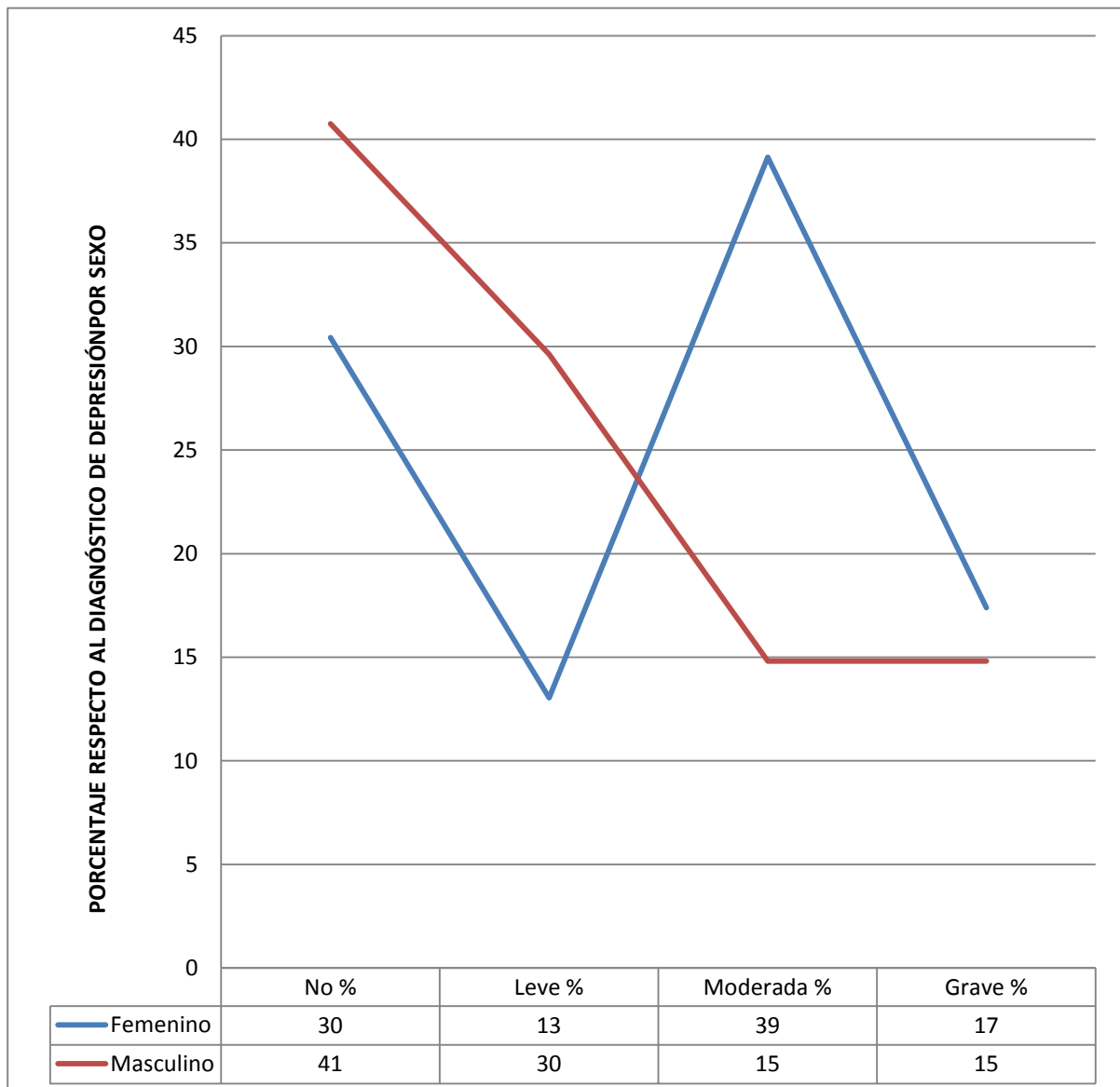
Relación: Sexo de pacientes-Diagnóstico Depresión Zung

Sexo	Diagnostico Autoestima	No %	Leve %	Moderada %	Grave %
Femenino		30	13	39	17
Masculino		41	30	15	15

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 25.

Relación: Distribución del diagnóstico de depresión por sexo en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodiálico



FUENTE: Tabla # 25

Análisis Tabla y Gráfico # 25

- Según los datos recopilados se expone:
 - ✓ En relación al grupo de sexo “Femenino”, se evidencia el mayor porcentaje, esto es 70% en conjunto, distribuido entre los niveles Leve, Moderado y Grave, lo que indica la presencia de Depresión en la mayoría del grupo, quedando el menor porcentaje, importante aún, para quienes No presentan Depresión alguna.
 - ✓ Con referencia al grupo de sexo “Masculino”, observamos similares características, esto es, mayor porcentaje con diagnóstico depresivo en sus distintos niveles y menor porcentaje de quienes No presentan Depresión.
- En conclusión, a pesar de la similitud entre el grupo “Femenino” y Masculino” en la descripción práctica general, técnicamente sí existe una diferencia si relacionamos el dato porcentual de pacientes que No presentan cuadro depresivo, encontrando así que la prevalencia de la Depresión es mayor en Mujeres que en Hombres o bien, mayor en el sexo “Femenino” que en el sexo “Masculino”.

Tabla # 26.

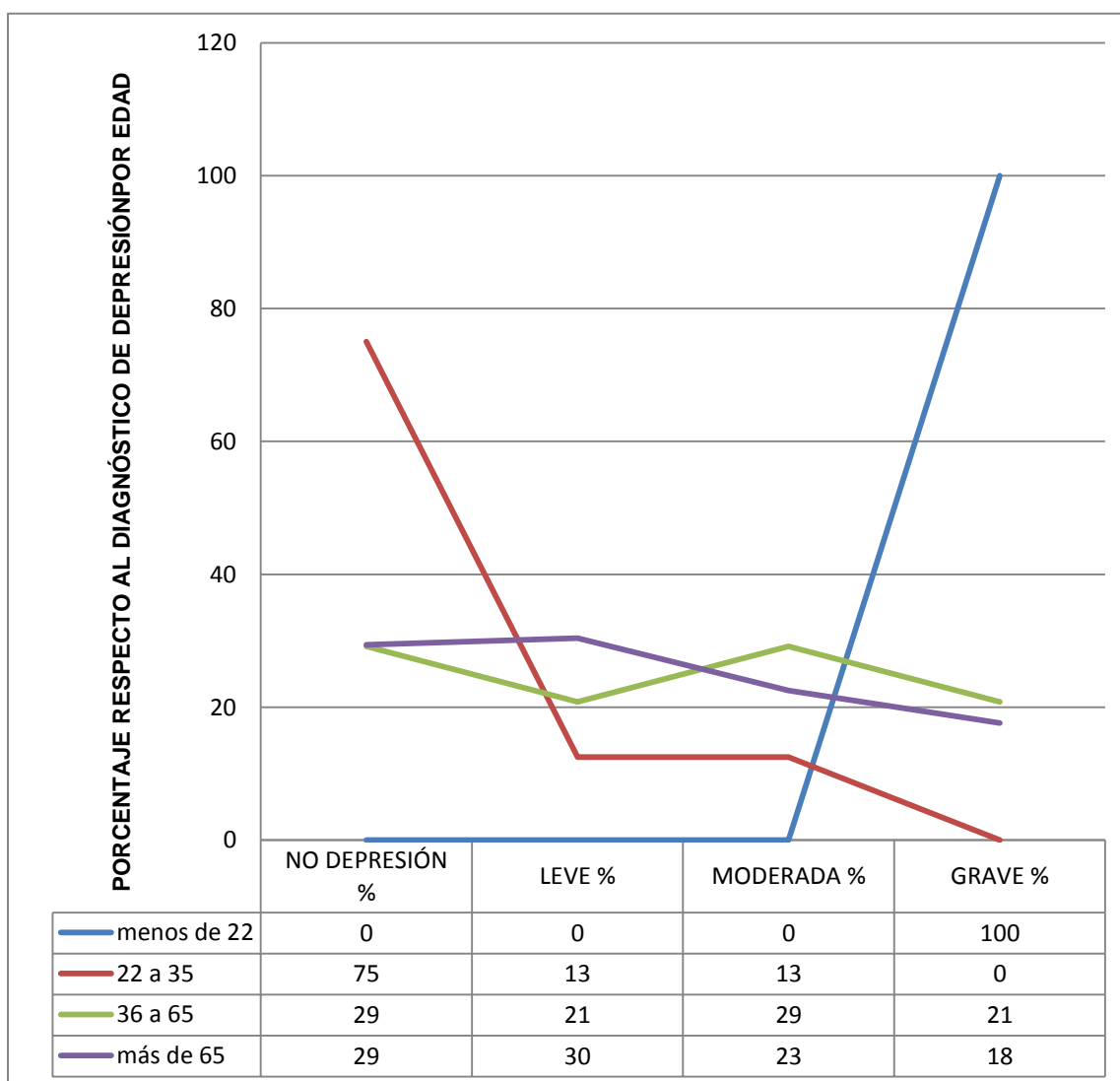
Relación: Edad de pacientes-Diagnóstico Depresión Zung

Edad	No depresión %	Leve %	Moderada %	Grave %
menos de 22	0	0	0	100
22 a 35	75	13	13	0
36 a 65	29	21	29	21
más de 65	29	30	23	18

FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 26.

Relación: Distribución del diagnóstico de depresión por edad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico



FUENTE: Tabla # 26

Análisis Tabla y Gráfico # 26

- De los datos recopilados se expone el siguiente análisis:
 - ✓ Respecto al grupo etario “menos de 22 años”, es claro, el único paciente se ubica en el diagnóstico “Depresión Grave”, lo que a pesar de no ser un dato estadístico importante en cantidad, sirve para formular la hipótesis de que la edad tiene un papel preponderante en la incidencia de la Depresión en los pacientes estudiados.
 - ✓ En relación al grupo cuyas edades oscilan “entre 22 a 35” años, la perspectiva señala que la mayor parte del grupo No presentan Depresión y que es apenas el 25% quienes presentan cuadros Depresivos de niveles “Leve” y “Moderado” y que además excluye al nivel “Grave” pues no existe paciente alguno en esta cota. Es probable que esto se deba a que en esta edad las exigencias y privaciones físicas y emocionales que impone el tratamiento hemodiálico se ven de alguna manera compensadas con características propias a la edad como: jovialidad, intereses varios, objetivos por alcanzar, etc., lo que se resume la menor incidencia de Depresión en este grupo.
 - ✓ Por su parte, el grupo de “36 a 65” años, tiene un fenómeno interesante pues los niveles de diagnóstico de Depresión aparecen distribuidos en porcentajes similares, cabe señalar que este es el grupo de pacientes con más número de ellos en el nivel de diagnóstico “Grave”; esto hace presumir que en este intervalo de edad, las características y estrategias emocionales que mitigaban o compensaban el embate de su patología y tratamiento al grupo anterior van desapareciendo y a esto además se suma el pensamiento existente en algunos pacientes de “inutilidad progresiva”, incapacidad para velar por sus hijos en algunos casos y la consiguiente preocupación que implica tener una familia a cargo, y otros pensamientos que denotan pérdida de esperanzas respecto a su mejoría, pues como es conocido el tratamiento hemodiálico no “sana” solo “mantiene”. Todo esto a groso modo, estructuraría el ambiente que explique los resultados obtenidos dentro del grupo.

