



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“APLICACIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENYDIAL DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Línea de investigación:

Psicología y salud mental

Autora:

TATIANA MARISOL MAYORGA PEÑA

Directora:

Psc. LILIANA ALEJANDRA NARANJO GUEVARA

Ambato-Ecuador

Octubre 2014

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“APLICACIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENYDIAL DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Línea de investigación:

Psicología y salud mental

Autora:

TATIANA MARISOL MAYORGA PEÑA

Juana Rosario Lara Machado, Dra. f. _____
CALIFICADORA

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. f. _____
CALIFICADOR

Galo Alberto Cobo Espíndola, Dr. f. _____
CALIFICADOR

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Mg. f. _____
DIRECTORA ESCUELA PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. _____
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato-Ecuador

Octubre 2014

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Tatiana Marisol Mayorga Peña, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180447785-7, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Tatiana Marisol Mayorga Peña

C.I. 180447785-7

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso por proveerme la sabiduría, el entendimiento y la perseverancia necesaria para lograr un peldaño más en mi vida y crecer profesionalmente; a mis padres que han sido la guía y apoyo para llegar a culminar esta meta.

A los docentes por haber compartido sus conocimientos, en especial a la Ps. Alejandra Naranjo, quien dirigió este trabajo hasta su culminación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato que modeló mi espíritu y mi corazón.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi familia, quien me ha dado su apoyo incondicional, motivación e inspiración para emprender la búsqueda de mis metas y objetivos que me han convertido en la persona que soy.

RESUMEN

El objetivo principal de la aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis es fortalecer la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ambato; la misma que constituye una técnica de intervención psicológica eficaz. La investigación se fundamenta teóricamente en relación con las variables y se basó en un diseño cuasi experimental por lo que constituye un grupo experimental y un grupo control. La guía sobre la terapia racional emotiva se desarrolló con el primer grupo, y para el grupo de control se utilizaron charlas psicoeducativas y varias técnicas acerca de la terapia con grupos compuestos por 15 personas comprendidas entre la adultez temprana y media. Mediante las sesiones empleadas se evaluó las categorías de autoestima de los dos grupos, con el test y re-test por medio del Inventario de Autoestima de Coopersmith y la calidad de vida a través del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-Les-Q), que permitieron medir las variables de la investigación. El análisis de resultados muestra un incremento porcentual significativo en la autoestima, mediante el cual se concluye que la aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis es propicia en este campo de estudio.

Palabras clave: Terapia racional emotiva de Ellis, autoestima, pacientes adultos, insuficiencia renal, charlas psicoeducativas.

ABSTRACT

The main objective of the application of rational emotive therapy Ellis is to strengthen self-esteem in adult patients with kidney failure treated at the Clinic of Kidneys Menydial in the city of Ambato; as an effective psychological intervention technique. The research is based theoretically according to the variables and it was based on a quasi- experimental design which involves an experimental group and a control group. A guide about rational emotive therapy was developed with the first group, and for the group of control a psychoeducational talk and several techniques about the therapy were applied; in which the groups involved 15 people between the early and middle adulthood. Self esteem categories of the two groups were evaluated, by using the test and re-test applying the Coopersmith Self-Esteem Inventory and the quality of life through the Quality of Life Questionnaire: Satisfaction and Pleasure (Q- Les-Q), which allowed the measurement of the research variables. The analysis of results shows a significant percentage increase in self-esteem, by which it is concluded that the application of rational emotive therapy Ellis is conducive in this field of study.

Keywords: Rational emotive therapy Ellis, self-esteem, adult patients, kidney failure, psychoeducational talks.

TABLA DE CONTENIDO

PRELIMINARES

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad.....	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Tabla de Contenido	viii
Tabla de Gráficos	xii
Tablas.....	xiii
Introducción	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva de Ellis	3
1.1.1 Fundamentos de la Terapia Cognitivo- Conductual.....	3
1.1.1.1 Antecedentes Investigativos.....	3
1.1.2 Psicología Cognitiva	7
1.1.2.1 Esquemas	8
1.1.2.2 Creencias	9
1.1.2.2.1 Creencias nucleares:.....	9
1.1.2.2.2 Creencias periféricas	9
1.1.2.3 Pensamientos Automáticos	10
1.1.3 Psicoterapia Cognitiva	11

1.1.4 Intervención Psicológica desde la Perspectiva Cognitiva- Conductual	11
1.1.5 La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis	13
1.1.5.1 Principales conceptos de la Terapia Racional Emotiva	15
1.1.5.1.1 El pensamiento racional e irracional	15
1.1.5.1.2 El "A-B-C" de la Teoría	17
1.1.5.1.3 La filosofía racional y la filosofía irracional	20
1.1.5.1.4 Las distorsiones cognitivas	24
1.1.5.1.5 Reestructuración Cognitiva	25
1.1.6 Autoaceptación	29
1.1.7 Terapia Racional Emotiva y su aplicación en la Autoestima	30
1.2 Variable Dependiente: Autoestima en Pacientes Renales	31
1.2.1 Autoestima	31
1.2.2 Definición	31
1.2.3 Componentes de la Autoestima	32
1.2.3.1 Componente Cognitivo	32
1.2.3.2 Componente Afectivo	33
1.2.3.3 Componente Conductual	34
1.2.4 Tipos de Autoestima	34
1.2.4.1 Autoestima Alta o positiva	34
1.2.4.2 Autoestima Media o relativa	35
1.2.4.3 Autoestima Baja	35

1.2.5 Estrategias para desarrollar la autoestima	36
1.2.5.1 Autoconocimiento:	37
1.2.5.2 Autoconcepto, Autoimagen:	38
1.2.5.3 Autoevaluación:	38
1.2.5.4 Autoaceptación.....	38
1.2.5.5 Autorrespeto:.....	38
1.2.5.6 Autoestima	38
1.2.6 Claves para alcanzar una buena autoestima	38
1.3 Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal	40
1.3.1 Calidad de vida.....	41
1.3.1.1 Definición.....	41
1.3.1.2 Dimensiones de la calidad de vida	41
1.3.2 Calidad de Vida y Enfermedad Renal	44
1.3.2.1 Insuficiencia Renal.....	45
1.3.2.2 Tipos de Insuficiencia Renal	46
1.3.2.3 Tratamientos de la Insuficiencia Renal	48
1.3.2.4 Dimensión Psicológica-Emocional del Paciente con Insuficiencia Renal....	52
CAPÍTULO II	54
METODOLOGÍA	54
2.1 Antecedentes del problema	54
2.2 Significado del problema	57

2.3 Definición del problema.....	58
2.4 Planteamiento del tema	59
2.5 Delimitación de tema	59
2.5.1 Delimitación de contenido:	59
2.5.2 Delimitación Espacial	59
2.5.3 Delimitación Temporal	59
2.5.4 Delimitación de los sujetos de investigación	60
2.6 Hipótesis.....	60
2.7 Variables e indicadores	60
2.7.1 Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva de Ellis	60
2.7.1.1 Indicadores:	60
2.7.2 Variable Dependiente: Autoestima en Pacientes Renales.....	61
2.7.2.1 Indicadores:	61
2.8 Objetivos	62
2.8.1 Objetivo General	62
2.8.2 Objetivos Específicos.....	62
2.9 Enfoque	63
2.10 Diseño	63
2.11 Modalidad Básica de Investigación	64
2.11.1 Bibliográfica.....	64
2.11.2 Campo	65

2.11.3 Social.....	65
2.12 Tipos de investigación.....	65
2.12.1 Investigación Exploratoria	65
2.12.2 Investigación Descriptiva.....	66
2.13 Método de investigación	66
2.13.1 Método Inductivo Deductivo	66
2.13.2 Método Analítico Sintético	67
2.14 Técnicas e instrumentos:	67
2.14.1 Técnicas.....	67
2.14.2 Instrumentos.....	68
2.16 Población y muestra	71
2.17 Plan de intervención.....	72
CAPÍTULO III.....	81
RESULTADOS.....	81
3.1 Análisis e Interpretación de Resultados del Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	81
3.1.1 Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith-Grupo Experimental	81
3.1.2 Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith-Grupo de Control	93
3.2 Análisis e Interpretación de Resultados del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q).....	107

3.2.1 Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo Experimental.....	107
3.2.2 Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo de Control	114
CAPÍTULO IV.....	124
4.1. DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS	124
4.1.1 Comprobación de Hipótesis	124
4.1.1.1 Prueba t de student	124
4.1.2 Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	128
4.1.3 Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer	129
CAPÍTULO V	130
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	130
5.1 Conclusiones	130
5.2 Recomendaciones.....	133
GLOSARIO	135
APÉNDICE.....	138
BIBLIOGRAFÍA	182
ANEXOS	190
Anexo 1: Formato de Historia Clínica Psicológica.....	190
Anexo 2: Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	195
Anexo 4: Carta de Consentimiento Informado	202

TABLA DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico 1. 1: Teoría del ABC	20
Gráfico 1. 2: Estrategias para desarrollar la autoestima.....	37
Gráfico 1. 3: Hemodiálisis	50
Gráfico 1. 4: Diálisis peritoneal	51
Gráfico 3. 1: Comparación de Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Sí Mismo General del Grupo Experimental	83
Gráfico 3. 2: Comparación de Resultados del Test y Re-test por Géneros y.....	86
Gráfico 3. 3: Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros y Escala Social del Grupo Experimental	89
Gráfico 3. 4: Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del	92
Gráfico 3. 5: Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros y Sí Mismo General del Grupo de Control.....	95
Gráfico 3. 6: Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros Y Familiar del Grupo de Control.....	98
Gráfico 3. 7: Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros del Grupo de Control y.....	101
Gráfico 3. 8: Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del	103
Gráfico 3. 9: Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Inventario de Autoestima	106

Gráfico 3. 10: Comparación de Resultados del Test y Re-Test Mujeres del Grupo Experimental	109
Gráfico 3. 11: Comparación de Resultados del Test y Re-Test Hombres del Grupo Experimental	112
Gráfico 3. 12: Comparación de Resultados del Test y Re-Test Mujeres del Grupo de Control	115
Gráfico 3. 13: Comparación de Resultados del Test y Re-Test Hombres del Grupo de Control.....	118
Gráfico 3. 14: Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo Experimental y Grupo de Control	122
Gráfico 4. 1: Prueba t de student del Grupo Experimental.....	125
Gráfico 4. 2: Prueba t de student del Grupo de Control.....	127

Tablas

Tabla 1. 1: Ideas irracionales propuestas por Ellis.....	22
Tabla 1. 2: Las tres creencias irracionales básicas	23
Tabla 1. 3: Distorsiones Cognitivas	25
Tabla 1. 4: Claves para alcanzar una buena autoestima.....	39
Tabla 1. 5: Dimensiones de la calidad de vida.....	43
Tabla 2. 1: Tabla Matriz Operativa del Diagnóstico Psicológico.....	74
Tabla 2. 2: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica en el Grupo Experimental	76

Tabla 2. 3: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica en el Grupo de Control	79
Tabla 3. 1: Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Sí Mismo General del Grupo Experimental.....	81
Tabla 3. 2: Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Familiar del Grupo Experimental	85
Tabla 3. 3: Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala.....	88
Tabla 3. 4: Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del	91
Tabla 3. 5: Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Sí Mismo General del Grupo de Control	93
Tabla 3. 6: Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Familiar del Grupo de Control.....	96
Tabla 3. 7: Resultados del Test y Re-test por Géneros del Grupo de Control y Escala Social.....	99
Tabla 3. 8: Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del	102
Tabla 3. 9: Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Inventario de Autoestima	104
Tabla 3. 10: Resultados del Test y Re-test Mujeres del Grupo Experimental	108
Tabla 3. 11 : Resultados del Test y Re-test Hombre del Grupo Experimental	111
Tabla 3. 12: Resultados del Test y Re-test Mujeres del Grupo de Control.....	114
Tabla 3. 13: Resultados del Test y Re-test Hombres del Grupo de Control	117

Tabla 3. 14: Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo Experimental y Grupo de Control	120
Tabla 4. 1: Prueba t de student del Grupo Experimental.....	125
Tabla 4. 2: Prueba t de student del Grupo de Control.....	127

INTRODUCCIÓN

Todos los seres humanos deberían tener una autoestima saludable, independientemente del sexo, cultura, edad, trabajo y objetivos de vida. En la actualidad las enfermedades, afectan a un buen porcentaje de nuestra población, no solo en el aspecto físico sino también psicológico; por esta razón, las personas que adolecen de Insuficiencia Renal presentan deterioro en su nivel de autoestima, sobre todo porque una enfermedad de este tipo provoca cambios sociales, económicos, alimenticios; en vista de ello los pacientes afectados por esta enfermedad podrán tener dificultades para aceptar o adaptarse al nuevo estilo de vida al que tendrán que someterse debido al tratamiento que tienen que seguir. Por tal motivo; se implementa en la presente investigación una intervención con la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis para fortalecer el autoconcepto en pacientes de edad adulta temprana y media, atendidos en la Clínica de los Riñones Menydia de la ciudad de Ambato; de esta forma se incrementa el nivel de autoestima para así mejorar su calidad de vida y mejorar su salud integralmente; del mismo modo, se instruye a pensar de una forma más constructiva y realista respecto a su autoimagen, ayudando a combatir las ideas irracionales presentes por causa de esta enfermedad.

El informe de disertación desarrollado ha sido organizado de la siguiente forma:

En el primer capítulo se plantea el marco teórico, donde se instauran aspectos inmersos a la conceptualización de las variables de estudio, utilizando argumentos

teóricos relacionados con la Terapia Racional Emotiva de Ellis y su aplicación para lograr el fortalecimiento de la Autoestima en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal.

En el segundo capítulo se detalla la metodología de la investigación, exponiendo los antecedentes, significado del problema, definición del problema, planteamiento y delimitación del tema, así como la hipótesis, variables, indicadores, objetivos de la investigación, enfoque, diseño, tipos y modalidad básica de la investigación, los métodos, paradigma, técnicas e instrumentos, y procesamiento de información.

El tercer capítulo se refiere al análisis e interpretación de los resultados del Test y Re-test Inventario de Autoestima de Coopersmith para determinar el nivel de autoestima que presentan los Pacientes Adultos que adolecen de Insuficiencia Renal, y de igual manera con el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, aplicados tanto al grupo experimental como al grupo de control.

El cuarto capítulo contiene la Discusión, Análisis y Validación de Resultados, donde se analizará a través de la prueba t, los valores obtenidos mediante los reactivos aplicados, de ello puede inferirse que es utilizada para muestras pequeñas y por tal motivo se verificará si fue comprobada la hipótesis de la investigación.

El quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones que han surgido como producto de la investigación efectuada. Finalmente se detallan las referencias bibliográficas, el glosario de términos y los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 . Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva de Ellis

1.1.1. Fundamentos de la Terapia Cognitivo- Conductual

1.1.1.1. Antecedentes Investigativos

La historia de la cognición se inicia en los primeros planteamientos de la filosofía, por cuanto los primeros filósofos se dedicaban básicamente a intentar explicar la naturaleza del mundo y del ser humano; con lo que la búsqueda del conocimiento en aquellos tiempos pretendía ser útil para mejorar la calidad de vida en quienes estaban siendo educados. Filósofos orientales y occidentales se dedicaron al estudio y a la comprensión de la naturaleza humana, y específicamente a sus malestares emocionales; esto es, a tratar de entender como las perturbaciones emocionales surgían de la forma en que pensaba la gente y de cómo el entendimiento y la comprensión podrían ser un instrumento para recuperar su estabilidad emocional. Desde aquella época, los maestros estaban preocupados por los problemas psicoemocionales del ser humano, y planteaban que estos problemas que impedían el

desarrollo normal como seres humanos, se originaban en los que ahora es “cognición” (Hernández, Sánchez, 2007).

En el siglo VI A.C., Lao-Tse funda el Taoísmo, corriente filosófica en la que el hombre vive en armonía actuando de manera correcta con todo lo que le rodea; tiempo después Confucio (551 a.C.) emite un método creando preceptos fundamentados con un proceso moral y familiar para la vida. Sidharta Gautama (Buda) en el año de 566 a.C., plantea que el sufrimiento de la persona y sus malestares tanto físicos como emocionales se deben al mal manejo de las pasiones humanas, lo que puede llevar al individuo a un estado de insensibilidad. Sócrates (470-399 a. C.) en los siglos V y IV a.C., manifiesta que no tenía sentido conocer el mundo si primero no se conocía a uno mismo como un ser humano pensante, y a partir de su manera de pensar y sus experiencias de vida surge la Mayéutica Socrática que hoy en día la utilizan los terapeutas cognitivos – conductuales que ayudan al paciente a plantear sus pensamientos de manera adecuada. Platón (427-347 a.C.) discípulo de Sócrates, postula que el alma consta de tres partes que se encuentran en el cerebro, y que cada parte tiene su propia fuerza dominante (sabiduría, voluntad y autocontrol); de esta forma intentaba igualar el bien con el conocimiento, proponiendo que las pasiones se pueden controlar mediante el manejo de las cogniciones o pensamientos. Epicteto (50-125 d.C.), uno de los romanos sobresalientes en el Estoicismo, también realiza postulados importantes en su libro *Enchiridion* y es el primero en plantear que las personas no se perturban por las cosas que suceden sino por la manera en que las interpretan (Escobar, 2014).

Para Neisser, citado en González, et al.,(2007, p.104), el término cognición “se refiere a todos los procesos mediante los cuales el ingreso sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recobrado o utilizado. Tales términos, como sensación, percepción, imaginación, solución de problemas y pensamiento entre otros, se refieren a etapas o aspectos hipotéticos de la cognición”. Por lo tanto, el enfoque cognitivo se encarga del estudio de los procesos mentales que sirven para explicar la conducta; y lo fundamental es el procesamiento de la información que realiza sobre esta, en la que el individuo después compara con un nuevo esquema o estructura cognitiva para adaptar y rechazar el comportamiento inadecuado.

En cambio, el enfoque conductual surge a comienzos del siglo XX y está instituido por cuatro principios teóricos básicos, el primero de ellos, surge a través de las investigaciones realizadas por el fisiólogo Ruso Ivan Pavlov, quien descubre un proceso básico de aprendizaje que se dará a conocer como Condicionamiento Clásico; que trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre los estímulos del ambiente. A partir de este acontecimiento se inspira John B. Watson; que remite la fobia de un niño y funda las bases que luego se conoce como el conductismo. Por otra parte las investigaciones continuaron y Skinner a partir de 1930 plantea otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen; estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la Terapia Cognitivo-Conductual.

Cabe mencionar que el Enfoque Conductual tuvo una influencia favorable, ya que gracias a este método se logró generar alternativas de tratamiento terapéutico a corto plazo, este es el caso de la segunda guerra mundial, en la cual las personas atravesaron por problemas psicológicos y fueron tratados con técnicas del enfoque mencionado. Así mismo se deduce que la orientación del Enfoque Cognitivo-Conductual determina gran parte del comportamiento en las personas, por ende el cambio de aspectos cognitivos desadaptativos producirá modificaciones conductuales deseadas; dependiendo la personalidad de cada persona.

En 1960 Albert Bandura pone énfasis en la Teoría del aprendizaje social; en la cual manifiesta que el aprendizaje no se produce por medio de la experiencia directa y personal, sino que, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales que constituyen variables críticas. A partir de ello, por la misma época comienza a estudiar los pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos que son llamados modelos cognoscitivos. Aron Beck y Albert Ellis desarrollaron sus dos modelos de intervención terapéutica; la Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva; a las que hacen hincapié a las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque admiten que no toda la vida emocional puede explicarse en el pensamiento (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

1.1.2. Psicología Cognitiva

Para este enfoque es importante estudiar de la mente humana; asimismo la integración de las estructuras, procesos y representaciones de la información obtenida.

Neisser, citado en Riso (2009), concluyó:

Se refiere a todos los procesos mediante los cuales la entrada sensorial se transforma, reduce, elabora, almacena, recupera y utiliza. De igual manera, hace referencia a los sucesos mentales (cogniciones) como son: reconocimiento de patrones, memoria, organización del conocimiento, lenguaje, razonamiento, resolución de problemas, clasificación, conceptos, categorización de la información, y muchos más. (p.69)

En síntesis contribuye al conocimiento que las personas poseen del mundo y de sí mismas, basándose en determinadas estructuras de significados subjetivos que se forman a través de las experiencias tempranas y hace que desencadene con los estados anímicos, conductas e ideas.

Madewell & Shaughnessy (citado en Morgan 2011, p.8) mencionan que “la terapia cognitiva sostiene que los trastornos psicológicos provienen muchas veces de maneras erróneas de pensar, a esas formas erróneas de pensar se les llama distorsiones cognitivas”. En este contexto se evidenciará como se encuentra clasificados los elementos de la cognición; puesto que es indispensable conocerlos

para poder determinar cuál de estas interfiere inadecuadamente en la persona y así modificarlos.

1.1.2.1. Esquemas

Los esquemas se identifican como construcciones subjetivas que el individuo ejecuta en base a la experiencia personal. De la misma manera, son “patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo” (Instituto Americano de Información e Investigación, 2011, párr. 2). Significa que son los encargados en elegir y sintetizar los datos que ingresan en el transcurso de la vida; tienen que ser propicias para llevar a ejercer la acción de una manera adecuada.

Clark, Beck & Alford, citado en Kanapp (2004, p.24) establecen que “los esquemas son estructuras internas relativamente estables que han establecido de manera prototípica características de estímulos, ideas o experiencias que son usadas para organizar información de acuerdo a cómo los fenómenos son percibidos y conceptualizados”. De este modo, cabe mencionar que los esquemas están integrados en relación a los sentimientos, afectos, estados de ánimo, comportamiento y formas de interpretar la realidad dependiendo de la información y hechos suscitados, estos pueden ser catalogados como flexibles o rigurosos.

1.1.2.2. Creencias

Las creencias se podrían aludir que son estructuras ideológicas que se han ido instaurando en base a todo lo que nos rodea, por tal motivo, es percibida desde diferentes aspectos, así como también, ser resultado directo de la relación entre la realidad y los esquemas.

Camacho 2013 establece que “las creencias son todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia” (p.5). Por tal motivo, desencadenar las creencias inapropiadas proveerá resistencia hasta que la persona asimile y adapte nuevas perspectivas.

Existen diferentes tipos de creencias, que sirven para distinguir la magnitud de la creencia que tiene el individuo (Ibíd.):

1.1.2.2.1. Creencias nucleares: Son difíciles de modificar y sobre todo dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Por lo tanto, las características que identifican a la persona son innatas y existirá oposición a nuevas creencias.

1.1.2.2.2. Creencias periféricas: Son fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Refiere el mencionado, que estas creencias son más adaptables para generar cambios, sin resistencias.

Por consiguiente; la dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de muchos síntomas, ya que estas provocan una inestabilidad y no permiten que la persona logre sus expectativas de vida por los prejuicios instaurados por la sociedad.

1.1.2.3. Pensamientos Automáticos

Clark, Beck & Alford, citado en Riso (2006), refiere que las ideas aparecen de forma instantánea, y por ende no está inmersa la reflexión previa; es decir, con frecuencia es difícil tomar conciencia de ellos:

Los Pensamientos Automáticos son: a) pasajeros, b) altamente específicos y discretos, c) espontáneos, inmediatos e involuntarios, d) consistentes con el estado de ánimo afectivo de ese momento o con su personalidad, y e) una representación sesgada de la realidad, incluyendo el sí mismo. Cada Pensamiento Automático refleja, como se dijo antes, un perfil cognitivo asociado a los distintos aspectos del desorden. (p.63)

Cabe aseverar que algunas de las emociones surgen de estos pensamientos, que pueden caracterizarse como leves o intensos dependiendo del caso y desde la percepción de cada persona, de igual manera permanecer un corto o largo tiempo; pero si se consigue detectarlos y cambiarlos, modificará el estado de ánimo, la forma de encarar la vida y sus complicaciones.

1.1.3. Psicoterapia Cognitiva

Los modelos cognitivos se basan en que las ideas contraproducentes que intervienen en el individuo de manera exacerbada provocan cambios en el estado de ánimo o comportamientos; el rol del terapeuta es ayudar a los pacientes a modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica:

La terapia cognitiva es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción) y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experimentales para modificar fallos en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos. (Riso, 1999, p. 26)

En concordancia con lo citado, es un procedimiento efectivo que se utiliza para intervenir y tratar cualquier problema que afecta a la salud mental y complicaciones generadas por esta; así mismo implica que se instaure una calidad de vida propicia de acuerdo a las necesidades de cada persona; ya que está mediada por la percepción de los hechos que interpreta cada ser humano; y dependiendo de la causa podrá generar intranquilidad, emociones negativas o bienestar.

1.1.4. Intervención Psicológica desde la Perspectiva Cognitiva- Conductual

La intervención psicológica se refiere a la aplicación de técnicas psicológicas que son empleadas por un profesional, con la finalidad de ayudar a personas; guiar de una manera asertiva y encontrar soluciones a sus problemas, de igual manera,

perfeccionando las capacidades personales y relaciones; al igual que la salud mental; ya que generará independencia, crecimiento personal, autonomía y mejores alternativas para solucionar los problemas.

Bernstein & Nietzel (citados en Bados, 2008), han definido a la terapia psicológica como:

Una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos, mientras que el otro (el paciente) experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver su problema. (p. 2)

Por este motivo la finalidad de intervención es controlar y mantener estables los aspectos emocionales, cognitivos, conductuales y sociales. Por ello es necesario que los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales sobre la percepción de valía que están ligados a la enfermedad tomen otra postura diferente, y los nuevos esquemas cognitivos fortalecidos produzcan cambios favorables para la vida de las personas, modificando lo desadaptativo a adaptativo.

Para Mingote, citado en Del Pino (2010), la existencia de cogniciones negativas acerca del dolor se correlaciona con la intensidad percibida de este, el malestar emocional general del enfermo y la interferencia del dolor en la vida diaria. De esta manera, los estilos de afrontamiento que pone en marcha el sujeto predicen el curso crónico de la enfermedad, las percepciones catastróficas sobre la misma o el temor a futuros problemas o lesiones.

En relación a estas definiciones, la enfermedad acarrea a un deterioro a nivel físico y social; pero sobre todo el impacto psicológico es más notable ya que la persona pierde placer por las actividades antes realizadas debido a que solo se centra en su dolor y lo que sucederá con su vida; igualmente los pensamientos estarán inmersos en posturas negativas y autodestructivas; por esta razón la terapia cognitiva-conductual, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello disminuir los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos; y así la persona adquiera equilibrio, seguridad, control emocional; de igual manera, obtenga actitudes optimistas, enseñando a auto observarse en lo que piensa, siente principalmente contrarrestar sus ideas y conductas perturbadoras.

1.1.5. La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis

La teoría de la Terapia Racional Emotiva fue expuesta por Ellis, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la American Psychological Association. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales se derivaban de una procedencia en relación a las exigencias irracionales. Elementalmente la propuesta de la TRE se basa en que pensamientos, sentimientos y conductas actúan de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene de la evaluación que hacemos de hechos frustrantes, según como los estamos percibiendo. De igual manera “la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, lo ha llamado

pensamiento racional y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional, y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado pensamiento irracional” (Incer, s.f.). Por ende, las personas están ligadas al pensamiento irracional; ya que muchas de las veces no evalúan los acontecimientos y se genera cualquier tipo de conflicto que puede llegar a manifestarse con ideas dañinas y emociones que afecten el estado de ánimo y la salud.

Ellis, citado en Teorías de la personalidad (Incer, s.f.), alude que “los seres humanos son animales creadores de signos, símbolos y lenguaje que tienen cuatro procesos fundamentales: percepción, movimiento, pensamiento y emoción. Todas ellas se encuentran interrelacionadas por necesidad” (p.1). Se puede derivar que una idea irracional no solo implica disfunciones a nivel emocional y conductual sino que interfiere en la realidad que suscita alrededor de la persona; que puede obstruir en la calidad y propósitos de vida.

Por tal razón, Gerrig & Zimbardo (2005) señalan que “la terapia racional – emotiva busca incrementar el sentido de auto-valía del individuo y su potencial para auto-realizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal” (p.526). Se puede deducir que la persona al encontrarse con una autoimagen baja no solo se autolimita con su desarrollo personal sino que afecta a sus potencialidades que antes se encontraban estables; por esta razón, la terapia racional emotiva intenta cambiar las ideas negativas del ser humano para que encuentre un equilibrio satisfactorio, y éstas no interfieran en su cotidianidad.

1.1.5.1. Principales conceptos de la Terapia Racional Emotiva

Se expondrán los principales conceptos de la terapia racional emotiva conductual; en la que se pondrá énfasis en lo teórico para el entendimiento de los lectores y pueda ser de fácil aplicación. Se las describe a continuación:

1.1.5.1.1. El pensamiento racional e irracional

La persona es un organismo psico- social, porque busca construir y alcanzar metas, valores mediante los cuales intenta aportar un significado a su vida, pues permanentemente están relacionadas con la búsqueda de la felicidad y con permanecer vivos.

Para el modelo de Ellis “lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad; por tanto, facilita que la gente logre sus metas y propósitos” (Gabalda, 2007, p. 95). Es decir, son datos que ingresan con mayor exactitud y ayudan al individuo a centrarse de mejor manera en lo que proyectan conseguir, estos se caracterizan por:

- Establecer o elegir ciertos ideales, metas, valores y propósitos básicos.
- Utilizar una forma eficiente, científica, lógico- empírica, de lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

Por consiguiente lo irracional va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y dificulta que la gente logre sus metas y propósitos más básicos. Como resultado del estudio realizado se aprecia que la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal están propensos a tener esta clase de ideas por los cambios expuestos durante la enfermedad; al igual por interferir con la supervivencia y felicidad.

En tanto que; la conducta irracional consta de los siguientes aspectos:

- El individuo cree, la mayoría de las veces de forma muy firme, que está ajustado a lo que es real o no.
- Las personas que presentan una conducta irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas.
- Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio dentro de nuestros grupos de referencia.
- Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener.
- Impide que trabajemos de forma madura y productiva.
- Interfiere con nuestros mejores intereses en muchos campos (Ibíd., 2007, p.95).

Como resultado, lo racional e irracional estará latente en determinadas circunstancias y eventos que dependerán de cada ser humano aplicar el pensamiento adecuado para obtener lo que desea; con respecto sus prioridades o necesidades.

1.1.5.1.2. El "A-B-C" de la Teoría

Para reconocer con eficacia las emociones y conductas que pueden presentarse como negativas, ligeras, fuertes inapropiadas o apropiadas; lo principal es poner énfasis en los pensamientos, es decir todo lo relacionado con las creencias e imágenes que disparan de un acontecimiento y estas son interpretadas de forma racional o irracional.