- ✓ Finalmente, el grupo “más de 65 años”, presenta una situación similar al anterior, es decir, mayoría con diagnóstico de Depresión en los distintos niveles, e igual porcentaje de pacientes con Ausencia de Depresión, sin embargo, en relación con el grupo anterior, existe un fenómeno que consiste en el desplazamiento de algunos puntos porcentuales de los niveles críticos de depresión “Grave” y “Moderado” hacia el nivel menos crítico “Leve”. De la misma manera, esto quizá se deba a reacciones emocionales propias de la edad “Tercera Edad o Adulto Mayor”, quienes a pesar de mantener pensamientos de incapacidad tienen un alto grado del elemento “resignación” o espiritualidad que hace que logren superar o por lo menos mantener una relativa paz, esto en parte y según lo observado durante el proceso de recolección de datos, el desinterés por su mejoría es mayor que en los otros grupos investigados lo que se traduce probablemente en menos preocupación reduciendo de esta forma los niveles de angustia y por ende motivos para producir cuadros depresivos.

Tabla # 27.

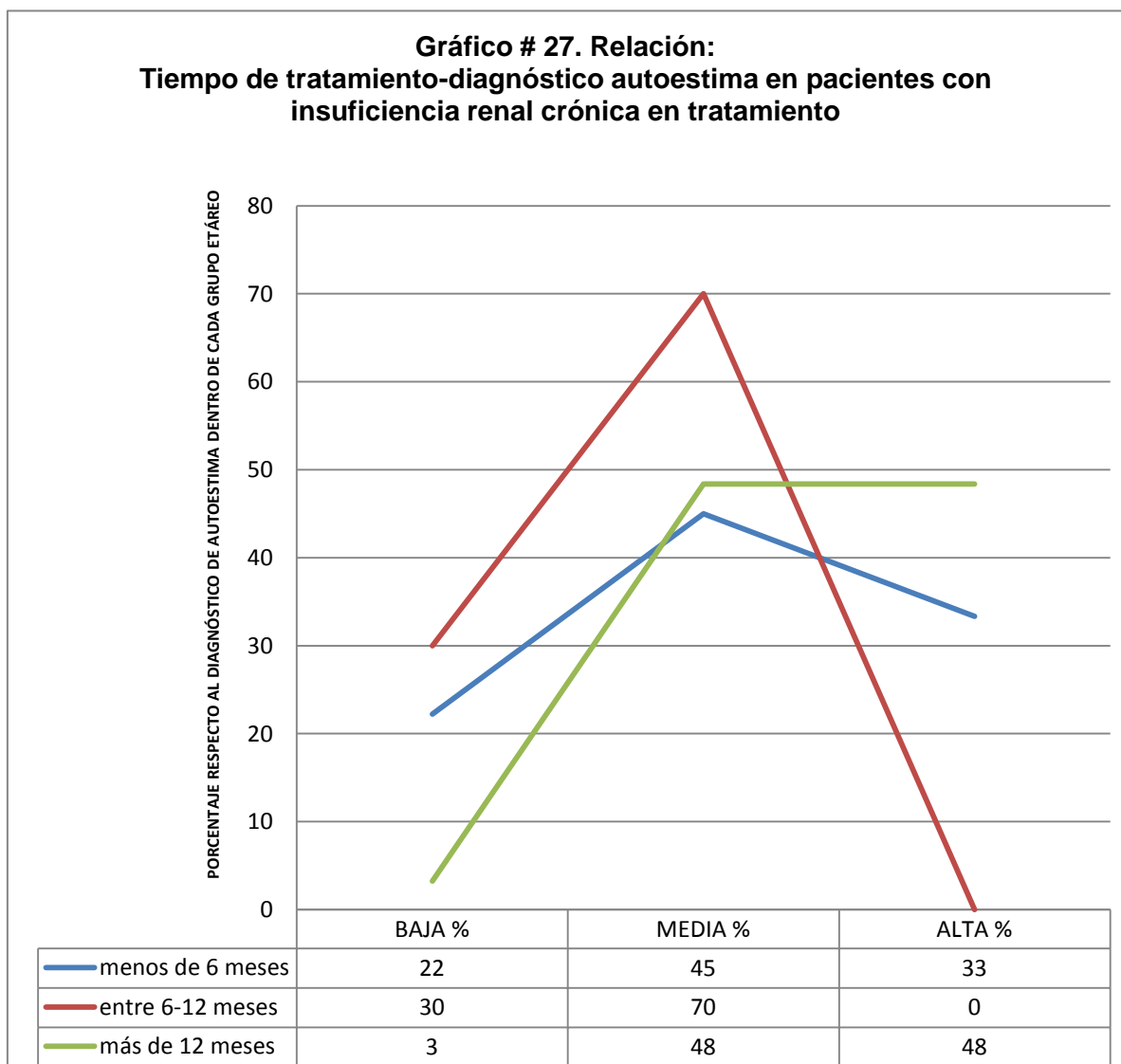
Relación: Tiempo de tratamiento de pacientes-Diagnóstico Autoestima de Coopersmith

Diagnostico Autoestima	Baja %	Media %	Alta %
Tiempo de Tratamiento			
menos de 6 meses	22	45	33
entre 6-12 meses	30	70	0
más de 12 meses	3	48	48

FUENTE: Clínica Menydial, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 27.

Relación: Tiempo de tratamiento-diagnóstico autoestima en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento



FUENTE: Tabla # 27

Análisis Tabla y Gráfico # 27

- Los resultados obtenidos expresan que:
 - ✓ De los pacientes cuyo tiempo de tratamiento es menor a 6 meses, se observa que quienes obtuvieron un diagnóstico de “Autoestima Baja” son el 22%; los que obtuvieron un diagnóstico de “Autoestima Media” el 45%, y por último quienes obtuvieron el diagnóstico de “Autoestima Alta” son el 33%. Así, el hecho de que la más de mitad del grupo están distribuidos en los niveles extremos de diagnóstico “Bajo” y “Alto”, se explica como reacción Polarizada por así decir que provocaría que el paciente tenga bajo control toda la estructura de su Autoestima como es éste el caso, o a su vez pierda el control de ella llegando a disminuirla a niveles críticos.
 - ✓ Dentro del grupo de pacientes cuyo tiempo de tratamiento está entre 6 y 12 meses, se observa que quienes obtuvieron un diagnóstico de “Autoestima Baja” son el 30%; los que obtuvieron un diagnóstico de “Autoestima Media” el 70%, y por último, no existieron pacientes que se ubiquen en el grupo de diagnóstico de “Autoestima Alta”. Lo anterior hace presumir que los pacientes empiezan un proceso de Transición (paso del proceso inicial o de impacto al proceso de Habitación) que hace que los porcentajes de los niveles extremos “Bajo” y “Alto” disminuyan y se concentren en el nivel “Medio” de acuerdo al diagnóstico del instrumento empleado.
 - ✓ Del grupo de pacientes cuyo tiempo de tratamiento es mayor a 12 meses, una vez distribuidos en los tres grupos de diagnóstico del instrumento aplicado, se observa que quienes obtuvieron un diagnóstico de “Autoestima Baja” son el 3%; los que obtuvieron un diagnóstico de “Autoestima Media” el 48%, y finalmente quienes obtuvieron el diagnóstico de “Autoestima Alta” son el 48%. Lo que se deba posiblemente al hecho de que los pacientes hayan encontrado estrategias útiles para recuperar o mejorar su Autoestima inicial, quizá algunos de los elementos preponderantes sean: la Habitación a los cambios impuestos por su enfermedad y tratamiento y, Resignación entendiéndola como tolerancia y paciencia en las estas adversidades.
- En resumen, se puede afirmar que el inicio del proceso del tratamiento hasta aproximadamente un año, es el período más crítico para los pacientes puesto que por factores diversos entre los cuales encontramos el cambio brusco y permanente del sistema de vida producto de la patología y el proceso del tratamiento hemodiálico, su Autoestima se ve afectada y que a medida que transcurre el tiempo el paciente va encontrando estrategias emocionales y espirituales que mitiguen el impacto de su enfermedad y logra equilibrar o mejorar su Autoestima.

Tabla # 28.

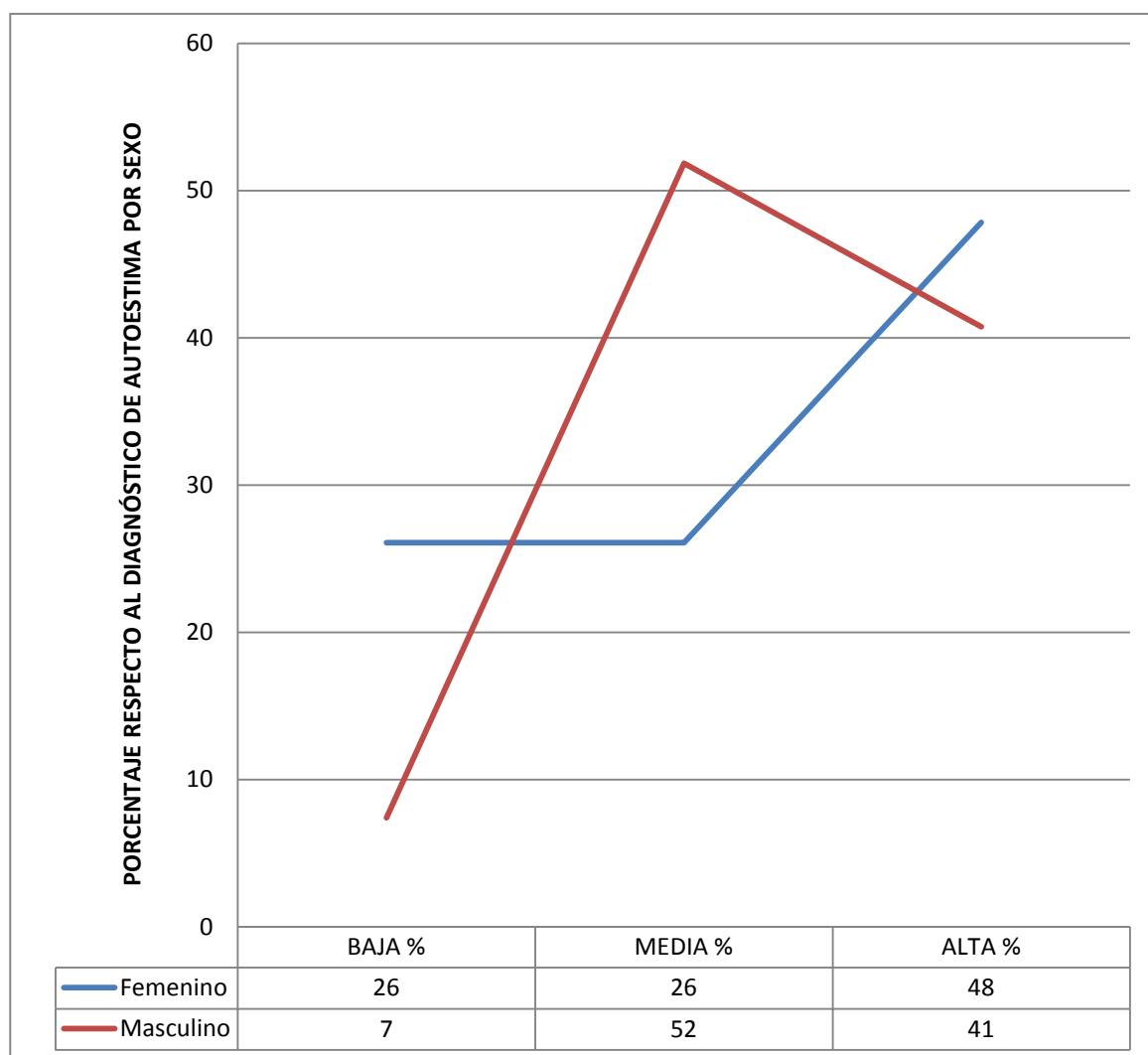
Relación: Sexo de pacientes-Diagnóstico Autoestima de Coopersmith

Diagnostico Autoestima	Baja %	Media %	Alta %
Sexo			
Femenino	26	26	48
Masculino	7	52	41

*FUENTE: Clínica Menydia, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.*

Gráfico # 28.