Por este motivo, Ellis citado en Shepard, (1986, p.72) resumió su teoría que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B"; en la que se detalla a continuación:

- **A) Los acontecimientos activantes**

Es el suceso o situación que puede ser externo o interno; generadas por las experiencias en el entorno.

- **B) Las creencias**

Significa la consecuencia o reacción ante "A" (hechos). Es decir, es la creencia o la interpretación que realizamos ante cualquier suceso; aquí predominan las creencias racionales e irracionales. Por ende, el individuo puede interpretar su realidad de forma objetiva y percibida; ya que en la primera se puede confirmar y probar a

través de los hechos y con sustentos verídicos; en la segunda describe la persona como supuestamente cree que es, cómo está evaluando la situación.

- **C) Las consecuencias**

Es el sistema de consecuencias emocionales y conductuales que causan ante determinados hechos activadores. Cabe mencionar, que no todas las emociones son inapropiadas, ya que estas son muy útiles en la vida diaria, y son parte de la supervivencia. Es por ello, que las disfuncionales se consideran dañinas y no permiten conseguir las metas propuestas, además puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para sí mismo.

“El poder diferenciar una emoción perturbadora, de una no perturbadora es uno de los aspectos más importantes, ya que implica un objetivo claro que se plantea a nivel terapéutico y es transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas”, según Caballo, Lega y Ellis (Incer, s.f., p.3) estas pueden ser:

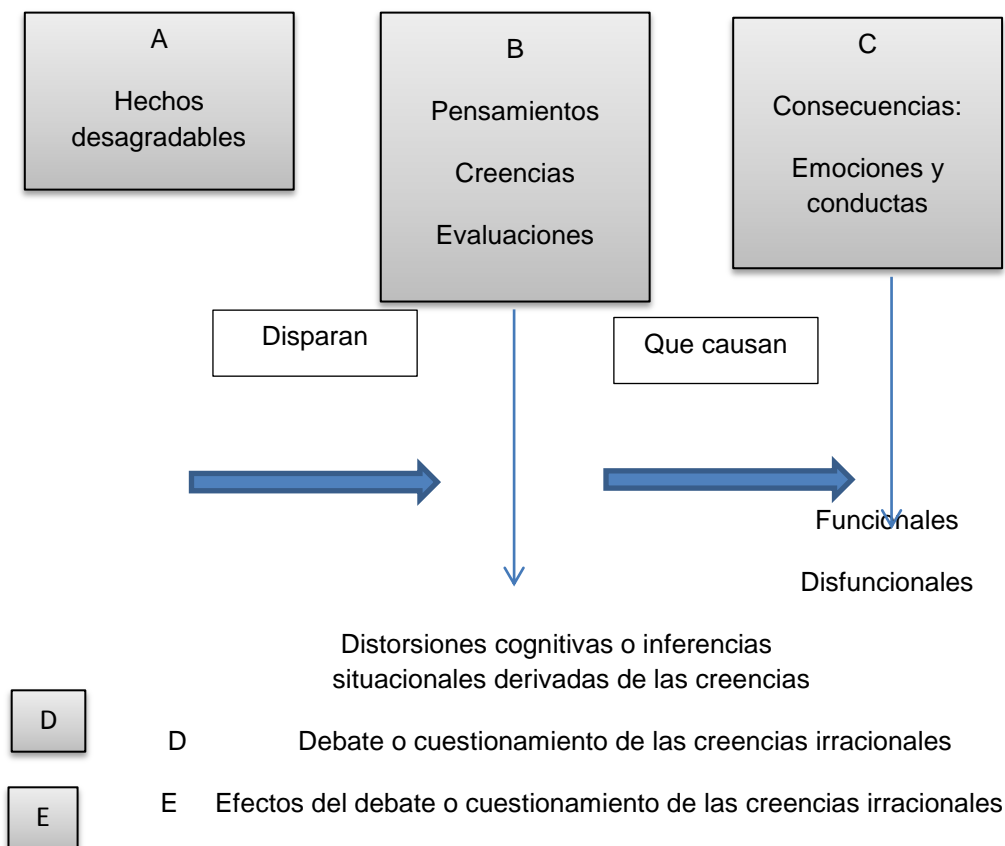
- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración.
- Emociones inapropiadas: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza (Ibíd.).

- **D) Debate**

Se refiere a la confrontación terapéutica, que realiza el individuo frente a las creencias o ideas irracionales, de igual manera; a los acontecimientos activadores que llevan hacia las conductas y emociones negativas generadoras de inestabilidad.

- **E) Respuestas racionales**

Representa los cambios emocionales y conductuales que se genera través de la forma de pensar y comportarse ante la adquisición de nuevas creencias. Consecuentemente la clave de todo el modelo TRE se fundamenta en los hechos activadores, pensamientos y consecuencias; por lo tanto, todas estas fases expuestas ayudaron a los pacientes a aclarar sus pensamientos que causan disfuncionalidad e impedimentos para mantenerse en armonía y con tranquilidad; por lo que seguidamente se representa la teoría del ABC; en el Gráfico 1.1:

Gráfico 1. 1.**Teoría del ABC**

Fuente: Woods (1991, citado en Gabalda, 2007, p.97).

Elaborado: Mayorga, Tatiana.

1.1.5.1.3. La filosofía racional y la filosofía irracional

Una idea de Ellis leída en una publicación de Gabalda (2007) define que la “filosofía racional corresponde a las preferencias, los deseos; en cambio frente a la filosofía irracional se encuentra los absolutos, demandas o exigencias, sobre cómo deben ser las cosas, nosotros mismos o comportarse los demás” (p. 99).

Por tal motivo, el terapeuta ayuda a modificar las ideas irracionales que están interfiriendo en las emociones y conductas, con el objetivo de generar un cambio en todos sus componentes. Para ello, el autor identificó las llamadas *ideas irracionales* más frecuentes, las cuales se describen a continuación en la Tabla 1.1:

Tabla 1. 1.

Ideas irracionales propuestas por Ellis

Creencia Irracional	Porqué es irracional
<p>Idea irracional nº 1: "Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad"</p>	<p>El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable. Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía.</p>
<p>Idea irracional nº 2: "Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles".</p>	<p>Ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos. Forzarse más de la cuenta acarrea estrés y enfermedades psicosomáticas.</p>
<p>Idea irracional nº 3: "Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad".</p>	<p>Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente sin una "maldad consciente".</p>
<p>Idea irracional nº 4: "Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".</p>	<p>Cuando las cosas no nos salen está bien luchar por cambiarlas, pero cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son.</p>
<p>Idea irracional nº 5: "La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones"</p>	<p>Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones le hagamos caso.</p>
<p>Idea irracional nº 6: "Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra"</p>	<p>Si se está muy preocupado por un asunto de riesgo, el nerviosismo impide ver realmente la gravedad del asunto.</p>
<p>Idea irracional nº 7: "Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"</p>	<p>La confianza en uno mismo sólo proviene de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil pero a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal.</p>
<p>Idea irracional nº 8: "Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar"</p>	<p>Aunque es normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no hemos de llegar al punto de que los demás elijan o piensen por nosotros.</p>
<p>Idea irracional nº 9: "La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente"</p>	<p>El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido.</p>
<p>Idea irracional nº 10: "Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás"</p>	<p>Aunque los demás realicen comportamientos que nos perturban, nuestro enojo no proviene de su conducta sino de lo que nos decimos a nosotros mismos.</p>
<p>Idea irracional nº 11: "Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe"</p>	<p>No existe ni seguridad, ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas.</p>

Fuente: Ellis, (1958, 1980; Dryden y Ellis, 1987, citado en Caro Gabalda, 2007, p.99)

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

Estas 11 creencias irracionales fueron sintetizadas posteriormente; sobre la base de tres debos absolutistas o de tres tipos de demandas y es representada en la Tabla 1.2 de la siguiente manera:

Tabla 1. 2.

Las tres creencias irracionales básicas

Con respecto a:	Idea irracional
Uno mismo	"Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones".
Los demás	"Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa"
El mundo o condiciones de vida	"La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad"

Fuente: Ellis, 1977; Dryden & Diguisuppe, 1990, citado en Gabalda, 2007, p.100)

Elaborada: Mayorga, Tatiana.

Como consecuencia de las ideas irracionales, se puede afirmar que surgen problemáticas y además pueden generar la aparición de una serie de trastornos emocionales y conductuales impidiendo la superación personal. En efecto, los pensamientos incorrectos deben ser modificados y reestructurados; proyectando alternativas racionales; de este modo, se plantea el objetivo deseado por el terapeuta y la persona contrarrestará la preocupación e inestabilidad emocional.

1.1.5.1.4. Las distorsiones cognitivas

Cundo la idea es percibida como errónea, ésta ingresa en el procesamiento de la información; y por ende se asocia a las creencias desadaptativas o no se ajusta al entorno; puede influenciar en la conducta y el estado emocional.

Ellis, al igual que Beck asume que existe una serie de supuestos ilógicos, se concluye que:

Existe una cierta cercanía entre las distorsiones cognitivas en los modelos de Beck y Ellis; pero esta clasificación giran fundamentalmente alrededor de la tiranía de los debo y deberías que los pacientes asumen sobre las cosas. Esto significa que los pacientes deben ser expuestos a cada una de estas ideas o de estas distorsiones cognitivas, puesto que si no se hace o no se lleva a cabo esta exposición los pacientes van a seguir manteniéndolas y, con probabilidad van a desarrollar nuevas ideas irracionales. (Paula, 2007, p. 103)

Para aclarar las distorsiones cognitivas de Ellis; se detallan a continuación algunas distorsiones cognitivas en el modelo de la terapia racional emotiva, en la Tabla 1.3:

Tabla 1. 3.

Distorsiones Cognitivas

Tipo	Ejemplo
Pensamiento de todo o nada	"Si fracaso en una tarea importante, como debo hacerlo, soy un fracaso total y nadie me puede apreciar".
Saltar a conclusiones	"Ya me han visto fallar, y bajo ningún concepto debí hacerlo, me verán como un gusano incompetente".
Adivinar el porvenir	"Se burlan de mí por haber fracasado, pues saben que debía haber tenido un éxito total, por lo que me despreciarán para siempre".
Descalificar lo positivo	"Cuando me felicitan por algo bueno, sólo están siendo amales, olvidando las cosas locas que no debería haber hecho, de ninguna manera".
Totalidad y nunca	"Ya que las condiciones de mi vida deben ser buenas y en la actualidad son tan malas e intolerables, siempre van a ser así, y nunca seré feliz".
Etiquetado y sobregeneralización	"Ya que no debo fracasar en un trabajo importante, y lo he hecho, soy un perdedor y un fracasado total".
Perfeccionismo	"Me doy cuenta que lo he hecho bastante bien, pero debería hacerlo hecho totalmente perfecto en una tarea como ésta, y pr tanto, soy un incompetente total".

Fuente: (Dryden & Ellis, 2001, citado en Paula, 2007, p. 103).

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

1.1.5.1.5. Reestructuración Cognitiva

Es una terapia que ayuda a las personas a solucionar situaciones precarias, así mismo a tener control sobre las emociones, deshacer los pensamientos contraproducentes y llevar a un estado de ánimo positivo. El objetivo primordial consiste en identificar,

analizar, y modificar las interpretaciones o las ideas erróneas que experimentan en determinadas situaciones sobre sí mismo o de los demás.

Clark, citado en Bados & García (2010, p.2) manifiesta que la “Reestructuración Cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y conductual causada por los primeros”. En conclusión el objetivo es enseñar a los pacientes las habilidades de enfrentamiento que les permitan adoptar perspectivas más razonables sobre los acontecimientos perturbadores.

Para llevar a cabo esta técnica, se aplican algunos pasos que se detalla a continuación:

a) Identificación de los pensamientos inadecuados

De acuerdo a McKay, Davis & Fanning (s.f. párr.6), los pensamientos en determinadas ocasiones llegan a hacerse automáticos; y por lo general resulta imposible estar continuamente pendiente de estos. Por esta razón, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es indispensable identificarlos rápidamente para evitar que invadan y actúen con rapidez.

Para identificar los esquemas cognitivos es conveniente conocer los tipos de pensamientos más habituales. Los pensamientos se pueden clasificar en:

1. Pensamientos adaptativos: Son objetivos, realistas, facilitan la obtención los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.

2. Pensamientos neutros: No interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.

3. Pensamientos no adaptativos: Distorsionan la realidad, dificultan el logro de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación.

En general los pensamientos no adaptativos tienden a:

- Extraer conclusiones generales a partir de un pequeño detalle o un único incidente.
- Interpretar cualquier hecho o situación de manera extremista.
- Juzgar cualquier situación a partir de prejuicios.
- Exagerar las consecuencias de algún acontecimiento desafortunado.
- Minimizar las propias capacidades, entre otros.

De acuerdo a lo mencionado, la identificación de los propios pensamientos es una tarea ardua, ya que solo con conocer los tipos de pensamientos habituales no es suficiente; uno mismo no puede ser consciente de muchos pensamientos sino es que se auto observa y se entrena para conseguirlo. Cabe aseverar que durante el transcurso de las sesiones, se evidenció que los pacientes presentaban pensamientos no adaptativos; y estos limitaban proyectarse a futuro con logros, por lo que estaban

atravesando; entonces para debatir estas ideas aportaron todas sus quejas y malestares. Para lograrlo se utilizaron preguntas claves y cuestionamientos para que el paciente comience a indagarse y cambiar lo que le impedía llegar a la felicidad; que resultó ser favorable gracias a la acotación y apoyo de todos los integrantes del grupo.

b) Evaluación y Análisis de los Pensamientos

Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar; a través de preguntas; y por ende requiere un proceso de reflexión. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en tres ámbitos.

Según McKay, M., Davis, M., Fanning, P (s.f., párr. 12) los tipos de preguntas para analizar los pensamientos son:

- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

c) Búsqueda de Pensamientos Alternativos

Para encontrar pensamientos favorables debe emplearse una serie de ideas, las cuales refleje de manera inadecuada la realidad para que la persona tome conciencia y

pueda afrontarlas con pensamientos propicios. A su vez, llegar a tener un dominio sobre estos y autoinstruirse, en el momento en que invadan los pensamientos contraproducentes; ya que a través de esta técnica ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

1.1.6. Autoaceptación

La autoaceptación es una evaluación cognitiva que hacemos de nuestros sentimientos, conductas, creencias, motivaciones e historia de vida. Por tal motivo, es aceptar todo lo positivo y negativo; afrontar los retos y desvalorizaciones que llevarán a mantener una autoestima equilibrada, siendo el sentimiento que nace a partir de la autovaloración que permitirá proyectarse de una manera diferente.

El Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual (2012, párr. 2) considera que:

La autoaceptación implica una autoevaluación o "puntuación" en una escala de valor que se origina a partir de nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y también a las opiniones (reales o supuestas) de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros. Del mismo modo, propone el concepto de autoaceptación, consistente en algo que podríamos llamar "el amor incondicional a nosotros mismos", querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores (podemos calificar las conductas, pero no a las personas).

Es decir, para adquirir una adecuada aceptación personal tiene que estar vinculada a un concepto positivo de sí mismo, que potenciará la capacidad de las personas para desarrollar habilidades, seguridad personal, autonomía y adquirir control de bienestar ante la enfermedad y autoimagen. Es indispensable que la persona asimile los hechos de manera realista; con las cualidades y defectos; ya que para perfeccionar es necesario observar cuáles son las carencias y mejorarlas sin culpas o temores.

1.1.7. Terapia Racional Emotiva y su aplicación en la Autoestima

La Terapia Racional Emotiva implica hacer explícito lo implícito de las creencias inadecuadas del paciente e instruir una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para que sea mucho más razonable y funcional de tal manera que una enfermedad determinada y la baja autoaceptación por la cual atraviesan se vuelva menos dolorosa y sea parte de una vida normal, de esta forma se fomenta el valor propio a través de nuevas visiones.

De la misma manera, la existencia de bajos niveles en la autoestima desencadena posibilidades de confrontamiento ante cualquier circunstancia, por ende las estrategias implantadas en la terapia servirán para fomentar la autoimagen; así el entrenamiento de los pensamientos negativos permitirá combatir las emociones desadaptativas; para lo cual la persona debe tomar conciencia de las ideas irracionales, enfrentándolas y revisándolas.

Adicionalmente, se desautomatizan los pensamientos irracionales adquiridos acerca de la interpretación errónea del concepto de sí mismo, del otro y del mundo, ya que en ocasiones funcionamos con mecanismos rígidos, dando lugar a una decadencia ante la autoestima o situación frustrante por la cual atraviesa. A su vez, instaurando un cambio radical que predispone a combatir cambios indeseables.

1.2. Variable Dependiente: Autoestima en Pacientes Renales

1.2.1. Autoestima

1.2.2. Definición

Es la percepción de valía de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.

“La autoestima es la experiencia de ser competente para arreglárselas con los desafíos básicos de la vida y ser digno de la felicidad. Una forma de lidiar con el problema es de que sólo se estime el valor” (Branden, 1969, p. 13). Por ende, cuando una persona tiene una adecuada autoimagen experimenta cada aspecto de la vida de una manera positiva y constructiva; además es capaz de enfrentar los retos en forma productiva, utilizando los propios recursos en las etapas de crisis para salir adelante. Mediante esto estará en capacidad de disfrutar sanamente sus potencialidades, habilidades y defectos sin menospreciar su autoconcepto.

De acuerdo con Branden (1994, p.14) menciona que:

La eficacia y el respeto hacia uno mismo constituyen el pilar doble sobre el que se sienta una autoestima sana; si falla una de las dos partes, la autoestima se ve afectada. Éstas son las características definitorias del término, debido a su esencialidad; es decir, no representan significados derivados o secundarios de la autoestima, sino su esencia.

Con respecto a esta definición, lograr un autoconcepto elevado es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y es merecedor de la felicidad, siempre y cuando este mediatizado por el respeto hacia uno mismo y el amor incondicional; por ende será primordial enfrentar con eficacia las adversidades pensando de manera positiva para alcanzar metas y experimentar la plenitud.

1.2.3. Componentes de la Autoestima

Es un componente importante que debe estar adaptado apropiadamente para garantizar un adecuado funcionamiento de la autoimagen; cualquier déficit puede generar algún conflicto en la autoestima. Para combatir alguno de los componentes deberá existir una buena autovaloración, autoaceptación y amor propio. En la autoestima existen tres componentes: Cognitivo, afectivo y conativo.

1.2.3.1. Componente Cognitivo

Este componente hace referencia a la opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre la conducta. Además es el conjunto de autoesquemas que organizan las

experiencias pasadas y son usadas para reconocer e interpretar estímulos relevantes en el ambiente social. Este es el más importante de los tres componentes y es también acompañado por la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. El valor de la autoimagen es determinante para la vitalidad de la autoestima. (Serrate & Barado, 2011).

Es decir, está conformado por percepciones, ideas, e información que tenemos de todo lo que nos rodea; pueden generarse mediante las experiencias y el conocimiento que vamos adquiriendo; de igual manera hace referencia a la importancia para que se defina la percepción de valía.

1.2.3.2. Componente Afectivo

Es el componente emocional o sentimental de la autoestima, que implica un sentimiento favorable o desfavorable, así como también el valor que nos atribuimos, ya que facilita la predicción de las conductas. “Conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y negativo. Es sentirse a gusto o a disgusto consigo mismo. Una ley fundamental por la que se rige la autoestima es "a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima" (Serrate & Barado, 2011, párr. 10).

1.2.3.3. Componente Conductual

El autoconcepto condiciona a la conducta, pues actuamos según las capacidades, cualidades, competencias, valores habilidades o deficiencias que hallamos en nosotros mismos, de esta forma se demuestra la actitud al exterior.

1.2.4. Tipos de Autoestima

En efecto se puede distinguir en qué nivel y estabilidad de la autoestima se encuentra el individuo; mediante la cual, el terapeuta tendrá una noción más clara al momento de realizar una psicoterapia. De igual manera, para clasificar los tipos de autoestima se tomará como referencia al autor (Gaja, 2012).

La autoestima consta de tres factores fundamentales: la confianza, la visión de sí y el amor de sí mismo. Con estos se puede obtener una autoestima armoniosa y favorable.

1.2.4.1. Autoestima Alta o positiva

Es la más efectiva para tomar buenas decisiones; igualmente, está fundada de acuerdo con dos sentimientos de la persona: la capacidad y el valor que los hace enfrentarse de manera positiva a los retos.

Las personas con una autoestima alta tienen una sensación permanente de valía y de capacidad positiva que les conduce a enfrentarse mejor a las pruebas y los retos de la vida, en vez de tener una postura defensiva. Además no solo se sienten más capaces sino que, disponen de una serie de recursos internos e interpersonales que les protegen de las fluctuaciones del merecimiento y de la mayoría de los traumas (Gaja, 2012, p.21).

1.2.4.2. Autoestima Media o relativa

La persona que presenta una autoestima media se caracteriza por disponer de una aceptable confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, si accede al comentario de los demás. La actitud oscila entre momentos de autoestima elevada y períodos de baja autoestima (Ibíd.).

1.2.4.3. Autoestima Baja

En las personas que presentan una autoestima de este nivel prima un sentimiento de inseguridad e incapacidad con respecto a sí misma.

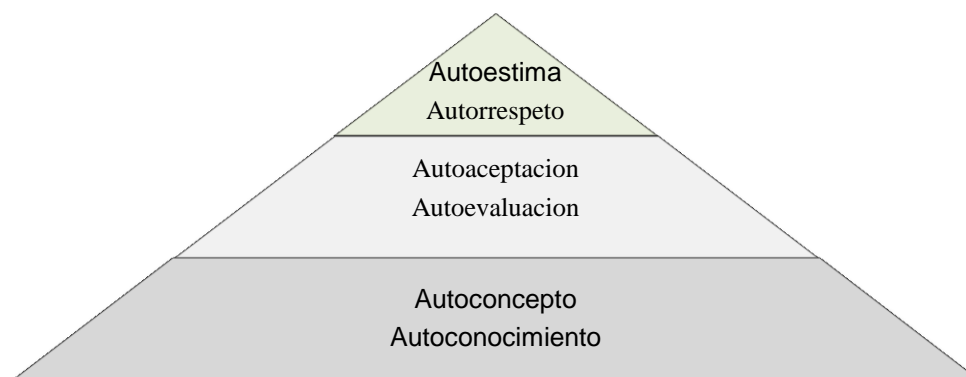
La baja autoestima implica deficiencias en los dos componentes que se abordó en la sección anterior. De manera que, la persona con un bajo nivel de autoestima tiende a hacerse la víctima ante sí misma y ante los demás. Por ejemplo, al sentirse inmerecedora puede llevar a mantener relaciones perjudiciales que, además de reforzarla negativamente, dificultan la búsqueda

de fuentes de merecimiento tales como el hecho de ser valorado por los demás o saber defender los propios derechos. En cuanto a las deficiencias en la competencia, la persona está más predispuesta al fracaso, y que o prendido las habilidades necesarias para alcanzar el éxito; tiende a concentrarse más en los problemas que en las soluciones. (Gaja, 2012, p.28)

Cabe mencionar que, existe una mayor predisposición al fracaso debido a que se concentran en los inconvenientes, los obstáculos y no tratan por resolverlos de manera pertinente ni buscar soluciones; evade toda posibilidad de éxito de manera voluntaria.

1.2.5. Estrategias para desarrollar la autoestima

La valía personal es un recurso integral y complejo para obtener un estable desarrollo personal; pero al presentarse debilidades afecta la autoimagen, las relaciones y la productividad, mientras tanto al obtener una potencia adecuada la persona adoptará juicios apropiados para construir metas. Para lograr el desarrollo de la autoestima se considera importante citar su composición que se puede ejemplificar en una pirámide para obtener una excelente valoración personal. Se ejemplifica de la siguiente manera, en el Gráfico 1.2:

Gráfico 1. 2.*Estrategias para desarrollar la autoestima*

Fuente: Estrada (1998, p. 2).

Elaborado: Mayorga, Tatiana.

La pirámide de autoestima representa el crecimiento y desarrollo personal del individuo en donde la comunicación y aceptación de uno mismo son fundamentales. La cúspide representa la autoestima, el punto máximo de aceptación y dignidad del ser humano (Estrada, Rodríguez, 1998, p.3).

Se describe a continuación los componentes que integran la pirámide de autoestima:

1.2.5.1. Autoconocimiento: Es conocer por qué y cómo actúa el individuo; logrará tener una personalidad fuerte y unificada, si una de estas partes no funciona de manera eficiente, las otras se verán modificadas y su personalidad será insegura, con sentimientos de desvaloración.

1.2.5.2. Autoconcepto, Autoimagen: Son las creencias y valores acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta.

1.2.5.3. Autoevaluación: Refleja la capacidad interna de calificar las situaciones; así mismo las características que poseemos.

1.2.5.4. Autoaceptación: Reconocer todas las partes de nosotros mismos como una realidad, nuestra forma de ser y sentir.

1.2.5.5. Autorrespeto: Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse.

1.2.5.6. Autoestima: Estableciendo adecuadamente los pasos anteriores; y si la persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores, desarrolla sus capacidades; se acepta y se respeta. Mediante la cual, entablará relaciones humanas adecuadas y una comunicación productiva.

1.2.6. Claves para alcanzar una buena autoestima

Para lograr una percepción de valía; es indispensable desarrollar confianza y respeto por nosotros mismos, sobre todo en la capacidad de raciocinio que es la fuente básica

de nuestra idoneidad; a continuación se referencia en la Tabla 1.4. Es significativo de nuestro derecho a esforzarnos por conseguir bienestar.

Tabla 1. 4.

Claves para alcanzar una buena autoestima

Concepto clave	Análisis/Desarrollo	Conclusión
El juicio Personal	Comprende los aspectos positivos y negativos, lo ya conseguido y lo que queda por alcanzar.	El análisis debe culminar en una AFIRMACION POSITIVA
La aceptación de uno mismo	Aceptare a pesar de las limitaciones, los errores, las frustraciones (expectativas no cumplidas).	Asumir las aptitudes y las Limitaciones.
El aspecto Físico	Comprende la características fisiológicas (enfermedades físicas o psicológicas, congénitas o adquiridas)	Aceptación de nuestra personalidad.
El patrimonio Psicológico	Involucra la conformación de pensamientos, la inteligencia, la conciencia, la fuerza de voluntad, el lenguaje verbal y no verbal, la interpretación de la vida, etc.	La personalidad debe ser percibida como positiva en su totalidad.
El entorno socio-cultural	Se desarrollan los recursos para la comunicación interpersonal.	Tener relaciones sociales saludables es indicativo de una autoestima buena.

Fuente: Rojas, Enrique (2001, citado en Nathaniel Branden, 1995, p.3).

Elaborado: Mayorga, Tatiana.

1.3. Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal

La calidad de vida incluye elementos que forman parte integral de la persona. Según la OMS este término hace referencia a “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses” (citado en Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 2010, párr. 6). Por tal motivo se requiere una óptima salud tanto física como mental, puesto que se enfoca en el bienestar del ser humano, teniendo en cuenta que la Insuficiencia Renal traerá repercusiones súbitas, que generará desequilibrio en todos los ámbitos, por ende se pretende desarrollar todas sus habilidades para poder enfrentarla.

De igual manera, los tipos de tratamiento a los que deben someterse los pacientes traerán incertidumbre con respecto al futuro, ya sea en la dependencia de máquinas, las restricciones en la dieta, cambios en las relaciones sociales, familiares y la situación laboral; entre otras, por lo que existe la posibilidad que se manifiesten trastornos emocionales y otras dolencias que se asocian a una baja calidad de vida.

1.3.1. Calidad de vida

1.3.1.1. Definición

Los seres humanos tratan de mantener una adecuada calidad de vida, ya que es un concepto subjetivo, en el cual están diversos ámbitos como en la economía, salud, política y educación donde permita acceder a un desarrollo integral y bienestar; Gómez (2009), señaló que:

La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas. (p. 5)

Se refiere a la prosperidad en todas las facetas del hombre, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades; por lo tanto cada aspecto de la calidad de vida depende parcialmente del contexto vital.

1.3.1.2. Dimensiones de la calidad de vida

Schalock en 1996 trató de lograr un consenso en las dimensiones e indicadores fundamentales de calidad de vida que pudieran ser medidos a tres niveles: (a) personal, (b) funcional u objetivo, y (c) social. Esta sugerencia coincide con la de Felce (1997), quien propuso que la estructura de las dimensiones de calidad de vida debía satisfacer dos criterios: (a) tener en cuenta la complejidad de la vida, reflejado en la posibilidad de adoptar un enfoque de evaluación; y (b) debía reflejar por lo

general un amplio conocimiento sobre los asuntos importantes para todas las personas. Por tal motivo, las ocho dimensiones sugeridas por Schalock, que se señalan a continuación son bastante consistentes con aquellas propuestas por otros autores, y también con lo empírico y experiencial. Estas ocho dimensiones presentan en sí mismas múltiples enfoques para la evaluación, y cada una de ellas puede ser examinada de forma múltiple por diversos indicadores. También aclara la naturaleza artificial de la distinción entre los indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida Schalock & Verdugo, citado en Verdugo & Vicent, (2004).

La calidad de vida tiene su máxima expresión y está relacionada con la salud. Las dimensiones que comprenden la calidad de vida se describen de la siguiente manera en la Tabla 1.5:

Tabla 1. 5.*Dimensiones de la calidad de vida*

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Fuente: (Schalock & Verdugo, 2003 en Verdugo, et. al, 2009; citado en Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón, 2013, p.14).

Elaborado: Mayorga. Tatiana.

Por lo tanto, una persona experimenta una excelente calidad de vida cuando se efectúan todas las necesidades básicas y cuando poseen las mismas oportunidades de los demás para cumplir sus metas. De esta forma aumenta la aceptación e integración de la persona en su comunidad y se siente satisfecha en todos los ámbitos de su vida.