Relación: Distribución del diagnóstico de autoestima por sexo en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico



FUENTE: Tabla # 28

Análisis de Tabla y Gráfico # 28

- En base a los datos recopilados se expone el siguiente análisis:
 - ✓ Respecto al Sexo Femenino, se evidencia el mayor porcentaje, aproximadamente la mitad del grupo de éste género con diagnóstico “Alto”, mientras que los otros dos niveles diagnósticos “Bajo” y “Medio” están distribuidos en porcentajes iguales en la otra mitad del grupo. Así, se puede mencionar de manera general el buen estado de la Autoestima en pacientes de sexo Femenino en medio de lo que significa su patología y tratamiento, sin olvidarnos claro de quienes forman parte del grupo con diagnóstico de Autoestima “Baja”.
 - ✓ Con relación al Sexo Masculino, se observa que prácticamente los dos mejores niveles de diagnóstico están ocupados por casi la totalidad de los pacientes que conforman este grupo, dejando únicamente un pequeño porcentaje a quienes se ubican en el nivel de diagnóstico “Bajo”. De esta manera, se evidencia una mejor situación del elemento Autoestima en el género Masculino respecto al Femenino, partiendo del hecho que el sexo Masculino cuenta con un porcentaje menor de pacientes con diagnóstico de Autoestima “Baja”, y por consiguientes más pacientes en los niveles “Medio” y Alto”.

Tabla # 29.

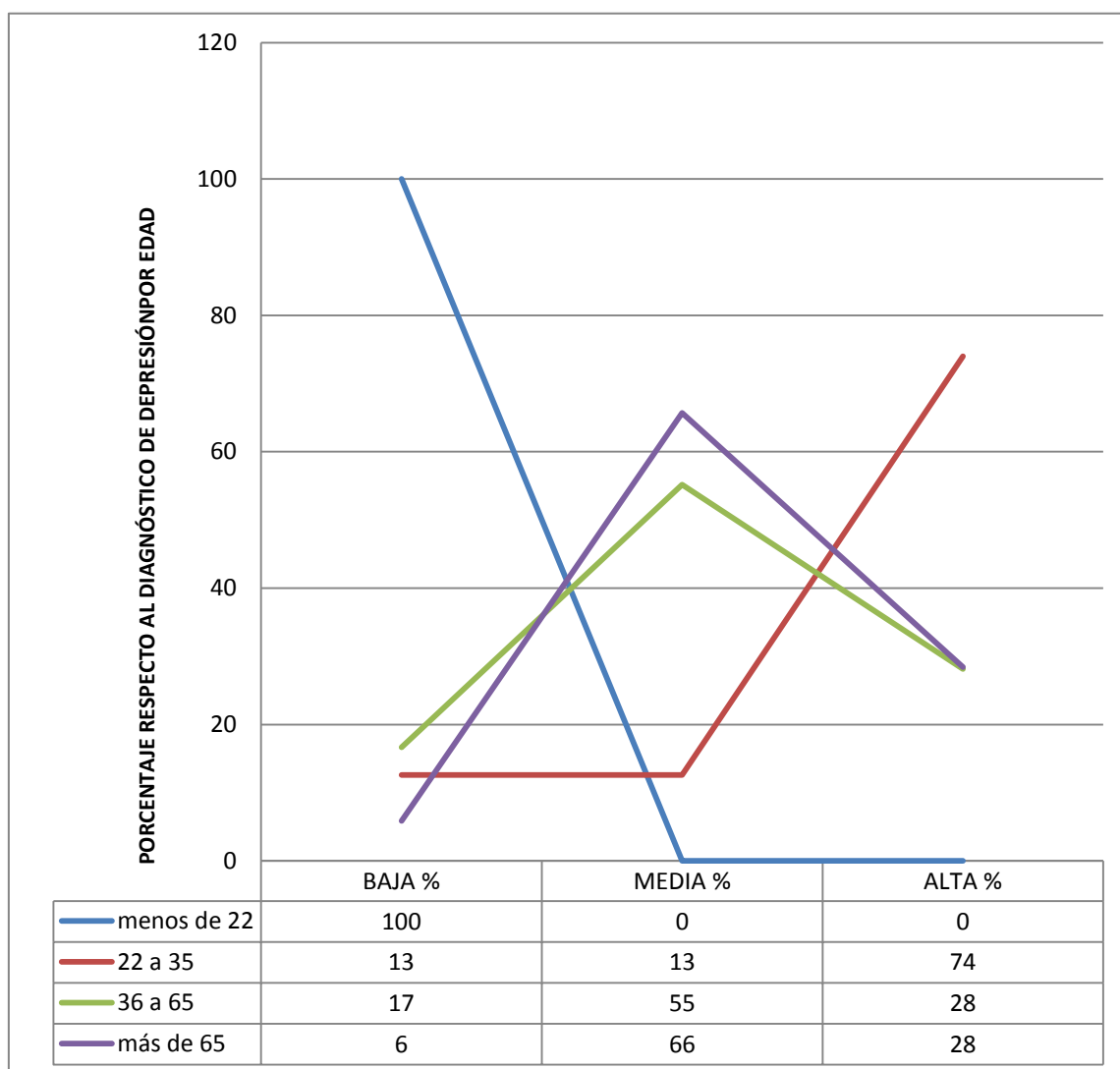
Relación: Edad de pacientes-Diagnóstico Autoestima de Coopersmith

Diagnostico Autoestima	Baja %	Media %	Alta %
Edad			
menos de 22	100	0	0
22 a 35	13	13	74
36 a 65	17	55	28
más de 65	6	66	28

FUENTE: Clínica Menydial, julio 2012
ELABORACIÓN: Mauricio Coello.

Gráfico # 29.

Relación: Distribución del diagnóstico de autoestima por edad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico



FUENTE: Tabla # 29

Análisis de Tabla y Gráfico # 29

- Con los datos obtenidos se expone el siguiente análisis:
 - ✓ En relación al grupo etario “menos de 22 años”, es claro que el único paciente posee el diagnóstico “Autoestima Baja”.
 - ✓ Respecto al grupo cuyas edades están “entre 22 a 35” años, el panorama indica que aproximadamente las tres cuartas partes del grupo muestran un nivel de diagnóstico de Autoestima “Alta” lo que supone un buen manejo de la misma, mientras el porcentaje restante está compartido en partes iguales por quienes tienen niveles de Autoestima “Baja” y “Media”.
 - ✓ Por su parte, el grupo de “36 a 65” años, tiene una prevalencia clara por el diagnóstico de Autoestima “Media”, seguido por pacientes con nivel “Alto”, y por último aquellos con nivel “Bajo”, demostrando en promedio la buena situación de su Autoestima.
 - ✓ Finalmente, el grupo “más de 65 años”, presenta una situación similar al grupo anterior, es decir, gran mayoría en el nivel “Medio”, seguido por el nivel “Alto” y relegando al último sitio al nivel “Bajo” que incluso es el menor porcentaje en relación a los alcanzados por este nivel en los otros grupos etarios.
- Concluyendo de forma general la buena situación de la Autoestima en los pacientes respecto a los grupos etarios analizados.

Análisis General

En síntesis, la evaluación permitió determinar el contexto actual de los pacientes, esto a fin de conocer a ciencia cierta el direccionamiento y niveles de necesidad, así como conocimiento del grupo objetivo.

Se observó que el inicio del proceso del tratamiento hasta aproximadamente un año, es el período más crítico para los pacientes puesto que por factores diversos entre los cuales encontramos el cambio brusco y permanente del sistema de vida producto de la patología y el proceso del tratamiento hemodiálico, su Autoestima se ve afectada y que a medida que transcurre el tiempo el paciente va encontrando estrategias emocionales y espirituales que mitigan el impacto de su enfermedad y logran equilibrar o mejorar su Autoestima.

Así mismo, se evidenció una mejor situación de la Autoestima en el género Masculino respecto al Femenino, partiendo del hecho que el sexo Masculino cuenta con un porcentaje menor de pacientes con Autoestima “Baja”, y por consiguiente más pacientes en los niveles “Medio” y Alto”. Concluyendo de forma general la buena situación de la Autoestima en los pacientes respecto a los grupos etarios.

Se resalta además que el proceso de tratamiento hemodiálico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, supone variaciones importantes en la esfera emocional de los pacientes, tanto en el tiempo como en la intensidad, recalcando que el período que va desde el inicio del tratamiento hasta aproximadamente 1 año, es el ciclo en donde se dan los cambios más importantes en el paciente y que posteriormente y a medida que transcurre el tiempo éste va adoptando destrezas de orden emocional y espiritual que le procuran cambios en pos de su salud mental.

Resulta importante mencionar que, quizá por reacciones emocionales propias de la edad “Tercera Edad o Adulto Mayor”, pesar de mantener pensamientos de incapacidad, tienen un alto grado del elemento “resignación” y mucho apego al aspecto espiritual o religioso, lo que hace que logren una relativa paz; esto en parte y según lo observado durante el proceso de evaluación, el desinterés por su mejoría es mayor que en los otros grupos investigados lo que se traduce probablemente en menos preocupación reduciendo de esta forma los niveles de angustia y por ende motivos para producir cuadros depresivos.

De manera global, se concluye a manera de extrapolación que los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico son un grupo altamente vulnerable a padecer dolencias de orden psicológico, por lo que la orientación terapéutica tanto en lo que tiene que ver con el aspecto médico como el psicológico, debe propender un tratamiento sistémico, es decir, articular procesos clínicos preventivos, curativos e integradores continuos, lo cual se convierte en horizonte del Programa de Capacitación Psicoterapéutica integradora a ejecutar.

Anexo 2.- Ficha de Datos Personales

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Escuela de Medicina – Maestría en Gerencia de Salud
Clínica Menydia

FICHA DE DATOS PERSONALES

Paciente

Nombre y apellidos:.....

Edad actual..... Edad al diagnóstico.....

Sexo..... # de hospitalizaciones.....

Estado civil: Soltero..... Unión libre..... Casado..... Viudo.....

Instrucción..... Continúa..... No continúa.....

Empleo: si..... no.....

Ambiente Familiar: Bueno..... Regular..... Malo.....

de habitantes en su casa..... # de cuartos.....

Servicios básicos: Luz eléctrica..... agua potable.....

Establecimiento

de expediente.....

Cumplimiento del tratamiento: si..... no.....

Asistencia a la consulta Externa: si..... no.....

Estado nutricional: Desnutrido..... Normal..... Sobrepeso..... Obesidad.....

Cumplimiento de la dieta: si..... no.....

de Hemodiálisis a la semana.....

Tiempo de Tratamiento.....

Tipo de Financiamiento: Privado..... IESS.....

Fecha de aplicación:.....

Anexo 3.- Registro Base de pacientes

"REGISTRO BASE" DE PACIENTES MENYDIAL														TOTAL
Nº	Financiamiento	Nombre	H.C.M.	Tiempo Tratamiento		#Hemodialis por semana	Horario			Instrumentos Aplicados				
				años	meses		Turno	Hora	Días	Encuesta	Coopersmitt	Zung	ENESE	
1	PRIVADO	No Nombre	050	1	6	3	3er	15:30 - 19:30	L,M,V	1	1	1	1	4

Anexo 4.- Registro individual, datos recopilados por la ficha de datos personales.

"REGISTRO INDIVIDUAL"											
DATOS RECOPIADOS POR INSTRUMENTO FICHA DE DATOS PERSONALES Y CLÍNICOS											
Variable		HCM	Respuesta	HCM	Respuesta	HCM	Respuesta	HCM	Respuesta	HCM	Respuesta
PACIENTE	Edad actual		51								
	Edad al diagnóstico		49								
	Sexo		M								
	# Hospitalizaciones		4								
	Estado civil		Divorciado								
	Instrucción		Superior								
	Empleo		No								
	Ambiente familiar		Bueno								
	# habitantes en la casa		5								
	# de habitaciones		8								
Servicios básicos	050	Todos									
ESTABLECIMIENTO	Cumplimiento de tratamiento		Sí								
	Asistencia a consulta externa		Sí								
	Estado nutricional		Normal								
	Cumplimiento de la dieta		Sí								
	# de Hemodialis por semana		3								
	Tiempo de tratamiento		1año, 6meses								
	Tipo de financiamiento		PRIVADO								

Anexo 5.- Inventario de Coopersmith

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Escuela de Medicina – Maestría en Gerencia de Salud
Clínica Menydia

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste el siguiente cuestionario marcado con una "X" la respuesta que mejor describa como se siente frecuentemente; solo debe marcar una respuesta y sin dejar pregunta sin contestar. Este cuestionario es totalmente confidencial.

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

Calificación.....

Observaciones.....

Anexo 6.- Test de Depresión Zung

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Escuela de Medicina – Maestría en Gerencia de Salud

Clínica Menydia

TEST DE ZUNG

Conteste con la mayor sinceridad en cada una de las 20 preguntas, marcando con una **X** en la columna que más se ajuste a lo que está experimentando en estos últimos 3 meses.

ITEM	SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
1	Me siento abatido, desanimado y triste				
2	Por la mañana es cuando me siento mejor				
3	Tengo ataques de llanto y deseos de llorar				
4	Tengo problemas de sueño durante la noche				
5	Como igual que antes				
6	Disfruto admirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos				
7	Noto que estoy perdiendo peso				
8	Tengo problemas de estreñimiento				
9	Mi corazón late más rápido que de costumbre				
10	Me canso sin motivo				
11	Mi mente no está tan despejada como siempre				
12	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13	Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto				
14	Tengo esperanzas en el futuro				
15	Estoy más irritable que de costumbre				
16	Tomo decisiones fácilmente				
17	Siento que soy útil y necesario				
18	Siento que mi vida está llena				
19	Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto				
20	Sigo disfrutando con lo que hacía				

PACIENTE.....FECHA.....

PUNTAJE TOTAL.....

DIAGNÓSTICO.....

OBSERVACIONES.....

Anexo 7.- Escala numérica ENESE

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Escuela de Medicina – Maestría en Gerencia de Salud
Clínica Menyidal

ESCALA NUMERICA PARA EVALUAR SINTOMAS ESPIRITUALES, ENESE

Síntomas	Preguntas	3	2	1	0
Dolor espiritual	¿Usted siente dolor de adentro...del alma... como desagrado o infelicidad... (R. Positiva) eso lo aflige...lo desespera...?	Sensación de infelicidad o desagrado interno, con desesperación.	Sensación de infelicidad o desagrado interno, con angustia.	Sensación de infelicidad o desagrado interno.	Sensación de bienestar interno. Puede identificar algún crecimiento
Auto castigo	¿En ocasiones se aísla...o no cumple su tratamiento... (R. Positiva) puede que con eso se dañe o castigue... siente falta...? ¿Un apoyo espiritual le ayudaría...lo ha buscado?	Se daña aislándose, o no cumpliendo tratamientos... Puede no estar consiente de su falta.	Se daña... por sentirse en falta o ser pecador. Duda del apoyo y/o perdón.	Se daña... por sentirse en falta o ser pecador. Busca apoyo y/o perdón.	Conciencia de imperfección humana, ser perdonado por sí mismo y su creencia.
Búsqueda Proyectada	¿Espera cambios para sentir alivio interno... lo exige... en quien... y tiene algún sintoma persistente disminuye con su tratamiento...?	Exige cambios en otras personas (demandante) y/o síntomas para sentir alivio interno.	Espera cambios en otras personas y síntomas para sentir un alivio interno.	Espera cambios en otras personas o síntomas para sentir alivio interno.	Proceso consiente de búsqueda espiritual en sí mismo y acoge el apoyo.
Angustia espiritual	¿Percebe algo positivo en su historia de vida...en su enfermedad... y en la muerte... esto lo percibe con angustia o tranquilo?	Con aflicción no encuentra significado positivo a las 3 (vida, enfermedad y muerte)	Con aflicción no encuentra significado positivo a 2 de 3 (vida, enfermedad y muerte)	Con aflicción no encuentra significado positivo a 1 de 3 (vida, enfermedad y muerte)	Tranquilo encuentra un significado positivo en su vida, enfermedad y muerte. Logra aprendizajes
Incredulidad	¿Cree en usted...en otras personas como su familia, su medico... y en su creencia...?	Duda o rechaza creer en los 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Duda o rechaza creer en 2 de 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Duda o rechaza creer en 1 de 3 (sí mismo, otros y su creencia).	Cree en sí mismo, los demás y su creencia.
Desesperanza	¿Admite o espera algo bueno para más adelante... para usted...para otros... confiado o afligido?	Se aflige por no admitir un bien futuro para sí mismo ni para su familia u otros.	Se aflige por no admitir un bien futuro para sí mismo.	Se aflige por no admitir un bien futuro para su familia u otros	Espera confiado un bien futuro deseado para sí mismo, su familia u otros.
Desamor	¿Siente molestia o indiferencia o rabia hacia usted... a otros... a su creencia... como un vacío interno?	Siente molestias o indiferencia o rabia a los 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Siente molestias o indiferencia o rabia a 2 de 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Siente molestias o indiferencia o rabia a 1 de 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Siente amor a sí mismo, otros y su creencia.

PACIENTE.....FECHA.....

PUNTAJE TOTAL.....

DIAGNÓSTICO.....

OBSERVACIONES.....

Anexo 8.- Oficio de solicitud de reunión

Ibarra, 01 de agosto de 2012

Sra.

Lic. Zoila Chávez

ADMINISTRADORA CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENIDYAL IBARRA

Presente.-

De mis consideraciones:

Por este medio tengo a bien solicitarle de la manera más comedida se digne concederme un espacio de su tiempo a fin de realizar una reunión con su personal para tratar asuntos de la conformación del Programa de Capacitación Integral mismo que forma parte del Plan de acción que estoy llevando a cabo en su distinguida institución. Tal evento tendría lugar el día lunes 6 de agosto del 2012 a partir de las 16:00, horario en que existe factibilidad de realizarlo en la institución.

Por lo anteriormente expuesto, y seguro de una atención favorable a este pedido, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,



Psc. Mauricio Coello
MAESTRANTE GSDL UTPL

Anexo # 9.- Contenido del Programa de Capacitación y adiestramiento

Programa de capacitación en apoyo psicológico-espiritual y adiestramiento práctico sobre nuevas tendencias integrativas en el tratamiento integral de pacientes con IRC en tratamiento hemodiálico

1. Definición

“Programa de Capacitación Psicoterapéutica integradora a familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento hemodiálico y al personal de la Clínica Menydia Ibarra.”

2. El Programa:

Es un instrumento encaminado al apoyo psicológico del grupo descrito y además aplicable a otros grupos con patologías similares.

Este programa se basa en los resultados obtenidos en la evaluación respectiva y en los requerimientos de Menydia Ibarra, sumados a investigaciones anteriores, que en conjunto amplían y aclaran el panorama del campo de intervención psicoterapéutica. El aspecto teórico también se sustenta en estudios de autores de renombre en el campo de la psicología y por último, ésta propuesta presenta técnicas y procedimientos reconocidos a nivel mundial con el aporte personal respectivo.

Es importante entonces aclarar que la orientación principal del presente Programa de Capacitación Psicoterapéutica integradora, es de tipo Cognitivo Conductual reforzada desde luego con elementos y técnicas importantes de otras corrientes.

De esta manera se propone una serie de esquemas psicoterapéuticos en un orden sistemático que estructuran el proceso de terapia pertinente y que a fin de influir de la forma esperada se vale de criterios integrativos acerca de lo que significa la Autoestima, Depresión y Espiritualidad, adaptándolo además en lo posible a cada subgrupo estudiado y tomando en cuenta la realidad global e individual de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Hemodiálico.

3. Objetivos

- Aportar con una propuesta que más se adapte a la realidad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodiálico.
- Presentar de la forma más clara los elementos teóricos que sustentan la presente propuesta psicoterapéutica.
- Ofrecer una programación flexible y práctica para quienes no poseen el conocimiento del contexto de psicoterapia y detallada para quienes son los encargados directos de ésta área.
- Manejar diversas orientaciones psicoterapéuticas (psicológica y espiritual), a fin de conseguir mejores resultados.
- Procurar la innovación en el proceso psicoterapéutico y en el manejo de técnicas y herramientas a fin de mejorar los resultados de su aplicación.
- Sumar el aporte personal al componente teórico básico buscando mejorar las derivaciones de la aplicación de la guía propuesta.
- Implementar esta Propuesta al proceso terapéutico actual de los pacientes investigados de tal manera que en forma conjunta fomente los resultados positivos y así mejorar la calidad de vida de la persona con enfermedad crónica, favoreciendo su bienestar, facilitando la adaptación a la enfermedad.

4. Fundamentación Teórica

Este Programa de Capacitación, nace como una orientación hacia el desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con IRC y se basa en estrategias de asesoramiento encaminadas a controlar las fuentes originadoras de los desbalances en las reacciones emocionales, principalmente en aquellos propuestos en esta investigación como lo son Autoestima y Depresión.

Así, en el curso del tiempo dentro del campo de la psicología clínica encontramos variados puntos de vista y orientaciones en el tratamiento de la Autoestima y Depresión, orientaciones que han ido evolucionando siendo ratificadas y rectificadas en estudios rigurosos permanentes por personajes que dedicaron su vida a la investigación de las reacciones emocionales a distintos estímulos dentro de un contexto social. Aquí se presentan las más relevantes tendencias y sobre todo las que más se ajustan a las condiciones de los pacientes tratados:

PSICOTERAPIA EN AUTOESTIMA

Partiendo del hecho que la Autoestima se la construye a través de varios medios o estímulos internos como externos, se hace necesario abordar al paciente de forma individual y a su entorno, interviniendo en pensamientos distorsionados y su núcleo familiar.

Así entre aquellos pensamientos distorsionados a modificar según Marcuello (2008) tenemos:

Sobregeneralización o crear una regla general a partir de un hecho aislado, *Designación global* o utilizar términos peyorativos para designarse a uno mismo en lugar de concretar el error, *Pensamiento Polarizado* o llevar las cosas a los extremos, *Autoacusación* o autoculparse de todo, *Personalización* o relacionar a todo lo acontecido con nosotros, *Lectura del pensamiento* o suposiciones no comprobadas, *Falacias de control* o creerse una responsable y víctima de los acontecimientos, *Racionamiento emocional* o hacer afirmaciones sin contrastarlas con otras situaciones en nuestras vidas.

Por otro lado respecto al núcleo familiar del paciente al ser uno de los más importantes en el contexto social del paciente, hay que tener en cuenta que en los cuidados paliativos en enfermedades como la Insuficiencia Renal Crónica, la esfera familiar contribuye enormemente a los cuidados del enfermo por lo tiene que recibir la atención e instrucción necesarias para no influir negativamente en la evolución del paciente.