1.3.2. Calidad de Vida y Enfermedad Renal

La realidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis se acompaña de una problemática tanto de carácter fisiológico como psicológico, pues al ser una enfermedad de evolución crónica tiene repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente provocando muchas veces depresión, ansiedad, baja autoestima, trastornos de personalidad y cambios en su estilo de vida; para lo cual se empleó la Terapia Racional Emotiva, y sus temáticas como el ABC que se logró identificar los hechos sobre pensamientos erróneos de su enfermedad, de igual manera las interpretaciones que tienen sobre la misma, y por consiguiente las emociones y conductas que se basan en intentos de suicidio, no asistir al tratamiento de hemodiálisis y rechazar la medicación. Así mismo, se utilizó la identificación de los esquemas cognitivos para conocer el tipo de pensamientos que más afectaba al paciente como; no soy una persona independiente, me siento inútil, soy una carga para mi familia, quisiera morirme, ya estoy cansada(o) de asistir al tratamiento. Una vez psicoeducado el paciente se realizó una discusión cognitiva logrando que analice sus propios pensamientos negativos y que estos no afecten en sus emociones y conductas; del mismo modo que las ideas automáticas sean reemplazada por racionales; estimulando aceptación de la enfermedad, motivando al tratamiento y mejorando la calidad de vida en todos los ámbitos. Lo descrito se encuentra detallado con mejor relevancia en la Guía de Intervención Terapia Racional Emotiva de Ellis para el Fortalecimiento de la Autoestima.

1.3.2.1. Insuficiencia Renal

Los riñones son los encargados de mantener el equilibrio interno, en cuanto al volumen de líquido como en la composición cualitativa de elementos. En concreto, eliminan los productos de desecho del metabolismo protéico, regulan el equilibrio químico y líquido del organismo, secretan hormonas que controlan la presión sanguínea, producen glóbulos rojos y la forma activa de la vitamina D. Para realizar las funciones depuradoras y reguladoras del medio interno, los riñones utilizan de uno a tres millones de estructuras tubulares llamadas "nefronas", cuya misión consiste en filtrar la sangre y eliminar los desechos a través de la orina. Cada nefrona está compuesta por un diminuto filtro, el glomérulo y un sistema de túbulos con funciones bien diferenciadas. El glomérulo es el encargado de filtrar la sangre; los túbulos recuperan la parte del filtrado que es útil y secretan la parte restante que constituirá la orina, formada por agua y sustancias que están en cantidades excesivas en el organismo (Villagrán, 2012).

El riñón no tiene la capacidad de regenerar nefronas nuevas, es así que una lesión, enfermedad o envejecimiento normal renal hay una reducción del número de nefronas y por tanto una repercusión considerable en el adecuado funcionamiento del riñón y por ende en el organismo humano en su totalidad (Ídem, 2012). Cabe mencionar que la insuficiencia renal se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre. Dependiendo de la magnitud del caso, se procede a realizar el tratamiento adecuado para prevenir la morbilidad o mortalidad.

1.3.2.2. Tipos de Insuficiencia Renal

- **Insuficiencia Renal Crónica**

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. También es la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas (Gómez A., Arias E. & Jiménez C., s.f.).

Normalmente no se producen síntomas durante el período de disminución de la reserva funcional renal, que es el estadio inicial de la IRC. En esta fase se pierden nefronas funcionantes, y las que quedan aumentan su función de modo compensador, manteniéndose de este modo la homeostasis del agua y sodio; el enfermo suele permanecer asintomático (Navas, 2012).

Según la Fundación Nacional del Riñón (2002) establece que “en la insuficiencia renal crónica los riñones están dañados por trastornos tales como la diabetes, hipertensión o glomerulonefritis” (p.5). En consecuencia, los riñones son menos capaces de hacer los siguientes trabajos para ayudar a mantener la salud:

- Eliminar los desechos y líquidos extras del cuerpo
- Liberar hormonas que ayudan a:
- Controlar la presión arterial
- Contribuir a tener huesos fuertes
- Prevenir la anemia al aumentar el número de glóbulos rojos en el cuerpo.
- Mantener el equilibrio justo de sustancias químicas importantes en la sangre, tales como el sodio, potasio, fósforo y calcio.

Para Venado, et. al, (s.f.) mencionan que :

Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad, calambres, hiporexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, malestar general, astenia, prurito” (p.6).

Cabe mencionar que algunos pacientes sometidos a cualquier tratamiento de insuficiencia renal, con el tiempo asimilan este cambio y forma parte de su vida de una manera comfortable; pero otras personas en cambio rechazan las alternativas posibles; que en conclusión dependerá el nivel de autoaceptacion y madurez de cada persona en tomar el procedimiento o excluirlo.

- **Insuficiencia Renal Aguda**

Es un síndrome clínico de inicio rápido, apareciendo aproximadamente en horas o días y caracterizado por una pérdida rápida de la función renal con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina. La uremia es el proceso en que la función renal disminuye hasta un punto en que aparecen síntomas en múltiples sistemas del organismo. La IRA se asocia a menudo con la oliguria (disminución de la diuresis hasta menos de 400 ml/día. Esta enfermedad es reversible, pero presenta una tasa de mortalidad del 50% (Ayala, s.f.).

Se la clasifica por que el intervalo causa / inicio de los síntomas, no supera las 2 semanas (actualmente se lo extiende hasta los 3 meses). Además requiere el tratamiento de diálisis hasta que vuelvan a funcionar o en tal caso podría convertirse en crónico; y si los riñones no sufren un daño grave, esa insuficiencia puede contrarrestarse.

1.3.2.3. Tratamientos de la Insuficiencia Renal

- **Diálisis**

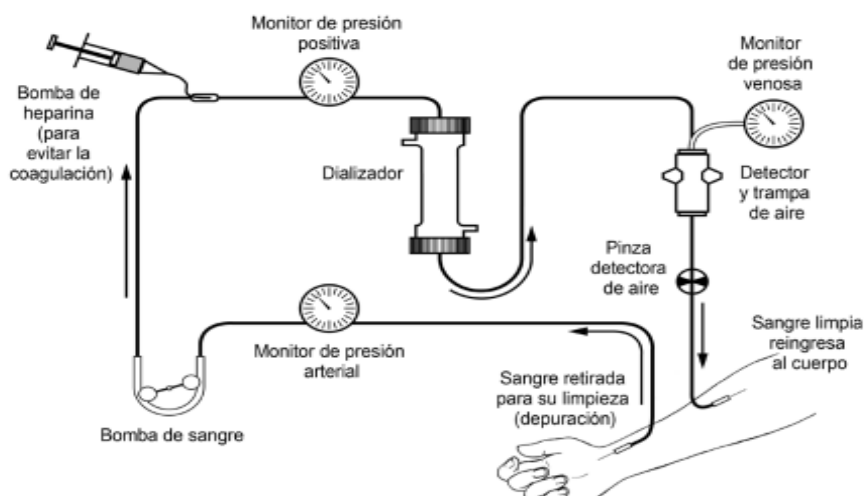
Es un proceso importante, que se utiliza para mantener al paciente con vida y logre desempeñarse en sus actividades. En efecto; es la difusión o paso de partículas

solubles de una solución a otra, a través de una membrana semipermeable. “La diálisis es un procedimiento que nos permite extraer de la sangre del paciente sustancias nocivas o tóxicas para el organismo, así como también el agua acumulada en exceso” (Guía Tecnológica 16 Sistema de Diálisis Peritoneal, 2014, p 7).

Existen dos modalidades de tratamiento sustitutivo de la función renal: La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

Hemodiálisis: Para limpiar la sangre, la Hemodiálisis utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso en el paciente (fístula, injerto vascular o una línea central temporal), se filtra y luego vuelve al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semipermeable que solo permite el paso de algunas moléculas. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas y, por lo general, se realiza tres veces por semana (Piaskowski, P, s.f.).

Gráfico 1. 3.

Hemodiálisis

Fuente: Piaskowski (s.f.). Hemodiálisis y diálisis peritoneal, p.4

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

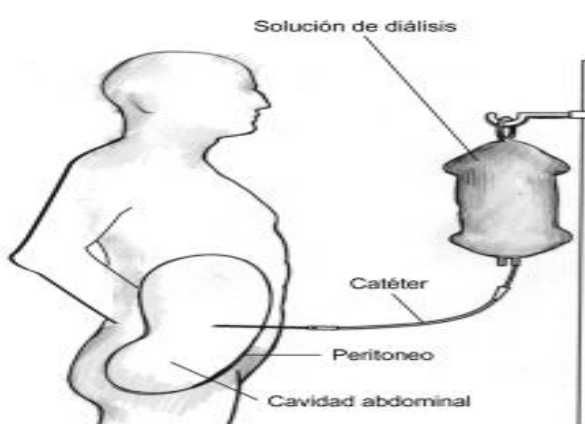
La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de diálisis que consiste en utilizar la membrana natural que recubre por dentro la cavidad abdominal, los intestinos y otros órganos, conocida como membrana peritoneal o peritoneo. Esta membrana está surcada por miles de pequeños vasos sanguíneos que aportan la sangre que necesitamos "limpiar de toxinas" y cumple la función de membrana semipermeable.

La diálisis peritoneal consiste en introducir un fluido (dializante) dentro de la cavidad peritoneal a través de un catéter (infusión). El dializante está compuesto por concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y desechos metabólicos como urea, creatinina y concentraciones altas de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo, principalmente por difusión y ósmosis.

Por medio de la difusión los solutos se mueven de un área de mayor concentración a una de menor concentración hasta que se alcanza un equilibrio (Guía Tecnológica 16 Sistema de Diálisis Peritoneal, 2014.).

Gráfico 1. 4.

Diálisis peritoneal



Fuente: Piaskowski (s.f.). Hemodiálisis y diálisis peritoneal, p.5

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

Existe otro tratamiento que es el trasplante renal que consiste en la utilización de un órgano proveniente de un sujeto vivo o un cadáver:

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de que realmente previene el desarrollo de uremia. No todos los

pacientes con IRC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida. (Martínez, et. al, s.f., p.57)

Es decir, esta clase de tratamiento garantiza una mejor calidad de vida al enfermo con IRC, así mismo los especialistas recomiendan que la persona donante no tenga infecciones crónicas graves, para evitar daños, ya que además se considera beneficioso por un tiempo suficiente.

De igual manera Zuribán (2008) estableció que es considerado el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal debido a su clara ventaja con otras formas de terapia sustitutiva, tanto en la calidad de vida como en la reinstalación a la vida productiva de los pacientes (p.1).

1.3.2.4. Dimensión Psicológica-Emocional del Paciente con Insuficiencia Renal

En la dimensión psicológico-emocional del paciente con Insuficiencia Renal se pone de manifiesto un aspecto relevante, como es la presencia de conductas desadaptativas, muchas veces relacionadas con la imposibilidad de comunicarse y expresar los sentimientos.

Las reacciones emocionales que se presentan ante la enfermedad son: la negación, el miedo, la depresión, ira, y posteriormente la aceptación; en cambio el efecto psicológico depende de las características previas de la personalidad del paciente.

Elizabeth Kubler- Ross, (citado en Gonzáles, et al., 2011) plantean que “los pacientes que padecen de esta enfermedad atraviesan por cinco etapas de un proceso de duelo para elaborar estas pérdidas” se describen a continuación:

- Negación: Sentimiento recurrente con el que se intenta evadir la realidad ya que hay una dificultad para enfrentarla.
- Enojo: En esta etapa la angustia y la impotencia alcanzan su máximo grado, con lo que pueden generarse dos conductas: auto compasión, es decir, vivir con una apatía y depresión; o tomarlo como un momento determinante que genere energía para actuar.
- Negociación: Ante la dificultad de afrontar la realidad, surge la fase de intentar superar lo traumático y buscar diversas soluciones; donde involucra una esperanza.
- Depresión. En esta fase, el individuo puede volverse silencioso, pasa mucho lamentándose por lo sucedido ante la enfermedad lo que ocasiona desconectarse de todo sentimiento.
- Aceptación. Muchas personas la alcanzan rápidamente, otras necesitan tiempo, incluso años, para lograrla.

Por tal motivo el impacto que genera esta enfermedad provoca una desorganización; por ello se requiere contar con una técnica psicológica adecuada que genere apoyo, tanto para la persona que padece de insuficiencia renal como para los familiares.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Antecedentes del problema

Los casos de Insuficiencia Renal han ido incrementando con el pasar del tiempo, el paciente atraviesa por distintas etapas, que van desde la preocupación excesiva hasta llegar a las distintas alteraciones psicológicas.

Las personas que padecen de insuficiencia renal necesitan una mejor adaptación y conformidad en relación a sus vidas; ya que pueden ser vulnerables a diversos cambios radicales que tendrán que confrontar, por tal motivo, trae como consecuencia dificultades de autoestima y calidad de vida.

Por ende, la autoimagen es un eje fundamental en el desarrollo humano, y para elevar la percepción de valía, la persona debe tener mejor raciocinio, combatir pensamientos negativos que no interfieran en los sentimientos, emociones y conductas inapropiadas, ya que sufren un deterioro físico y psicológico; al requerir de un tratamiento de al menos tres sesiones por semana, de cuatro orzas de duración cada una por el resto de su vida.

Un artículo publicado en el número 56 de la Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante, de marzo – junio de 2002, titulado como este post: “Aspecto psicológico del paciente renal menciona que en Estados Unidos entre 1980 y 2001 la incidencia de IRC terminal se cuadruplicó de 82 a 334 casos por millón de la población total, mientras su prevalencia se quintuplico de 271 a 1400 casos por millón” (Jerez, 2012, p.3).

Referente al tema en cuestión cabe destacar que “La Insuficiencia Renal es una de las 10 mayores causales de mortalidad en el país: Alrededor de 1´170.000 ecuatorianos, según la Asociación Americana de Nefrología, padecen de insuficiencia renal” Pesantes, (citado en Villagrán, 2012). Por lo tanto, ha sido considerada en esta propuesta como el elemento primordial para trabajar con la población de la Clínica de los Riñones Menydia, para fortificar su estima y así proporcionar elementos propicios para enfrentar adversidades y obstáculos.

Por lo expuesto anteriormente se observa que la Insuficiencia Renal se está convirtiendo en un mal del siglo XXI, y para tratarla debe estar inmersa la medicina con psicoterapia, ya que no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, también, repercute en el estado emocional y los hábitos cotidianos.

Bayot, citado en Catarina (s.f., p.10) llevo a cabo “un estudio con una muestra de 76 sujetos con síntomas psicológicos en proceso de diálisis y hallaron que la variable de mayor peso en los pacientes con Insuficiencia Renal era la baja autoestima”.

En cuanto a las intervenciones psicológicas, Hener (citado en Catarina, s.f.) comparó en su investigación:

Apoyo psicológico y terapia cognitiva – conductual, sobre el ajuste a la diálisis. Se llevó a cabo con un grupo de control no tratado en medidas de ajuste al tratamiento de diálisis; se halló que ambos tratamientos resultaron efectivos para lograr una mejoría eficaz; en cambio en el grupo de control no tratado aumentó el nivel de ansiedad. Los mejores resultados de ambos tratamientos se obtuvieron en las áreas emocionales, cognitivas (p.10)

La Insuficiencia Renal es una enfermedad terminal que consiste en un deterioro en el funcionamiento de ambos riñones. Por ser estos órganos vitales, es necesario un tratamiento sustitutivo de diálisis o un trasplante, para que la persona afectada pueda sobrevivir. Y será necesario desarrollar habilidades, disminuir la percepción desadaptativa y puedan adaptarse a esta dolencia, especialmente al conjunto de síntomas que conlleva. Cabe mencionar, que la Clínica de los Riñones Menydia, nace en 1983, su objetivo principal es trabajar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades renales, además de realizar tratamientos de sustitución de la función renal, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad, además brindarle una mejor calidad de vida al paciente. Razón por la cual, la intervención a través de la terapia racional emotiva supone, siendo de gran utilidad para las personas que asisten a un determinado tratamiento.

Bernard, Rodman, Daughters & Lejuez, citado en Ibáñez Reyes, et al. (2012) manifiestan que “la TRE como una forma de tratamiento para incrementar y generar comportamientos más funcionales en los pacientes con problemas de auto-estima, perfeccionismo y depresión” (p.9). De igual manera, “para tratamiento psicológico

resulta muy útil para que los pacientes con enfermedades crónicas y terminales, pueden afrontar de una mejor manera sus problemas de salud y el psicólogo como un profesional de apoyo en el tratamiento de estos problemas” Borkum, citado en Ibáñez Reyes, et al. (2012, p.10). Es por ello, el estudio que se llevara a cabo mediante la TRE, se convierte en una tarea esencial para el área de salud, lo cual permitirá el afrontamiento de la enfermedad, así como también, obtener mejor percepción y valor acerca de la autoestima.

2.2. Significado del problema

La terapia racional emotiva de Ellis destinada a fortalecer la autoestima en pacientes con insuficiencia renal, es el aspecto fundamental del objeto de estudio de la investigación, la cual permite brindar información precisa y eficaz, favoreciendo al entendimiento de la misma.

En la actualidad las personas que adolecen de Insuficiencia Renal se centran en la enfermedad instaurando ideas irracionales, creencias erróneas a partir de acontecimientos como la hemodiálisis o el trasplante de riñón; ya que esta deteriora en varios, ocasionando sentimientos de inferioridad, emociones o conductas disfuncionales que les proporcionan sufrimiento, como exagerar lo negativo y hacer generalizaciones prejudiciales para sí mismos. A raíz de ello surgen una gran cantidad de problemáticas en el paciente renal, tanto físicos como psicológicos. Por este hecho se trabajará con la Terapia Racional Emotiva de Ellis para combatir pensamientos negativos, mejorar la calidad de vida creando esquemas mentales

racionales, llevando a la persona a fortificar su autoconcepto, además que asimilen lo importante que es tener una buena percepción de sí mismos generando valor propio, equilibrio y bienestar.

A su vez, los instrumentos de evaluación utilizados permitieron determinar el nivel de autoestima y en qué medida afecta a la calidad de vida; lo que facilitó el posterior trabajo con la intervención psicológica grupal de la terapia.

2.3. Definición del problema

- ¿Qué niveles de autoestima presentan los Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal?
- ¿Cuáles son las causas en el deterioro de la Autoestima en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal?
- ¿Cuáles son las ideas irracionales presentes en los Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal, atendidos en la Clínica de los Riñones Menydia?
- ¿De qué manera la Terapia Racional Emotiva de Ellis favorece a la reestructuración cognitiva en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal?
- ¿En qué forma se beneficiará la aplicación del re-test, Inventario de Autoestima de Coopersmith y del Cuestionario sobre calidad de Vida?
- ¿Cuáles serán los resultados obtenidos a través de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para fortalecer la Autoestima?

2.4. Planteamiento del tema

“Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la Autoestima en pacientes Adultos con Insuficiencia Renal, atendidos en la Clínica de los Riñones Menydiales en la Ciudad de Ambato”.

2.5. Delimitación de tema

2.5.1. Delimitación de contenido:

- **Campo:** Psicológico
- **Área:** Psicoterapia
- **Aspecto:** Terapia Racional Emotiva de Ellis

2.5.2. Delimitación Espacial

- **Provincia:** Tungurahua
- **Ciudad:** Ambato
- **Institución:** Clínica de los Riñones Menydiales de la Ciudad de Ambato
- **Área o Departamento:** Psicología
- **Dirección:** Izamba

2.5.3. Delimitación Temporal

Inicio: Septiembre – 2013

Finalización: Junio – 2014

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido entre Septiembre 2013 a Junio 2014.

2.5.4. Delimitación de los sujetos de investigación

Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que se encuentren entre la adultez temprana y media, usuarios de la Clínica de los Riñones Menydia.

2.6. Hipótesis

La Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis incrementa los niveles de Autoestima en los pacientes Adultos con Insuficiencia Renal que asisten a la Clínica de los Riñones Menydia en la Ciudad de Ambato.

2.7. Variables e indicadores

2.7.1. Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva de Ellis

2.7.1.1. Indicadores:

- Proporcionar información
- Refutar creencias desadaptativas

- Modificación de ideas irracionales
- Establecer conducta adaptativa
- Cuestionamiento socrático

2.7.2. Variable Dependiente: Autoestima en Pacientes Renales

2.7.2.1. Indicadores:

- El ser Humano como ser Integral
- Autoestima
- Componentes de la Autoestima
- Tipos de Autoestima
- Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal
- Calidad de vida
- Insuficiencia Renal
- Dimensión Psicológica-Emocional del Paciente con Insuficiencia Renal

2.8. Objetivos

2.8.1. Objetivo General

- Elevar la Autoestima en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal a través de Terapia Racional Emotiva de Ellis en la Clínica de los Riñones Menydiales de la Ciudad de Ambato.

2.8.2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar el nivel de autoestima de los Pacientes Adultos que asisten a la Clínica de los Riñones Menydiales en la Ciudad de Ambato, a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith.
- Valorar los criterios básicos acerca de la calidad de vida a través del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer.
- Desarrollar un Plan de Intervención utilizando la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el aumento de Autoestima en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal.
- Determinar los resultados comparativos en base a los datos obtenidos en forma individual y grupal mediante la aplicación del Retest “Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer” y los análisis estadísticos.

2.9. Enfoque

La investigación tiene un enfoque cualitativo porque es empleado para descubrir y clarificar inferencias lógicas, que se extraen del conocimiento de la problemática contextualizada a la Clínica de los Riñones Menydia, y los pacientes a quienes fue dirigida la Terapia TRE, también se fundamenta en una base científica del marco teórico.

Además se utilizará el enfoque cuantitativo, ya que está basada en la medición numérica entrando en el campo de la psicometría, en este caso la aplicación del reactivo de valoración psicológica (Inventario de Autoestima de Coopersmith y Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer). Además verificar la certeza de las hipótesis formuladas.

2.10. Diseño

La investigación se basa en el diseño cuasi-experimental, donde permite elaborar el trabajo con grupos de control y grupos experimentales, los que no son armados por el investigador, sino que deben estar formados antes del experimento, en este caso se integró de acuerdo al horario en que asisten a sus tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal; ya que de esta manera se acerca a los resultados de una investigación experimental en circunstancias en las que no se puede tener el control y manipulación totales de las variables. Así mismo, se aplicó los instrumentos

psicológicos antes y después de la intervención terapéutica; el grupo experimental recibió la Terapia Racional Emotiva de Ellis, en cambio, en el grupo de control las sesiones fueron reducidas a través de charlas psico-educativas y técnicas respectivamente establecidas al tema en cuestión.

Cabe mencionar que la intervención realizada los dos grupos sirvió para comparar los niveles y el resultado de validez mediante la técnica aplicada; ya que si no se hubiera intervenido al grupo de control, no sería posible establecer si existe una mejoría en su autoestima.

2.11. Modalidad Básica de Investigación

2.11.1. Bibliográfica

Esta modalidad que se utilizó ayudará a ampliar y profundizar información en el marco teórico referencial, mediante los libros seleccionados y artículos electrónicos con contenido académico referentes a la Terapia Racional Emotiva de Ellis y autoestima.

2.11.2. Campo

Lugar donde se estableció el objeto de estudio y existió contacto directo con los pacientes renales, se llevó a cabo las sesiones de intervención psicológica en las instalaciones.

Se seguirá la modalidad de campo para conocer las posibles causas que llevan a la problemática y por ende a sus consecuencias.

2.11.3. Social

Se tomó en cuenta a pacientes que padecen de insuficiencia renal en la clínica Menydia, y para la participación de la terapia se formó dos grupos, los integrantes fueron escogidos indistintamente al azar, cuyo propósito es mejorar la autoestima a través de la TRE; ya que el beneficio buscado es ayudar a las personas que están involucradas en esta problemática.

2.12. Tipos de investigación

2.12.1. Investigación Exploratoria

El estudio sirvió para detectar fenómenos desconocidos, igualmente se proporcionó información y técnicas para recolectar datos, como es la revisión bibliográfica

especializada, historia clínica, entrevistas, observación, cuestionamientos para obtener mejores resultados referente a la Terapia Racional Emotiva para mejorar el autoestima en pacientes con Insuficiencia Renal para determinar la probabilidad y eficacia de la técnica, generando un mayor alcance a través de la utilización teórico-práctico establecer prioridades para investigaciones futuras.

2.12.2. Investigación Descriptiva

Con todo lo expuesto anteriormente, a través de los métodos empleados se determinó que área de la autoestima el paciente renal presentaba complicaciones, y se comparó las escalas de autoimagen con la de calidad de vida. Ya que el estudio tuvo una identificación de la relación entre las variables para analizar los resultados que se plantearon en los objetivos.

2.13. Método de investigación

2.13.1. Método Inductivo Deductivo: A través de la hipótesis se desea determinar la verosimilitud que se planteó elevar el nivel de autoestima en pacientes que padecen de insuficiencia renal, ya que los resultado se observaran una vez que se haya comparado la aplicación de los pre test y post test, utilizando la técnica antes mencionada en forma grupal. Para llegar a las deducciones se tomó en cuenta el aspecto teórico más relevante, de igual manera, se realizó un proceso de evaluación psicológica por medio de la historia clínica para conocer los aspectos más significativos de los pacientes.

2.13.2. Método Analítico Sintético: Con este método se pretende examinar minuciosamente los resultados establecidos mediante las variables propuestas para conocer las causas del estudio propuesto, utilizando la terapia TRE frente a mejorar el autoconcepto de los pacientes renales. A través de los procesos descritos anteriormente y así llegar a una conclusión final de la totalidad del problema y obtener mejor comprensión del mismo.

2.14. Técnicas e instrumentos:

2.14.1. Técnicas

- **Observación científica:** Se utilizó para determinar con exactitud lo que se va a realizar, poniendo en consideración el lugar de estudio, el comportamiento de los pacientes renales cuando se encuentran en su respectivo tratamiento durante y después para enfocar si es adecuado aplicar en ellos lo que estableció en la problemática.
- **Entrevista psicológica:** Se empleó esta técnica para recabar información esencial a través de la conversación que persigue una finalidad, en este caso obtener acontecimientos más importantes de la vida del paciente, utilizando la historia clínica, ya que será indispensable para proseguir con la terapia e

indique en qué condiciones se encuentran los pacientes y no exista decadencia en cuanto a su salud.

- **Métodos de medición psicométrica:** Lo utilizó para medir diferentes aspectos como es la autoestima y calidad de vida, que permitieron cuantificar los resultados para determinar la verificación y validez de acuerdo a la investigación que se desea plantear.
- **Terapia Racional Emotiva:** Las técnicas de este tipo fueron implementadas por Albert Ellis, de esta manera proporcionar contenido primordial, igualmente se pretende alcanzar los propósitos establecidos con esta investigación, así mismo, modificar las creencias irracionales que lo pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica cambien esa distorsión por ideas positivas para mejorar el autoestima.

2.14.2. Instrumentos

- **Historia clínica psicológica:** Por medio de este instrumento se reúne los datos precisos de los pacientes con insuficiencia renal, incluso abarca evaluación psicológica, estructura familiar, psicoanámnesis normal social y patológica; igualmente, antecedentes importantes para tener en cuenta al

momento de realizar la TRE, y factores de la enfermedad para tener una perspectiva más clara.

- **Inventario De Autoestima De Coopersmith**

Coopersmith (s.f., citado en Diioses, 2010) menciona que de acuerdo al análisis del inventario en referencia se puede observar que a diferencia de la versión Escolar (original), el Inventario de Autoestima de Coopersmit para Adultos toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario en mención, modificando los reactivos correspondientes al de las áreas “Hogar Padres” por el de “Familiar” (06 reactivos), y unifica las áreas “Social Pares y Escolar” en uno solo, al que denomina “Área Social” (07 reactivos); y con relación al contenido de los ítems, éstos son similares a los que se mencionan en el inventario original.

Está compuesto por 25 Ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso.

Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total así como puntajes separados en Tres áreas:

I. **Sí mismo general:** Se refiere a la autopercepción y propia experiencia

valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

II. **Social:** Significa las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos.

III. **Familiar:** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

- **Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer**

Según Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal (1993 citado en Bobes, J, et al., 2003) establecen que se trata de un instrumento genérico de calidad de vida, es decir, aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento.

Consta de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentado en las siguientes 8 áreas:

-Estado de salud física (13 ítems).

-Estado de ánimo (14 ítems).

-Trabajo (13 ítems).

-Actividades del hogar (10 ítems).

-Tareas de clase/curso (10 ítems).

-Actividades de tiempo libre (6 ítems).

-Relaciones sociales (11 ítems).

-Actividades generales (14 ítems).

Para contestar a cada ítem el paciente dispone de una escala tipo Likert de frecuencia de cinco valores que oscila entre nunca o muy a menudo o siempre.

El marco de referencia temporal es la semana pasada.

- **Matrices Operativas:** Es un instrumento que sirve para la elaboración sistematizada para la planificación del diagnóstico e intervención psicológica de los grupos conformados tanto el experimental como el de control.

2.16. Población y muestra

La presente investigación está integrada por una muestra que constituye 30 pacientes que integraron el universo, la misma que se puede acceder en su totalidad. Pertenecen a la Clínica de los Riñones Menydiales establecida entre la adultez temprana y media.

La población con la que se trabajará está distribuida de la siguiente manera:

Se trabajará con 15 pacientes que conforman grupo experimental, y 20 conforman el grupo de control.

2.17. Plan de intervención

Para la elaboración de la investigación se recabó información bibliográfica con sustento científico en relación con el tema a tratarse para que sea de mejor entendimiento e interés para el lector; de igual manera, se tomó una muestra de la población en el lugar que se llevará a cabo el estudio, donde se aplicaron dos reactivos para medir el autoestima y calidad de vida, en la cual se empleó la Terapia Racional Emotiva de Ellis para fortalecer el autoestima de los pacientes que padecen de insuficiencia renal; donde se procedió a formar dos grupos uno experimental y otro de control, a partir de entonces se utilizó las matrices operativas para obtener una mejor comprensión en la que se incluye intervención psicológica, diagnóstico psicológico, los temas que se tratarán, objetivos que se desean encaminar, procedimientos, recursos y observaciones, al igual que la guía esbozada. Posteriormente se volvió aplicar los reactivos que se mencionaron al principio y mediante las cuales se tabuló para verificar si los resultados que se plantearon fueron favorables y eficaces.

a) Matriz Operativa: Diagnóstico Psicológico

Por medio de este diseño se demuestra el proceso de diagnóstico psicológico efectuado con pacientes renales, que forman el Grupo Experimental y al Grupo de Control.

Tabla 2. 1.