➤ **Terapia Sistémica orientada al Mejoramiento de la Autoestima**

Este tipo de psicoterapia considera al individuo y al grupo como un sistema ecobiopsicosocial, al cual se puede acceder a través de dos vías durante el proceso psicoterapéutico, la Primera compuesta por sus características y actitudes y la Segunda por medio del control de la ansiedad. En conjunto se orientan hacia la modificación final de las predisposiciones que por el impacto de la enfermedad y el tratamiento se ven conflictuadas.

Balarezo (2003), plantea que:

Esta terapia debe ser manejada con la colaboración del núcleo familiar del paciente, esto en un tiempo controlado sistemáticamente, en distintas fases 5 en total, y utilizando técnicas de modificación de predisposiciones seguidas de entrenamiento autógeno o autorelajación concentrativa cuyos objetivos primordiales son en este caso: *Autotranquilización* fruto de la relación interna y no de la imposición, *Autodeterminación* conseguida por la formulación de propósitos representados en estado de concentración, y finalmente *Autocrítica* por medio de la visión interior en el curso de la concentración.

La Terapia Sistémica requiere una gran asistencia del terapeuta, principalmente en las primeras fases del proceso, a través de participaciones de tipo verbal y no verbal para indicar características, estimular la participación de los miembros y precisar los aspectos necesarios en la estrategia general.

Como elemento relevante a tener en cuenta, Balarezo (2005), advierte que:

La presencia de una *“barrera cognoscitiva emocional”* que estanca al paciente en una actitud que impide el autorreconocimiento de sus características y por ende su posterior cambio, esta limitación puede ser expresada como una predisposición de *huida, búsqueda de apoyo o reafirmación*.

Así el manejo que se le dé a esta barrera será primordial para el buen curso de la misma.

Dentro de las técnicas a utilizar bajo esta corriente están las siguientes:

- **Mantenimiento:** Incorporación al sistema familiar del paciente.
- **Rastreo:** Con orientación diagnóstica como reestructurarte.
- **Reenmarcación:** Para crear un nuevo diseño de la estructura familiar corrigiendo errores del grupo, fortaleciendo al individuo.
- **Asignación de Tareas:** Para trasladar algunos aspectos de la terapia a la vida diaria.

➤ **Terapia Racional y Cognitiva orientada al mejoramiento de la Autoestima**

Autores como Bejterev en su Psicoterapia Explicativa; Dubois con la psicoterapia Racional; Ellis y la terapia Racional Emotiva; Lazarus con la Reestructuración Cognitiva y el Cambio de Rotulación Cognoscitiva propuesta por conductistas, han contribuido enormemente en la estructuración de este proceso.

Según Balarezo (2005), esta Terapia recibe otras denominaciones de acuerdo a la actitud directriz del terapeuta, como por ejemplo: “*Explicativa* con una orientación directiva, *Persuasiva* con una orientación de modificación de los contenidos de la conducta del paciente.”

A decir de Balarezo, la conceptualización de la terapia Racional debe abarcar un terreno amplio tanto como para englobar la mayoría de técnicas que empleen recursos de tipo persuasivo o que modifiquen esquemas mentales a través del razonamiento del paciente.

Propiamente la Terapia Racional involucra estrategias dirigidas a proporcionar información, básicamente en lo que respecta a la etiología o génesis de estado patológico o no al igual que sus mecanismos de formación.

Es importante tomar en cuenta que en ocasiones el conflicto radica en la falta de preparación del sujeto para afrontar los problemas o en su limitada o menoscabada reserva de habilidades emocionales (Baja Autoestima) para salir a flote en impactos como los que supone una enfermedad crónica caso específico de nuestro estudio, por lo que, la terapia Racional Cognitiva recurre a instrumentos que promueven formas adaptativas orientadas a enfrentar las contingencias de la vida (Autoestima Alta).

La modificación de errores de razonamiento es de crucial importancia en el tratamiento de la Autoestima pues supone el restablecimiento o implantación de razonamientos lógicos que influyan en la reestructuración de la Autoestima afectada del paciente.

Según Balarezo, las barreras principales para el pensamiento y la emoción son “la inteligencia limitada, la incapacidad para utilizar una buena inteligencia y la perturbación neurótica” (p. 81), elementos suficientes para desequilibrar el correcto accionar de una buena Autoestima.

Con respecto al comportamiento neurótico o denominado *autosabotaje*, el autor considera:

Es el resultado de alguna clase de *ignorancia básica o falta de percepción* por parte del individuo perturbado, que a veces puede ser por condiciones biofísicas pero que más usualmente es por las propias ideas, algunas de ellas conscientes y otras sostenidas obstinadamente sin darse cuenta. (p. 81)

Lo anterior claramente se puede proyectar al campo de la Autoestima puesto que la deficiencia en la percepción y concepción de las características propias y el entorno del individuo son elementos que propician un deterioro progresivo de las estructuras de Autoimagen y Autoconcepto.

Otro aspecto que combate la terapia Racional en relación a la Autoestima son los Complejos, que resultan no ser más que “una cadena de ideas negativas acerca de lo que puede (o no) ser un conjunto desafortunado de hechos”, los que originan un estancamiento en el proceso de construcción de la Autoestima.

Se busca además controlar la influencia social que plantea situaciones de conflicto entre intereses individuales y grupales, es decir, autoexpresión y aceptación social.

Balarezo (2005), propone 11 ideas irracionales que se pueden encontrar en individuos perturbados o con una baja Autoestima y que son originadas por la acción nociva de la educación, a los cuales la terapia Racional combate:

- **Aprobación social**, creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que hace.

- **Miedo al fracaso**, creer que uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles.
- **Acusaciones y autoacusaciones**, creer que ciertas personas son malas, villanas y malvadas y que deben ser severamente castigadas.
- **Frustración**, creer que es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera.
- **Autodominio**, creer que la desdicha personal siempre tiene causa externa y que uno es incapaz de controlar las aflicciones o sentimientos negativos.
- **Angustia**, creer que ante algo que es o que puede ser peligroso o terrible uno debe ocuparse intensamente de ello y sentirse trastornado.
- **Autodisciplina**, creer que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida, que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias.
- **Aceptación de la realidad**, creer que la gente y las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad.
- **Superación de la inercia y concentración creadora**, creer que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o gozando de sí mismo pasivamente y sin comprometerse.
- **Confianza en sí mismo**, creer que necesitamos alguna cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos en que confiar.

Durante el proceso psicoterapéutico el paciente irá descubriendo las muchas autoverbalizaciones o frases ilógicas, irracionales y por lo general internalizadas, y así efectivizar la práctica contraria a fin de trocar las ideas que lo han perturbado.

Resulta entonces necesario acoplar al proceso técnicas conductuales en las que el mismo individuo deliberada y racionalmente maneje circunstancias como en nuestro caso la enfermedad y tratamiento hemodiálico a fin de modificar los sesgos incorporados a su sistema de vida.

Dentro de las técnicas a utilizar bajo esta corriente están las siguientes:

- **Proporción de Información:** Cuyo propósito será el abordaje de su patología y pronóstico.
- **Resolución de problemas:** A fin de desarrollar estrategias de afrontamiento con la combinación de diversas alternativas propias y sugeridas.
- **Modificación de errores de razonamiento:** A través de estrategias persuasivas se buscará deshacer errores de razonamiento y reestructurando críticamente toda la situación conflictiva.
- **Autocontrol:** Con la que se busca lograr que el paciente de manera deliberada y racionalmente maneje situaciones anteriores y posteriores a una conducta para modificarla.
- **Asertividad:** Para incorporar en el paciente pensamientos propositivos.

PSICOTERAPIA EN DEPRESION

Cuando una persona sufre de una enfermedad física y tiene que quedarse en cama tomando medicinas, entendemos rápidamente lo que le sucede. Con sólo mirarlo vemos su dificultad y no le exigimos que se levante de la cama. Lo cuidamos, lo comprendemos y lo acompañamos hasta que mejore.

Pero qué pasa cuando una dolencia física como la Insuficiencia Renal Crónica va acompañada de una dolencia psíquica como la Depresión?. Como sabemos, en todas las enfermedades mentales, se afecta el sistema de pensamiento y no se tiene una cabeza de repuesto para poder pensar e interpretar la vida de la misma manera que se hacía antes de enfermar.

A la persona deprimida no la vemos con un termómetro al lado de la cama y sin embargo no puede hacer lo mismo que hacía antes; está tan limitado como cualquier enfermo, no se puede mover, no puede cambiar, no puede sentirse bien y no puede encontrar una salida.

Todo ese cuadro anterior se agrava al sumarle el hecho de que la principal razón de su estado emocional resulta ser una enfermedad incurable. Visto de ese modo un paciente de este tipo en estado depresivo necesita de muchos elementos para poder reconstituir su esfera emocional lacerada.

La Depresión si bien cierto es un término de uso cotidiano en psicología “Depresión” es un diagnóstico clínico que para establecerse requiere el cumplimiento de una serie de criterios sintomáticos y por ende un riguroso estudio clínico del paciente.

Algunas de las características generales de la presencia de Depresión en una persona de acuerdo a la manera que solemos responder son:

- **Nivel cognitivo:** pérdida de intereses, indecisión, culpa, problemas para concentrarse, apatía, baja autoestima, negatividad, desesperanza, ideación suicida, delirio, melancolía, preocupación.
- **Nivel fisiológico:** alteraciones en el sueño, en la alimentación, en el peso, pérdida del deseo sexual, llanto, problemas gastrointestinales, fatiga, sentimientos de tonalidad negativa.
- **Nivel motor:** aislamiento, dificultad para realizar tareas nuevas, conductas suicidas, postergación, dependencia.

Una vez expuesto lo anterior tenemos más claro lo que debemos combatir en cuanto a los signos y síntomas (orientación curativa), pero además tenemos el elemento “origen del problema”, lo que hace necesario la aplicación de la prevención (orientación preventiva) a fin de aportar con un proceso completo de psicoterapia en Depresión.

Al respecto existen varias teorías, sin embargo las que más resultados positivos han referido son aquellas de orden explicativo, las mismas que desde sus perspectivas confieren distintos niveles de importancia al aspecto cognitivo (percepciones, creencias y universo de ideas), pero que en conjunto han demostrado ser muy eficaces en el tratamiento de éste tipo de dolencias psíquicas.

➤ **Terapia Racional y Cognitiva-Conductual orientada al Tratamiento de la Depresión**

A finales de la década de 1960 y durante la década de 1970 se desarrollaron un gran número de métodos nuevos de terapia. Muchas de ellas, como las primeras psicoterapias de corte humanista, partirían de la ruptura con el psicoanálisis clásico, considerado demasiado costoso, lento y, por ello, elitista. Algunos críticos pensaban que la práctica psicoanalítica era demasiado intelectual y racional, preocupada principalmente por el pasado y comprometida en la permanencia de valores como el individualismo, el ascenso social y la productividad. Como reacción, desarrollaron métodos que hacían hincapié en las emociones y en el momento presente.

Beck. (1983), en su modelo cognitivo de la Depresión, considera que “la alteración en el procesamiento de información es el elemento de mayor relevancia.”

Afirma que durante la Depresión se encuentran activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la fomentan. Los referidos esquemas suelen adquirirse en la infancia, aunque pueden mantenerse ocultos y aparecer cuando el individuo enfrenta situaciones estresantes similares a aquellas que las originaron.

Los esquemas activados durante la Depresión producen una estimulación de pensamientos congruentes al estado depresivo y que a manera de un círculo vicioso acrecientan su nivel y consecuentemente éste propaga el apareamiento de dichos pensamientos negativos. Este autor además hace referencia de esquemas depresógenos, los que estarían constituidos por una *triada cognitiva* entendida como la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Así, su modalidad depresiva presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, de los cuales se destaca:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación – minimización
- Abstracción selectiva
- Personalización

Finalmente, estos sesgos sistemáticos junto a la tríada cognitiva propuesta producirían las alteraciones en el procesamiento de la información manifestados en la Depresión.

Según Balarezo (2005), “una de las estrategias predominantes dentro de la terapia Racional es la Resolución de Problemas, tomando en cuenta que en oportunidades el conflicto radica en la falta de preparación del individuo para enfrentar los problemas.”

Los hábitos consolidados al transcurrir el tiempo resultan ser los que dan la pauta para nuestra reacción ante distintas situaciones críticas. El contexto social externo formado principalmente por familiares cercanos, compañeros de labores, amigos, pareja, etc., van estableciendo modalidades de enfrentamiento de conflictos.

A partir de esto, Balarezo (2005) formula la “Resolución de Problemas” como una técnica para contrarrestar la falta de adiestramiento del sujeto para manejar su interrelación personal, la que supone los siguientes pasos:

- 1. Orientación general:** extracción de elementos preponderantes de la historia clínica psicológica del paciente, lo que permite un análisis detenido del contexto del problema.
- 2. Definición y Formulación del problema:** síntesis del proceso anterior, concretando los problemas, causas o factores predisponentes y desencadenantes.
- 3. Generación de alternativas:** visualización mental orientada al discernimiento de opciones de resolución.

Otra modalidad bajo el mismo orden racional considera que: muchos de los problemas a resolver se relacionan con los denominados “temas recurrentes”, a los que define como pensamientos fijos y determinantes en una conducta específica, siendo estos:

- Razonamiento Dicotómico
- Generalizaciones excesivas

- Excesiva dependencia de las opiniones ajenas
- Aculturización y Socialización Excesivas

Resulta entonces desde este punto de vista, ser de gran importancia que el paciente tenga conocimiento de la estrecha relación entre emoción, pensamiento y conducta para iniciar su proceso de modificación de pensamientos erróneos así como tomar en cuenta que cada persona percibe la realidad con ciertas peculiaridades, por eso es necesario conocer esa “manera” singular de atribuir significados para empezar a diseñar el tratamiento.

Como aspecto relevante está el hecho de que en ocasiones la psicoterapia debe ir acompañada de tratamiento de orden psiquiátrico, como en nuestro caso específico, puesto que la génesis del problema resulta ser una enfermedad de orden crónico por lo que el paciente puede presentar niveles depresivos alarmantes, con repercusiones propias de la gravedad como intentos autolíticos o desembocar en la cronicidad del padecimiento emocional con la presencia de Distimias o Depresiones Maniacas.

Dentro de las técnicas a utilizar bajo esta corriente están las siguientes:

- **Detección de pensamientos automáticos (PA):** Aquellos pensamientos inconscientes producto de condicionamientos previos.
- **Investigación de la acción de los PA en la conducta del paciente:** Mediante la proposición de ejemplos propios y ajenos.
- **Entrenamiento en observación y registro de cogniciones:** Análisis de Autoregistros.
- **Registro diario de pensamientos automáticos:** De situaciones que presenten más dificultades al paciente.
- **Análisis y síntesis del pensamiento:** Conjuntamente con el paciente ir traduciendo o reduciendo su pensamiento a su esencia.
- **Clasificación de las cogniciones:** En función de sus contenidos y distorsiones.
- **Exposición de pensamientos automáticos a la realidad:** Evaluándolos a través del estudio de su validez y distorsión.

- **Reatribución:** A fin de revisar su actitud ante las responsabilidades y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos.
- **Búsqueda de interpretaciones alternativas:** Manejo de alternativas posibles con argumentos y experimentos que las validen o descarten, desarrollando así la creación y análisis de hipótesis.
- **Listado de actividades potencialmente agradables:** Aquellas que le sugerían bienestar.
- **Listado de actividades de Dominio:** Aquellas que el paciente propone para aumentar su bienestar, tomando muy en cuenta sus limitantes debido a su patología.
- **Programación semanal de actividades:** Planificación de actividades y evaluación de los listados anteriores.
- **Asignación de tareas graduales:** Dividiendo una tarea compleja en pasos para facilitarla.
- **Práctica cognitiva:** Promoviendo que el paciente imagine los pasos de una determinada actividad a fin de eliminar obstáculos cognitivos, conductuales o ambientales.

➤ **Terapia Interpersonal**

La terapia Interpersonal o IPT está basada en parte en la teoría psicodinámica, reconoce las raíces infantiles de la depresión pero se enfoca hacia los síntomas y cuestiones actuales, en nuestro caso se enfocará en la patología y el tratamiento hemodiálico.

La IPT no es tan específica como la cognitiva o comportamentista, se busca redireccionar la atención del paciente, que ha sido alterada por la depresión, hacia los detalles diarios de la interacción social y familiar. Los objetivos de este método de tratamiento son mejorar las habilidades comunicativas y aumentar la autoestima en un corto período de tiempo pero luego de esto utilizarla de recurrentemente a manera de control.

Las formas de depresión que mejor trata la IPT están aquellas causadas por duelo distorsionado o aplazado, en nuestro grupo de pacientes se trata el duelo como una pérdida de su estado de salud; conflictos no expresados entre personas muy allegadas, cambios importantes de vida y soledad.

Esta terapia fue desarrollada originalmente por Klerman (1984), con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento o control de la depresión, aunque posteriormente se empleó como tratamiento independiente y, en la actualidad, se ha ampliado a una variedad de trastornos diferentes.

Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones.

Dentro de las técnicas a utilizar bajo esta corriente tenemos:

- **Adquisición de habilidades sociales:** Con el objeto de lograr cambios de magnitud superficial en el paciente.
- **Detección de pautas de interacción disfuncionales:** A fin de conseguir una reestructuración posterior.

TERAPIA ESPIRITUAL

Para la aplicación de procedimiento con esta orientación, se determinó la importancia de no interferir o ir en contra o a favor del Teísmo propio de nuestra sociedad, es decir, tratar el aspecto espiritual sin apego a religiones, cultos o creencias; cimentándonos más bien en la conciencia de “espíritu” como “sustancia” de la vida, concepto apoyado por la mayoría de seres humanos.

Así, el abordaje con los pacientes para brindar este apoyo se basó en las siguientes premisas:

1. Somos seres espirituales expresándonos a través de un cuerpo físico. Mucho antes de haber tenido un cuerpo físico en cualquier vida, éramos puro espíritu y a este regresamos cuando ya no tenemos este cuerpo.
2. Como seres espirituales todos tenemos un guía espiritual Superior Yo Superior
3. El Alma en última instancia esta a cargo de su propia sanación. Nada pasa que no este planificado o que no sea permitido por el Alma.

4. No es lo que ocurre si no la energía que le sumas al evento por esto es tan importante ser conscientes de la energía emocional.
5. Solo el Amor logra el resultado mas elevado
6. El miedo es una construcción del ego que crea separación de Espíritu y del amor.

El Apoyo al enfermo

La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. La experiencia del vivir puede ser vivida como una derrota por los médicos que luchan para la vida física o por el paciente que no desea morir o puede ser una victoria, si considerada como proceso de lucha contra el dolor y el miedo.

El brindar un lugar cálido al paciente con enfermedad crónica así como ayudarle a vivir con dignidad y serenamente, depende de un buen control de los síntomas dolorosos y de una reactivación de la dimensión espiritual.

Vivir en paz, acompañados por el amor de los otros, luego de haber completado el sentido de la propia existencia y haber liquidado todas las “deudas” es una victoria, tal vez la más grande que la persona puede experimentar.

No se trata de remplazar los tratamientos médicos con la ternura del amor sino de integrar las cuatro componentes de apoyo (médico, psicológico, social y espiritual). Hay que discernir cual de ellos prevalezca y luego afrontar una terapia asociando a los fármacos un ambiente de mayor solicitud, da mayor autonomía y orientación existencial.

Se propone así, la cura global en la cual no tiene cabida una rígida separación de los roles: si el paciente es persona, el médico, por ejemplo, no podrá preocuparse solo del aumento o regresión de los síntomas, sino que tendrá que afrontar otras necesidades, en colaboración con los otros miembros del equipo terapéutico.

La calidad de la cura, estará basada en la cura de las relaciones humanas: la relación entre el paciente y el equipo de salud, entre el paciente y la familia, entre el equipo y la familia, y entre los miembros del equipo.

El Apoyo al núcleo familiar del enfermo

La enfermedad y el proceso de tratamiento tendiente no a sanar sino más bien a mantener, no afectan solo a un miembro de la familia; todo el núcleo familiar se enferma, sufre, en cierto sentido muere, y entonces debe ser objeto de asistencia espiritual, en forma inmediata y es la primera fase del acompañamiento al duelo.

Además de la latente pérdida de la persona querida encontramos, a menudo, entre los familiares mucha confusión, impotencia, sentimientos de culpa.

La incomodidad hace difícil, a veces, la relación entre los familiares mismos en el deseo de hacer cada uno lo mejor para su ser querido que está gravemente enfermo.

Los sentimientos que viven los familiares son muchos, y entre éstos el de la rabia.

Se necesita gran compasión, silencio respetuoso, aceptación y sobretodo favorecer la expresión de los sentimientos que son los canales para liberar y aliviar el dolor. Si viene a faltar este desahogo natural toda la energía emocional envenena el organismo.

Un instrumento específico del enfoque espiritual es ciertamente la posibilidad que todo el equipo terapéutico se reúna en oración, junto a los familiares, alrededor de la salma del difunto. Otros instrumentos de acompañamiento pueden ser algunas iniciativas como:

Abordajes sobre el tema del sufrimiento y de la muerte, sea para el equipo, para los enfermos y los familiares;

Promoción de grupos de apoyo para personas que han sufrido una pérdida;

Elaboración de un programa de encuentros sobre el duelo con la ayuda de expertos;

La asistencia espiritual

Múltiples personas pueden facilitar la asistencia espiritual a los pacientes: los familiares, los amigos, los religiosos, el personal sanitario. El sacerdote brinda asistencia espiritual en la óptica de la propia tradición.

Muchas veces tratando con los enfermos crónicos que manifiestan abiertamente ser agnósticos u ateos hay la tendencia a considerar sus gritos profundos de manera psicológica y a no reconocer la naturaleza espiritual.

A veces cuesta reconocer la dimensión espiritual en movimiento, la investigación, las preguntas con tonalidad espiritual. Las afirmaciones de un moribundo como “No tolero más este dolor, deseo acabar...” o “libérame de esta miseria”, si podrían parecer solicitudes de un acto eutanásico, en realidad podrían expresar el deseo de superar el sufrimiento y se podría responder con una asistencia y escucha que podrían hacer redescubrir el valor de la vida también en situaciones de precariedad física. Si se desea comprender hay que escuchar, de pronto decodificando las quejas y las protestas.