Tabla Matriz Operativa del Diagnóstico Psicológico

Fase	Actividades	Objetivos	Recursos	Tiempo	Observaciones
-Valoración Inicial con el grupo experimental -Observación -Entrevista	-Realizar una historia clínica; en la cual se recabe los datos más importantes del paciente, para tener una perspectiva acerca de su vida. - Presentación. - Establecimiento de empatía. - Explicación acerca del objetivo que se pretende alcanzar con la terapia.	-Recabar información específica para conocer los antecedentes indispensables del paciente. - Identificar factores referenciales del caso. -Establecer rapport. -Fortalecer la relación terapéutica generando un ambiente de confianza.	Humanos: Investigadora y Pacientes Materiales: Computadora Técnicos: Historia clínica	25 min.	-Aplicación individual; ya que se requiere de discreción, confidencialidad; y algunos no desean compartir en grupo.
-Test del Inventario de Autoestima de Coopersmith y Calidad de Vida a los pacientes del grupo experimental.	-Aplicación de reactivos en un espacio adecuado, para que los participantes no tengan dificultades al momento de evaluarse. -Instruir a los miembros del grupo con las indicaciones pertinentes.	-Determinar el nivel de autoestima y calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal.	Humanos: Investigadora y Pacientes. Materiales: fotocopias de los test, lápices.	-40 min. con el grupo experimental.	-Aplicación grupal de los test psicológicos; ya que las especificaciones o aclaraciones son fáciles de emplear.
-Valoración Inicial con el grupo de control Observación -Entrevista	-Realizar una historia clínica; en la cual se recabe los datos más importantes del paciente, para tener una perspectiva acerca de su vida. - Presentación. - Establecimiento de empatía. - Explicación acerca del	-Recabar información específica para conocer los antecedentes indispensables del paciente. - Identificar factores referenciales del caso. -Establecer rapport	-Humanos: Investigadora y Pacientes -Materiales: Computadora -Técnicos: Historia clínica	-25 min.	-Aplicación individual; ya que se requiere de discreción, confidencialidad; y algunos no desean compartir en grupo.

Fuente y elaborado por: Mayorga, Tatiana.

b) Matriz Operativa: Intervención Psicológica

En este tipo de matriz se detalla el trabajo terapéutico que se realizará con los pacientes del Grupo Experimental en el que se pudo trabajar adecuadamente en el transcurso de las seis sesiones y con el Grupo de Control que se empleó cuatro sesiones; cabe recalcar que en la aplicación de la Guía de Intervención Terapia Racional Emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la Autoestima en pacientes Adultos con Insuficiencia Renal está inmerso todo lo relacionado con las actividades que se realizaron, así como también; los objetivos, recursos, actividades y tiempo de duración.

Tabla 2. 2.

Matriz Operativa de la Intervención Psicológica en el Grupo Experimental

FASE	OBJETIVO	TECNICA Y PROCEDIMIENTO	RECUERSOS	TIEMPO
<p>Primera sesión</p> <p>“Entrando a un Nuevo Mundo: pensar y sentir”</p>	<p>-Afianzar la relación terapéutica generando un ambiente de confianza.</p> <p>-Instruir al paciente la técnica TRE.</p> <p>-Disminuir las desvalorizaciones con respecto a su autoestima</p> <p>-Favorecimiento de un espacio de desinhibición emocional en el que el paciente pueda expresarse libremente, ofreciéndole apoyo, escucha y acompañamiento emocional, reforzando la motivación.</p>	<p>-Bienvenida y saludo.</p> <p>-Dinámica de presentación: “ El nombre completo”</p> <p>-Identificar problemas y esclarecer objetivos</p> <p>-Exposición de los temas: Autoestima, Enfermedad, Insuficiencia Renal, Modelo de la TRE.</p> <p>-Averiguar las expectativas del paciente sobre la terapia</p> <p>-Formulación de preguntas</p>	<p>-Humanos: Responsable y pacientes</p> <p>-Materiales: Esferos, computador, proyector, hojas, Diapositivas.</p>	<p>-1 hora.</p>
<p>Segunda sesión</p> <p>“Conociendo mis pensamientos”</p> <p>“Modelo A. B. C. considerado en la</p>	<p>-Psicoeducar a los miembros del grupo establecido.</p> <p>-Generar lograr interés y</p>	<p>-Retroalimentación concerniente a la primera sesión, con un abordaje explicativo general con información Relevante.</p> <p>-Antes de explicar el esquema A B C al</p>	<p>-Humanos: responsable y pacientes</p> <p>-Materiales: computador, proyector, diapositivas,</p>	<p>-1 hora</p>

Terapia Racional Emotiva (TRE)"	<p>entendimiento en los pacientes</p> <p>-Reducir los malestares emocionales o conductual producido por la percepción del acontecimiento.</p>	<p>paciente, conocer la naturaleza y la dinámica de sus problemas "que se realizó en el diagnóstico"; mediante la cual tener conocimiento de las creencias irracionales.</p> <p>- Esclarecimiento del esquema a-b-c y la función que realiza.</p> <p>- proporcionar a los miembros del grupo, una hoja detallada con la teoría a b c y un ejemplo, para que realicen su propia descripción.</p> <p>-Cierre de la sesión mediante feedback.</p>	<p>hojas de papel bond A4 75 gramos, lápices, ficha de trabajo.</p>	
<p>Tercera sesión</p> <p>-Detección de las Ideas Irracionales</p> <p>-Relajación y Autosugestión</p>	<p>-Ayudar a identificar las creencias irracionales</p> <p>-Refutar creencias contraproducentes.</p> <p>-A través de cuestionamientos, llegar al pensamiento verdaderamente responsable de la alteración.</p> <p>-Mantener tranquilidad y proyectar positivismo en las emociones y pensamientos</p>	<p>- Definición sobre la irracionalidad y sus desventajas.</p> <p>-Aclarar los puntos indispensables para encontrarlos; como el "debería"... , "tengo que"... y las afirmaciones no empíricas o irreales.</p> <p>- Proveer una hoja en la que se detalla "identificando mis ideas Irracionales", en la cual el paciente tendrá que anotar todas sus ideas que causan distorsiones, e incluso acorde a la enfermedad.</p> <p>-Debate</p> <p>-Emplear técnica de relajación con autosugestión</p> <p>--Cierre de la sesión mediante la retroalimentación.</p>	<p>-Humanos: responsable y pacientes</p> <p>-Técnicos: ficha de Trabajo.</p> <p>-Materiales: computador, proyector, diapositivas, hojas y Lápices.</p>	<p>-1h, 20min.</p>
<p>Cuarta sesión</p> <p>-Reestructuración Cognitiva</p>	<p>-Desarrollar un pensamiento más flexible, acorde a las ideas autodestructivas relacionadas con la enfermedad y autoestima.</p> <p>-Apoyar las decisiones positivas y ayudar a organizar las acciones que</p>	<p>- Socialización de la tarea enviada a casa.</p> <p>-Aplicación de la técnica</p> <p>-Instruir al paciente cómo debe reestructurar lo negativo a positivo.</p> <p>- Enviar tareas asignadas, dentro de este esquema terapéutico, ya que es una herramienta valiosa para la mejoría del paciente en cuanto a su enfermedad y</p>	<p>-Humanos: Responsable y pacientes</p> <p>Materiales:</p> <p>-Esfero</p> <p>-Hojas</p> <p>- material informativo computador, proyector,</p>	<p>-1 hora</p>

	<p>elija para favorecer su autoestima.</p> <p>-Formar en el paciente una percepción adecuada de valía, así mismo, aceptar la enfermedad..</p>	<p>autoimagen.</p> <p>-Apoyar las decisiones positivas y ayudar a organizar las acciones que elija para favorecer su salud mental.</p> <p>-Frases de superación racionales</p> <p>-Retroalimentación a los integrantes del grupo</p> <p>-Espacio de escucha, para determinar cómo influye el cambio de las cogniciones.</p> <p>-Suministrar tareas a casa</p>	<p>diapositivas, ficha de trabajo.</p>	
<p>Quinta sesión</p> <p>-Autoaceptación</p>	<p>-Desarrollo del conocimiento de las propias virtudes.</p> <p>-Aceptación de las propias debilidades, defectos y limitaciones.</p> <p>-Aceptar la enfermedad</p>	<p>-Exposición del tema: Desarrollo de estrategias propicias para alcanzar la autoimagen.</p> <p>- Usar historias referentes al tema</p> <p>-Formulación de preguntas al grupo acerca del tema tratado.</p> <p>-Video motivante</p> <p>- Conclusión con respecto a lo instituido.</p>	<p>-Humanos: responsable, y pacientes</p> <p>Técnicos: ficha de Trabajo.</p> <p>Materiales: computador, proyector, diapositivas, fichas de trabajo, hojas de papel bond A4 75 gramos, lápices.</p>	<p>-1 hora</p>
<p>Sexta sesión</p> <p>- Aprendiendo a socializar</p>	<p>-Fomentar socialización para generar mejor comunicación, mediante la cual puedan compartir sus similitudes y apoyarse como grupo</p> <p>-Mejorar la imagen mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.</p>	<p>- Dinámica de grupo: "Red de apoyo social"</p> <p>-Reflexion sobre aspectos importantes de la vida de cada integrante del grupo</p> <p>-Se formularán preguntas para conocer cómo se identifica cada uno</p> <p>- Se empleará la siguiente ¿Cómo te ven los demás?, así mismo se generará comentarios</p> <p>-Videos motivantes</p> <p>-Cierre de la intervención por medio de la retroalimentación y evaluación de los conocimientos y herramientas obtenidas en las sesiones terapéuticas.</p>	<p>-Ficha de Trabajo.</p> <p>- Computador</p> <p>-Proyector</p> <p>-Diapositivas</p> <p>-Lápices</p> <p>-Hojas</p>	<p>-1 h. 15 min</p>

Fuente y Elaborado por: Mayorga, Tatiana 2014.

Tabla 2. 3.

Matriz Operativa de la Intervención Psicológica en el Grupo de Control

Tema	Objetivo	Técnica y Procedimiento	Recursos	Tiempo
<p>Primera sesión</p> <p>-Tema a tratarse: Insuficiencia Renal, Autoestima</p>	<p>-Presentación e Integración.</p> <p>-Descartar en los pacientes las influencias negativas que produce la enfermedad</p>	<p>- Bienvenida</p> <p>- Explicación de los temas importantes, para proseguir con las técnicas.</p> <p>-Objetivos que se desean alcanzar</p>	<p>-Humanos: responsable, Y pacientes.</p> <p>-Materiales: diapositivas, computador y proyector.</p>	-1 hora.
<p>Segunda sesión</p> <p>-La Visualización</p> <p>- Relajación Muscular</p>	<p>- Modificar la percepción de valía</p> <p>- Proyectar metas y crear una expectativa de logro.</p>	<p>-Exposición acerca de la visualización y relajación.</p> <p>- Realizar la técnica, utilizando los pasos correspondientes.</p> <p>-Explicación del objetivo de la terapia.</p> <p>- Formación de preguntas establecidas por parte de los pacientes.</p>	<p>-Humanos: Responsable y pacientes</p> <p>-Materiales: Material de soporte Esferos computador, proyector, diapositivas, lápices.</p>	-1h, 15 min.
<p>Tercera sesión</p> <p>-Actitud frente a las opiniones negativas de los demás</p> <p>-Creencias Irracionales</p>	<p>-Promover una reflexión positiva de los integrantes del grupo</p> <p>-Reducir las ideas contraproducentes</p>	<p>-Explicación básica sobre la TRE</p> <p>- Los participantes deben compartir las opiniones negativas que influyen en ellos, y través del cual ir descartando con mensajes positivos. De igual manera</p>	<p>-Humanos: Responsable y pacientes</p> <p>-Materiales: Material de soporte Esferos computador, proyector, diapositivas, lápices, hojas.</p>	- 1 hora

		<p>se pedirá que realicen con la enfermedad y autoestima.</p> <p>-Formulación de preguntas al grupo acerca del tema tratado, espacio para generar conclusiones.</p>		
<p>Cuarta sesión</p> <p>-El árbol de los logros</p>	<p>-Potenciar cualidades positivas y los logros que han conseguido en la vida.</p>	<p>-El ejercicio consiste en reflexionar sobre cualidades positivas y sobre los logros que han obtenido a lo largo de toda nuestra vida. Las raíces son las cualidades positivas. Las flores o frutos son los logros</p> <p>- Se favorece un espacio para que valoren el trabajo realizado mediante sus opiniones y comentarios.</p> <p>-Retroalimentación a los pacientes y síntesis a cargo de la responsable.</p> <p>-Despedida y conclusiones acerca de las sesiones.</p>	<p>-Humanos: Responsable y pacientes</p> <p>-Materiales: Material de soporte Esferos computador, proyector, diapositivas, lápices, hojas</p>	<p>1h, 15 min.</p>

Fuente y Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Análisis e Interpretación de Resultados del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

3.1.1. Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith-Grupo Experimental

Tabla 3. 1.

Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Sí Mismo General del Grupo Experimental

SI MISMO GENERAL	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES-TEST	5	63%	2	25%	1	13%	0	0%	8	100%
MUJERES RE-TEST	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%	8	100%
HOMBRES TEST	2	29%	4	57%	1	14%	0	0%	7	100%
HOMBRES RE-TEST	0	0%	0	0%	4	57%	3	43%	7	100%

Fuente: Investigación

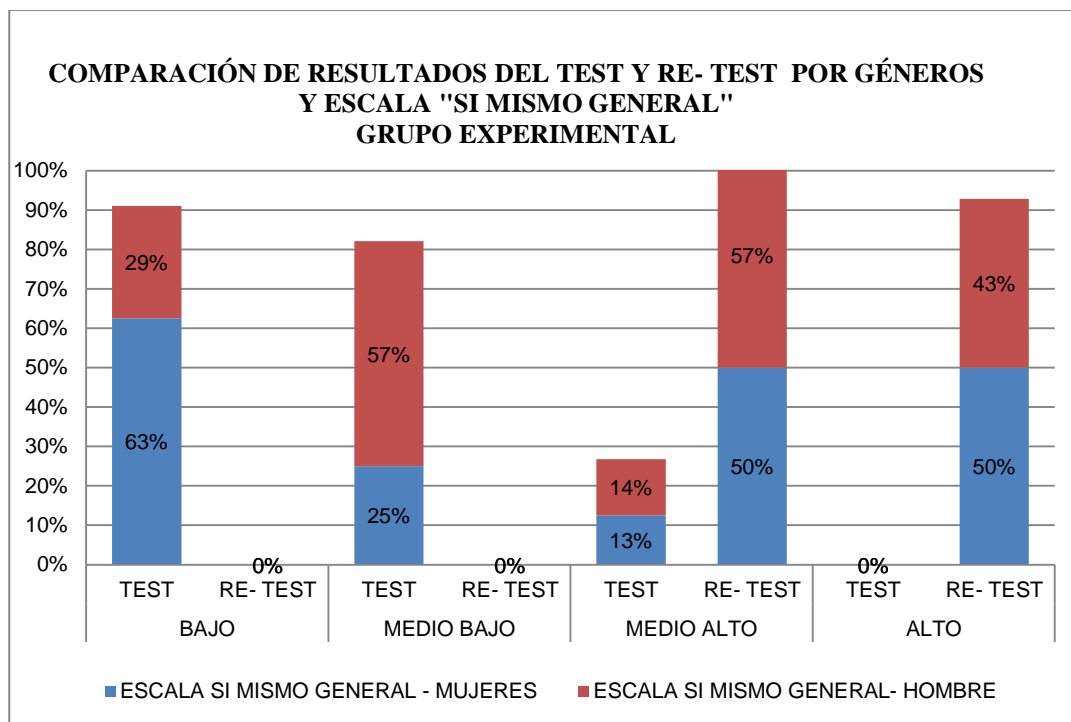
Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla 3.1., se puede apreciar que de acuerdo al análisis de los datos en la fase de evaluación del test, previa a la intervención psicológica, existe un mayor índice de mujeres con autoestima baja de un 63%; mientras que para el género masculino existe una menor incidencia siendo el 29%. En la clasificación el rango de la autoestima medio bajo, el sexo femenino tiene un 25%, y el sexo masculino tiene un 57%. Seguido por el nivel de autoestima media alta, el 13% corresponde al género femenino, mientras que el género masculino tiene el 14%. Finalmente tanto para mujeres como varones se observa que existe un 0% de los casos con autoestima alta en la fase de evaluación.