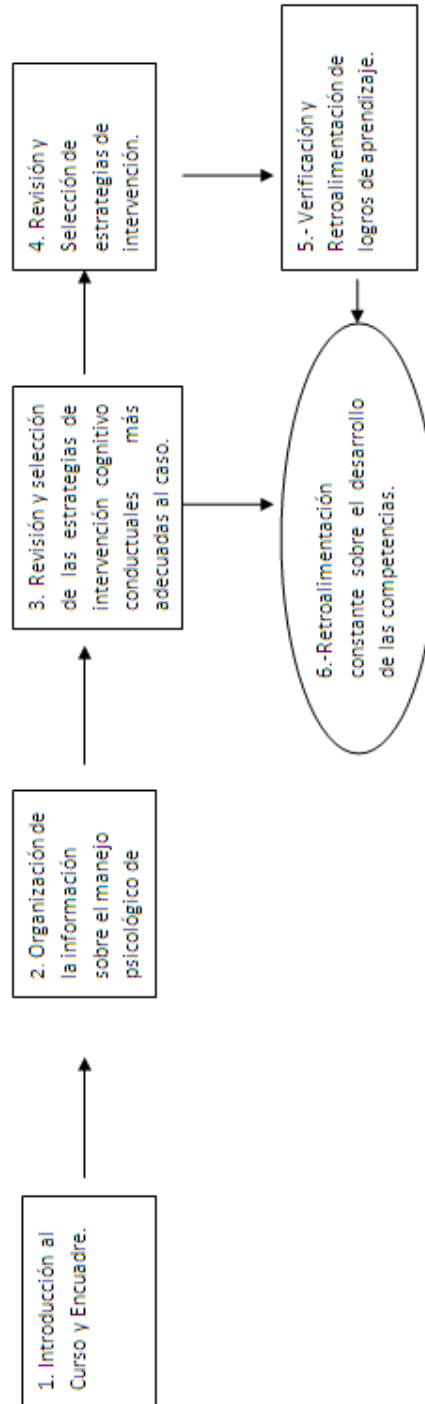
Anexo # 10.- Guía didáctica del procedimiento de Capacitación



GUIA DEL PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN

Representación gráfica

1. Introducción al taller y encuadre.
2. Organización de la información sobre el manejo psicológico de pacientes con IRC en tratamiento hemodialítico.
3. Revisión y selección de las estrategias de intervención cognitivo conductuales más adecuadas al caso.
4. Verificación y retroalimentación de logros de aprendizaje.
5. Análisis de los resultados obtenidos.
6. Retroalimentación constante sobre el desarrollo de las competencias.





GUIA DEL PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN

Fase II.- Estrategias de intervención Cognitivo Conductuales.
Inoculación al estrés, terapia racional emotiva, relajación, como reducir los efectos nocivos de la hospitalización y técnicas para el manejo familiar del enfermo crónico.

Competencia específica:
Aplicar de diversas estrategias de intervención cognitivo conductuales para el manejo de las enfermedades crónicas en un marco de aceptación y respeto a la diversidad social y cultural.

Elementos Competencia	Evidencias de aprendizaje	Criterios de desempeño	Actividades			Contenidos			Recursos	Producto Integrado
			Enseñanza	Aprendizaje	Conceptual	Procedimental	Actitudinal			
Revisar de forma adecuada las técnicas cognitivas para el manejo psicológico de las enfermedades crónicas en un marco de aceptación y respeto a la diversidad social y cultural.	Reporte de (que se, qué quiero saber y que aprendí)	Preguntas y dudas sobre el tema. Se entrega al inicio del tema una hoja con tres columnas donde el participante escribirá que sabe sobre el tema, que quiere aprender y que aprendió.	El capacitador divide el material por equipos para su exposición, los retroalimenta con respecto a la información presentada a través de preguntas guía. Al final se debate sobre cada una de las estrategias de intervención revisadas.	Lectura previa del material. 2.- organizar la exposición del tema a tratar. Elaborar y entregar el cuadro comparativo con comentarios personales. Realizar un video donde se muestre la aplicación de alguna técnica, es una actividad por equipo.	Especificar de forma adecuada cada una de las estrategias de intervención cognitivo conductuales en clase como la inoculación al estrés, Terapia Cognitiva de Beck, Terapia Racional Emotiva y la relajación	Aplicar de forma correcta cada uno de los pasos o fases de las estrategias de intervención.	Mostrar respeto y consideración en el manejo del enfermo crónico y su familia.	Computador, Infocus, pizarra, hojas y marcadores. Lecturas recomendadas Caballo, V. "Manual de técnicas Cognitivo Conductuales para problemas Psicológicos". Psicoterapia Balarezo 2005	Video de técnica aplicada.	
Manejar adecuadamente la secuencia de pasos que se contemplan en la aplicación de cada una de las técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico de las enfermedades crónicas en un marco de aceptación y respeto a la diversidad social y cultural.	Mapa Conceptual Mapa Conceptual Bitácora de Aprendizaje Cuadro Comparativo de las técnicas. video, de la aplicación de la técnica	En una hoja tamaño carta el maestro realiza una cinco preguntas sobre cada una de las técnicas que se revisaron.	Posteriormente el capacitador entrega una hoja con los puntos a ser considerados en la elaboración del cuadro comparativo							



GUÍA DEL PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN

Evaluación integral de procesos y productos (ponderación / evaluación sumativa)

Actividades de Aprendizaje	Ponderación	Criterio	
		Si cumple	No cumple
Reporte de (que se, qué quiero saber y que aprendí)	10%		
Reporte de Bitácora	10%		
Mapa Conceptual	10%		
Presentación y Exposición de tema	15%		
Cuadro Comparativo	15%		
Participación y Asistencia	20%		
Entrega de Portafolio de evidencias	5%		

Producto integrador del aprendizaje de la unidad de aprendizaje.

Reporte de la Aplicación de programa de Capacitación en los pacientes hasta mayo 2013	Evidencia de aprendizaje del PRODUCTO INTEGRADOR:	Ponderación. 15%
---	--	-------------------------

Anexo # 11.- Portafolios de evidencias

Anexo # 11.1.- Formato Reporte de qué sé; qué quiero saber y que aprendí

Nombre:	Cargo:	COD. 11.1	Grupo avanzado	
			Grupo básico	
Qué sé	Qué quiero Saber	Qué aprendí		
Observación:				

Anexo # 11.2.- Formato Reporte de bitácora

Nombre:	Cargo:	COD. 11.2	Grupo avanzado	
			Grupo básico	
Tema tratado	Fecha	Horario		
Observación:				

Anexo # 11.4.- Formato Cuadro comparativo

Nombre:	Tema General:	COD. 11.4	Grupo avanzado	
Cargo:			Grupo básico	
Tema 1	Tema 2	Tema 3		
Desarrollo:				
Observación:				

Anexo # 12.- Reflexiones y Mensajes Espirituales

Reflexiones sobre el cielo

Contaba que vio tanto en el cielo como en el infierno grandes montes de arroz, y los habitantes poseían en ambos lugares palillos para comer de dos a tres metros de largo.

En el infierno no podían comer ya que como los palillos eran tan largos, les impedían llevarse el arroz a la boca. De tal manera que aun con abundancia estaban condenados al hambre eterno.

Mientras que en el cielo, a pesar de ser los mismos largos palillos, los que habitan el cielo se daban de comer los unos a los otros, en una unión y colaboración de amor y convivencia total.

Si nosotros pudiéramos hacer lo mismo en la Tierra, podemos traer el cielo en forma anticipada. ¿Cuál es tu cielo?, ¿algo inalcanzable?. Todo depende de que lo quieras alcanzar.

Colaboremos entre todos nosotros, todos tenemos los palillos largos y debemos hacer los esfuerzos necesarios. La vida no es fácil, pero si puede ser Ok en cuanto lo intentes.

Las reflexiones y frases espirituales tienen mucho de utilidad, al menos una diaria, remplazando alguna noticia de desgracias, nos mejorarán la vida totalmente.

Aceptación de la Enfermedad

Señor Jesús, la enfermedad ha llamado a la puerta de mi vida: una experiencia dura, una realidad difícil de aceptar. No obstante, te doy gracias por esta enfermedad: me ha hecho tocar con la mano la fragilidad y la precariedad de la humana existencia. Ahora miro todo con otros ojos: lo que soy y lo que tengo, no me pertenece, es un don tuyo. He descubierto qué quiere decir depender, tener necesidad de todo y de todos, no poder hacer nada solo.

He vivido la soledad y la angustia, también el afecto y la amistad de tantas personas. ¡Señor!, aunque me es difícil, repito: "¡Hágase tu voluntad!".

Te ofrezco mis sufrimientos y los uno a los de Cristo Crucificado.

Bendice las personas que me asisten y las que sufren por mí. Amén.

Oración para recibir Sanidad

¡Oh Dios, de mi debilidad y mi fortaleza, de mi tristeza y de mi alegría, de mi soledad y compañía, de mi incertidumbre y esperanza!

En la noche de mi enfermedad me pongo en tus manos de Padre: Alumbra esta oscuridad con un rayo de tu Luz, abre una rendija a mi esperanza, llena con tu Presencia mi soledad.

Señor, que el sufrimiento no me aplaste, para que también ahora sienta el alivio de tu Amor y sea agradecido a la generosidad de cuantos sufren conmigo.
Amén

Anexo # 13.- Formato Registro de Asistencia

Tema tratado:	Fecha:	COD. 13	Grupo avanzado	
	Horario:		Grupo básico	
Nombre	Cargo	Firma		
Observación:				

Anexo # 14.- Formato Evaluación del capacitador

"Programa de Capacitación Psicoanalítica integradora a familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento hemodialítico y al personal de la Clínica Menydia Ibarra."		
	REGISTRO Evaluación de Actividad de Capacitación	Código: 13

Capacitador: Pscl. Mauricio Coello

Fecha:

Horario:

Por favor, conteste en la manera más honesta posible las siguientes preguntas. No es necesario que escriba su nombre. Toda sugerencia adicional que nos aporte se la agradeceremos e intentaremos realizar los mejoramientos pertinentes en próximas actividades. Por favor, evalúe en la escala 1-7.

Muchas gracias.

1. UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS ABORDADOS EN EL CURSO. Importancia y utilidad que han tenido para usted los temas tratados en el curso.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. METODOLOGIA UTILIZADA EN EL CURSO. Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el capacitador para impartir los contenidos fue:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. GRADO DE MOTIVACIÓN DEL CAPACITADOR. Nivel de participación y de motivación ofrecido por el capacitador fue:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN. Respecto al lenguaje y orden dado al taller

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS ABORDADOS. Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la clase y sus actividades.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. CALIDAD Y CLARIDAD DE LOS EJEMPLOS ENTREGADOS (si aplica).

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. SUGERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION:

Anexo # 15.- Oficio de invitación

Ibarra, 01 de octubre de 2012

Sra.

Lic. Zoila Chávez

ADMINISTRADORA CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENIDYAL IBARRA

Presente.-

De mis consideraciones:

La presente tiene como objetivo invitarle a usted y por medio suyo a l personal médico, enfermeras y auxiliares, así como a familiares de los pacientes tratados en su prestigiosa institución, a una reunión de Trabajo a relazarse el día sábado 13 de octubre del 2012. Esta reunión tiene como objetivo, ultimar detalles de la conformación del programa de Capacitación especializada, a llevarse a efecto en su institución.

Por su colaboración en este proceso académico, anticipo mis agradecimientos.


Atentamente,



Psc. Mauricio Coello
MAESTRANTE GSDL UTPL

Anexo # 16.- Encuesta de ponderación de la acción ejecutada (concienciación y adiestramiento) a una muestra de pacientes de la clínica de los riñones Menydia de la ciudad de Ibarra.

Se solicitó a una muestra de 15 pacientes, seleccionados aleatoriamente, llenar el siguiente instrumento de encuesta, marcando el nivel de acuerdo a su percepción; donde 1 es mínimo y 5 es máximo.



ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Datos informativos:

Edad:.....

Sexo:.....

Tiempo de tratamiento:.....

item	Preguntas	1	2	3	4	5
1	Siente apoyo por parte de su familia?					
2	Se siente comprendido en su dolencia?					
3	Siente que cuenta con nuevas formas de afrontar su enfermedad?					
4	Siente un cambio en la actitud de sus familiares o cuidadores?					
5	Califique la atención recibida por parte de sus cuidadores o familiares cercanos					
6	Califique la atención recibida por parte del personal de la institución					

ELABORADO: Mauricio Coello

Anexo # 17.- Tríptico entregado en capacitación



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Contenido de los talleres de Capacitación

- Orientación psicológica individual, grupal y/o familiar
- Orientación en el manejo del paciente, enfatizar en la responsabilidad de estos con su autocontrol.
- Manejo de estados emocionales y otras manipulaciones afectivas y demandas del paciente crónico.

Lo que aprenderás

- Psicoterapia básica individual, grupal y/o familiar: (psicoterapia de apoyo, psicoterapia racional o persuasiva, psicoterapia sugestiva)
- Técnicas básicas cognitivo conductuales como son: (técnica de sensibilización sistemática imaginada, técnica de autocontrol, técnica de solución de problemas.. etc.)
- Técnicas básicas de relajación, musicoterapia, visualización, etc.
- Ejercicios respiratorios.
- Demostraciones.



"Escriba esta antigua verdad y léala varias veces al día: Cuando estés buscando tu propia felicidad, ella siempre te será esquivo; cuando busques la felicidad de los demás, hallarás la tuya."

(W. Dyer)



PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PSICOTERAPIA INTEGRADORA





El manejo del paciente

Cuidar a un familiar con el diagnóstico de una enfermedad crónica es una de las mayores demostraciones de amor. Pero también puede ser una de las situaciones más estresantes que se pueden vivir, ya que el hecho de cuidar a otro produce cambios bruscos en la vida, que pueden manifestarse en padecimientos físicos, cambio en los roles como en el trabajo, en el hogar e incluso alteraciones emocionales.

Tips en los cuidados del paciente crónico

- Tener claro lo que se quiere decir o conseguir. Plantearse objetivos puntuales a solucionar en la medida que los problemas se van presentando.
- Escuchar al otro (y no sólo oírle).
- Utilizar la empatía, ponerse en el lugar del otro.
- Fomentar las redes de apoyo social y familiar para evitar la sensación de soledad.
- Utilizar los apoyos, realizando reuniones en las que se limiten las tareas del cuidado y asignar una función para cada quien; por ejemplo, algún familiar o amigo puede encargarse de acompañarlo a las visitas médicas, mientras que otro realiza algún aporte de índole económica.
- Informarse de todo el contexto de la enfermedad y lo que significa para el paciente padecer una enfermedad crónica

El Programa

Programa de Capacitación Psicoeducativa integradora a familiares de pacientes con IRC en tratamiento hemodialítico y al personal de la Clínica Menyidal Ibarra, es un instrumento encaminado al apoyo psicológico del grupo descrito y además aplicable a otros grupos con patologías similares.

Los Objetivos:

- Aportar con una propuesta que más se adapte a la realidad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento Hemodialítico.
- Presentar de la forma más clara los elementos teóricos que sustentan la presente propuesta psicoterapéutica.
- Ofrecer una programación flexible y práctica para quienes no poseen el conocimiento del contexto de psicoterapia y detallada para quienes son los encargados directos de ésta área.



La Comunicación

Es el pilar de los cuidados para ambos (pacientes y familiares), ya que al no hablar, toda la orquesta se desarticula y los esfuerzos para mejorar la calidad de vida del paciente pueden desmoronarse.

Es relevante en la dinámica familiar, y en la relación que se establece entre el cuidador y el paciente.



El apoyo

Durante el cuidado es importante evaluar, acompañarse, escucharse, organizarse, y brindarse afecto entre el paciente y los familiares, incluyendo a todo el círculo de amigos. Por la poca valoración que se le da a este rol, es necesario que el "cuidador" encuentre la propia gratificación en cada uno de los sacrificios y actividades que

Tareas que debe resolver el cuidador

- Definir compromisos.
- Evitar reacciones de enfado e irritabilidad. Por ejemplo, el cuidador puede tomarse un tiempo para sí diariamente, por ejemplo tomar un baño tranquilamente o ver su programa de televisión favorito.
- Manejar el sacrificio y el duelo.
- Sopesar la esperanza y aceptación.
- Buscar un significado al acto de cuidar.
- Descubrir herramientas.

Anexo # 18.- Foto relatoría

Fotografía N° 1



La Institución: Edificio Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, lugar de ejecución del Plan de Acción

Fotografía N° 2



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Áreas de Trabajo Social y Nutrición

Fotografía N° 3



**La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra,
Área de Farmacia**

Fotografía N° 4



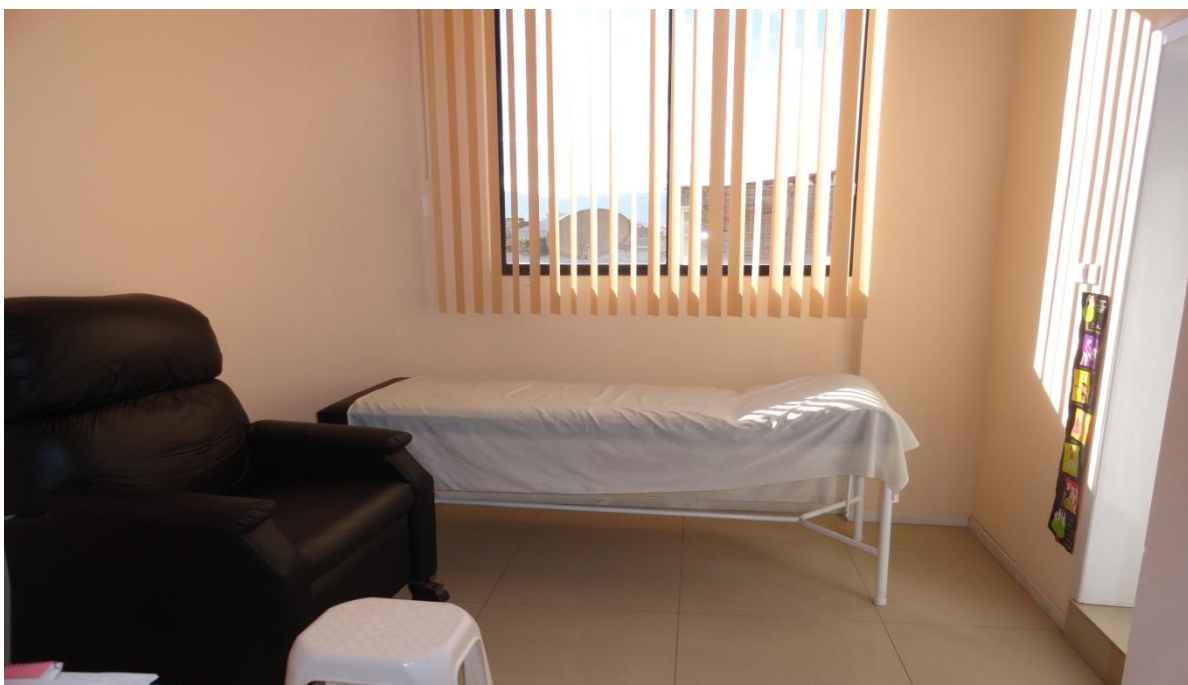
**La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra,
Área de ingreso a Salas de hemodiálisis**

Fotografía N° 5



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Áreas de Recepción. Archivo y Contabilidad

Fotografía N° 6



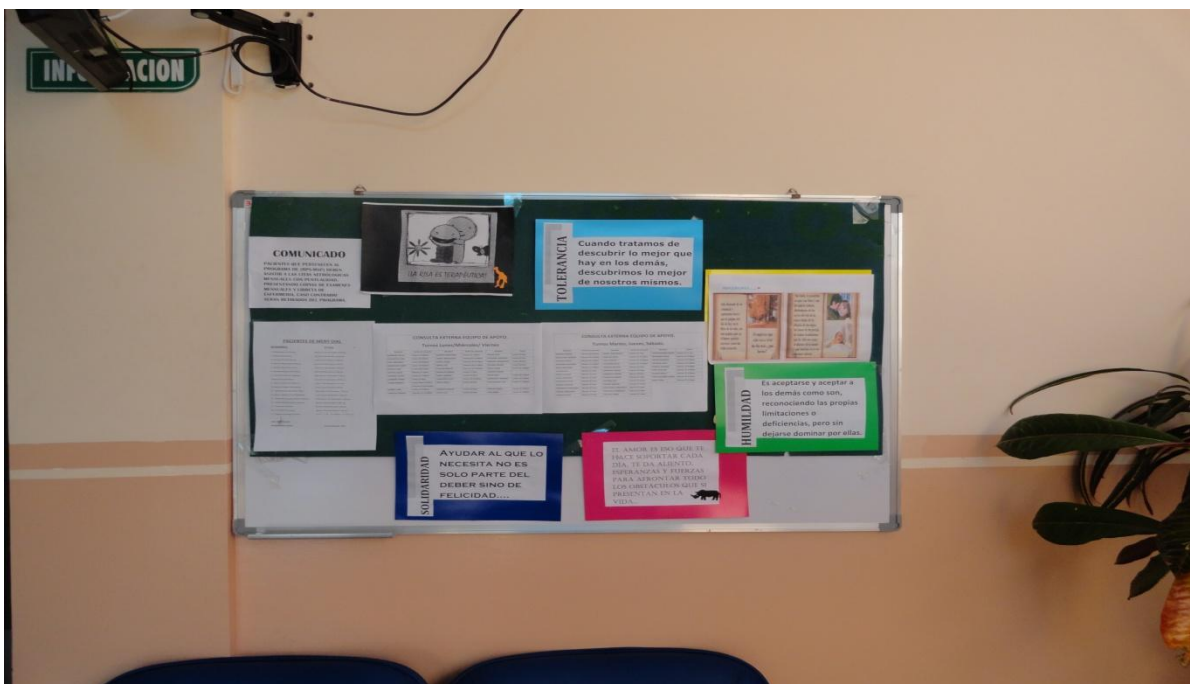
La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Consultorio Psicología, en donde se llevó a cabo el proceso de evaluación para el diagnóstico situacional

Fotografía N° 7



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Área de Información en donde se dio a conocer a los involucrados, acerca del proceso en ejecución y las actividades planificadas

Fotografía N° 8



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Cartelera informativa con horarios y actividades pendientes dentro del Programa de Capacitación

Fotografía N° 9



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Área de tratamiento de hemodiálisis, el paciente debe acudir tres veces por semana a un proceso de 3 horas de duración

Fotografía N° 10



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Área de tratamiento de hemodiálisis, el paciente debe acudir tres veces por semana a un proceso de 3 horas de duración

Fotografía N° 11



La Institución: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Área de tratamiento de hemodiálisis, el paciente debe acudir tres veces por semana a un proceso de 3 horas de duración

Fotografía N° 12



El Tratamiento: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Área de tratamiento de hemodiálisis, pacientes durante el tratamiento hemodiálico, proceso estresante y de gran impacto emocional

Fotografía N° 13



La estructuración del Programa: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Recolección de información para la estructuración del Programa de Capacitación

Fotografía N° 14



La Capacitación: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra, Capacitación a grupo 1 básico

Fotografía N° 15



**La Capacitación: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra,
Capacitación a grupo 1 básico**

Fotografía N° 16



**La Capacitación: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra,
Capacitación a grupo 2 avanzado**

Fotografía N° 17



**La Capacitación: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra,
Capacitación a grupo 2 avanzado**

Fotografía N° 18



**La Capacitación: Instalaciones Clínica de los Riñones Menydia Ibarra,
Capacitación a grupo 2 avanzado**