El análisis de la fase de evaluación re-test, permite distinguir que existe un aumento en el nivel de autoestima alta, el 50% en el género femenino obtuvo una mejora, al igual que en el género masculino con un 43%. En la autoestima media alta igualmente se observa un incremento al 50% en las mujeres y del 57% en los hombres. Para el nivel de autoestima media baja existe una disminución considerable al 0% tanto para el género masculino como femenino, de igual manera, para la autoestima baja se constata un decremento al 0% para los dos géneros. Esta disminución presentada en la autoestima media baja y baja se justifica debido a que existe considerables incrementos en los niveles media alta y alta como se observa en la tabla.

Gráfico 3. 1.

Comparación de Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Sí Mismo General del Grupo Experimental



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la gráfica 3.1 se evidencia que en la escala de sí mismo general del grupo experimental del test y re-test; en el nivel alto se nota un mayor incremento en el género femenino que en el masculino, lo que significa que las mujeres presentan una autoimagen más favorable a sí mismas, y se valoran más que los hombres; posterior a la intervención; de igual manera, son capaces de sobrellevar la enfermedad formándola parte de su vida, a pesar que ocasione cambios drásticos en muchos ámbitos de su cotidianidad. En cambio los hombres mantienen niveles de aceptación parecidos a los de las mujeres, con una mínima diferencia, lo que expresa

autoaceptación favorable de una manera positiva, y ellos también aceptan vivir con la enfermedad que padecen a pesar de las dificultades presentes.

De igual manera en la autoestima media alta se observa que en el género masculino se obtiene un mayor incremento que en el género femenino, derivando en que los hombres son capaces de mantenerse en un equilibrio estable de bienestar y actúan adecuadamente frente a su padecimiento y se guían por sus experiencias valorativas; además cabe recalcar que la similitud de porcentajes en las mujeres es notoria entre los dos niveles explicados por lo que se mantienen en un estado de sí mismas favorable.

Para el caso de la autoestima media baja y baja se aprecia que existe una disminución considerable tanto para hombres como mujeres, es decir que la intervención mediante la terapia que se realizó a los pacientes tuvo los resultados esperados, en la cual las ideas y pensamientos negativos que perturbaban su bienestar, cambiaron a una idea positiva en relación a sí mismo, obteniendo una mejora en su calidad de vida.

Tabla 3. 2.

Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Familiar del Grupo Experimental

FAMILIAR	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES- TEST	2	25%	1	13%	4	50%	1	13%	8	100%
MUJERES RE-TEST	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%	8	100%
HOMBRES TEST	3	43%	1	14%	2	29%	1	14%	7	100%
HOMBRES RE- TEST	0	0%	0	0%	3	43%	4	57%	7	100%

Fuente: Investigación

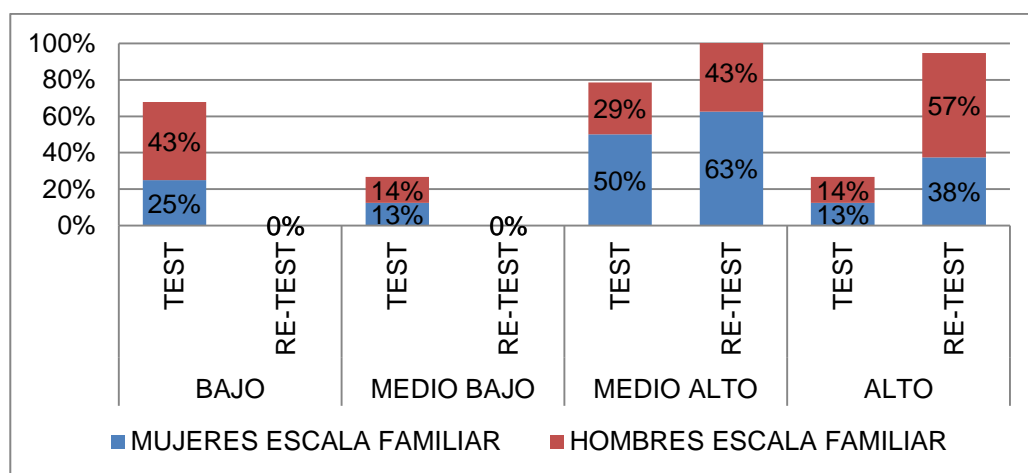
Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla de la escala familiar del grupo experimental, se puede apreciar de acuerdo al análisis de los datos en la fase de evaluación del test que existe un mayor índice de hombres incluidos en el nivel de autoestima baja con un 43%; mientras que para el género femenino existe un 25%. En el nivel de la autoestima media baja, se distingue que las mujeres reportan un 13%, mientras que los hombres tienen un 14%. En el autoestima medio alto, el 50% corresponde al género femenino y el género masculino representa el 29%. Finalmente en el nivel alto familiar el sexo femenino disminuye en un 13% y el género masculino representa un 14%.

El análisis de la fase de evaluación re-test, permite distinguir que existe un aumento en el nivel de autoestima alta, del 38% en las mujeres y 57% en el género masculino. En la autoestima media alta igualmente se observa un incremento al 63% para el género femenino y aumentó el porcentaje a 43% para el género masculino. En la autoestima media baja, se distingue una disminución considerable del 0% tanto para mujeres como varones; al igual que, en la autoestima baja existe un decremento del 0% para ambos géneros. Esta disminución presentada en la autoestima media baja y baja se justifica debido a que existe considerables incrementos de los casos de autoestima media alta y alta como se observa en la tabla 3.2.

Gráfico 3. 2.

Comparación de Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Familiar del Grupo Experimental



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la representación gráfica se distingue la comparación de resultados de la escala familiar del grupo experimental entre el test y el re-test. Se evidencia que tanto para

el género masculino como femenino se tiene un incremento del porcentaje en la autoestima alta, siendo más evidente en los hombres que en las mujeres. Esto probablemente influye que los pacientes hombres mejoran las relaciones familiares, al fortalecer sus lazos interpersonales de manera más afectiva.

En la autoestima media alta, el género masculino presenta valores de incremento relativamente similares que el género femenino, esto muestra que para ambos casos el ámbito familiar cumple un rol importante, permitiendo a los pacientes asimilar la confianza del entorno familiar y de esta manera poder apreciar la realidad desde una perspectiva de autoconfianza. Cabe aseverar que en la autoestima alta, las mujeres reducen su porcentaje, lo que manifiesta que esa supuesta devaluación está distribuida en la autoestima media alta; lo que expresa que su predisposición positiva hacia su familia se mantuvo.

Los niveles de autoestima baja y media baja disminuyeron a cero por ciento, esto indica que antes de aplicar la terapia los pacientes tanto hombres como mujeres presentaron un mayor porcentaje de baja autoestima e indica que las relaciones familiares se encontraban distanciadas y por ende la autoimagen también iba a tener una decadencia.

Tabla 3. 3.

Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Social del Grupo Experimental

SOCIAL	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES- TEST	1	13%	2	25%	4	50%	1	13%	8	100%
MUJERES RE-TEST	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%	8	100%
HOMBRES TEST	2	29%	3	43%	2	29%	0	0%	7	100%
HOMBRES RE- TEST	0	0%	0	0%	3	43%	4	57%	7	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

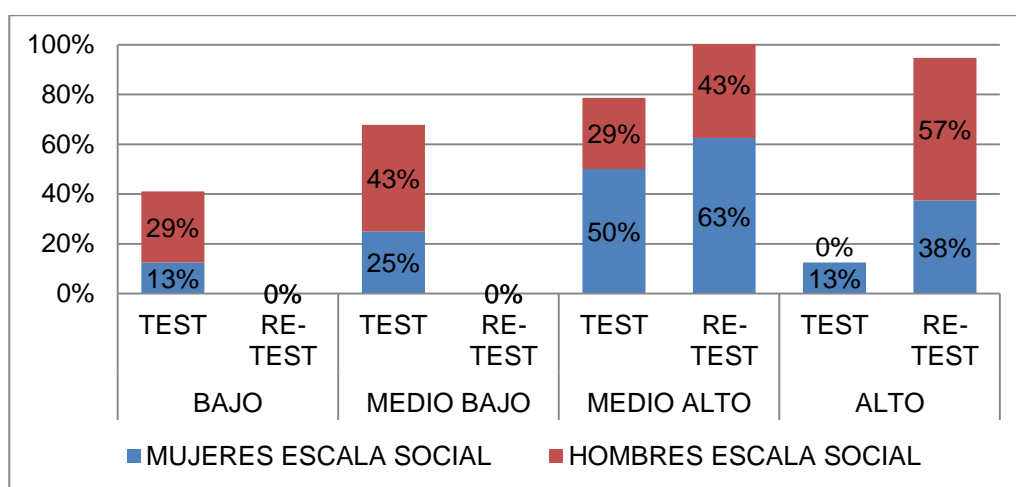
En la tabla representada de la escala social se puede apreciar de acuerdo al análisis de los datos en la fase de evaluación del test que existe un mayor índice de hombres ubicados en el nivel de autoestima baja con un 29%; mientras que las mujeres representan un 13%. En la autoestima media baja, se considera que el género femenino tienen el 25%, y el género masculino tienen el 43%. En el autoestima medio alto, el 50% corresponde al sexo femenino, mientras que el sexo masculino reportan el 29%. Finalmente para el género femenino existe un 13% con autoestima alto, mientras que el género masculino representa el 14%.

Posterior a la intervención, se aprecia que existe un aumento en la autoestima alta, al 57 % en el género masculino mientras que en el género femenino llegan al 38%. En

la autoestima media alta igualmente se observa un incremento al 63% para el sexo femenino y del 43% para el sexo masculino. Para el autoestima medio bajo se constata una disminución considerable porque ningún paciente se encuentra en este nivel; para el género masculino como femenino, entre tanto que la autoestima baja existe un decremento al 0% para ambos géneros. Esta disminución presentada en la autoestima media baja y baja se justifica debido a que existe considerables incrementos de autoestima media alta y alta de lo social como se observa en la tabla 3.3.

Gráfico 3. 3.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros y Escala Social del Grupo Experimental



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el diseño de gráfico de la escala social del grupo experimental entre el test y re-test, se distingue un considerable ascenso en la autoestima alta conseguido por los hombres, lo que significa que tienen más posibilidades de establecer mejores

relaciones interpersonales en el entorno en que se encuentren; así mismo, las mujeres tienen un nivel significativo a pesar que este porcentaje sea menor que el de los hombres; por ende, cuando socializan dan apertura a ideas más valorativas y sentimentales lo que provoca que se consolide más la unión grupal. En la autoestima media alta, el género femenino al igual que el género masculino ascienden a un porcentaje considerable, lo que refiere que ambos sexos son capaces de mostrar rendimiento satisfactorio frente a la terapia aplicada sin mostrarse reacios y además se puede constatar que se desarrolló habilidades sociales.

En la autoestima media baja y baja se evidencia que tanto mujeres como hombres muestran un porcentaje considerable antes de la aplicación de la terapia, pero posteriormente disminuyen a cero, lo que expresa que los porcentajes pudieron distribuirse en los niveles de autoestima medio alto y alto respectivamente. Esto refiere que la TRE implementada en la investigación ayudó a percibirse a sí mismos de manera positiva a pesar de la enfermedad y también a relacionarse con los demás compañeros de turno en el aprendizaje de nuevos modos de interacción social.

Tabla 3. 4.

Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo Experimental

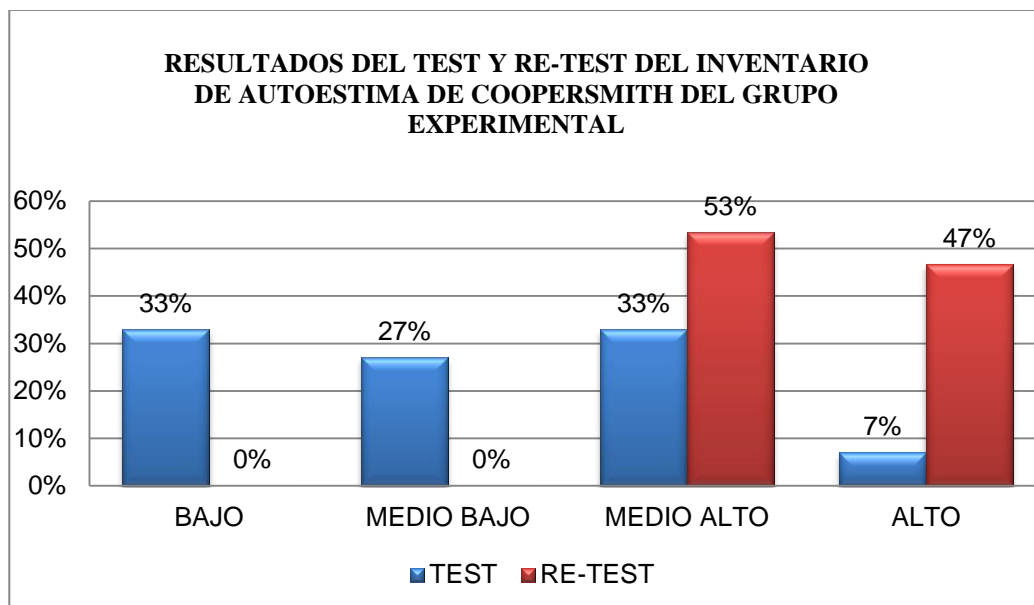
	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
TOTAL	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TEST	5	33%	4	27%	5	33%	1	7%	15	100%
RE-TEST	0	0%	0	0%	8	53%	7	47%	15	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla se puede distinguir los resultados totales del test y re-test. Para el test, se determina que el 33% de los pacientes tienen autoestima baja, un 27% autoestima media baja, el 33% autoestima media alta y un 7% solamente una autoestima alta.

En el análisis del re-test se nota una disminución total al 0% en términos porcentuales, en la autoestima baja y media baja, esta disminución reconfirma el aumento que se da del 53% en la autoestima media alta y del 47% en la autoestima alta. Esto nos indica claramente que después de aplicar el test, el fortalecimiento del autoconcepto en los pacientes es mucho más notorio en la autoestima media alta y alta.

Gráfico 3. 4.**Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo****Experimental**

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la gráfica del grupo experimental se puede apreciar los resultados del test y re-test. Cabe recalcar que en la autoestima alta, se tiene un incremento considerable lo cual indica que el grupo de pacientes asimilaron de una manera positiva la aplicación de la TRE, y que en las tres escalas establecidas por la autoestima los pacientes que padecen de insuficiencia renal mostraron mejoría, es decir que son capaces de afrontar la situación por la cual atraviesan, optimizando primero su valor personal, y desarrollando una capacidad para afrontar los problemas, empleando un pensamiento racional para evitar una emoción o comportamientos negativos. Y sobre todo a mantenerse en una autoaceptación óptima para el desempeño cotidiano.

En el nivel de autoestima baja y media baja se observa que existe un decremento porcentual después de la aplicación de la terapia, es decir los pacientes reaccionaron a lo esperado y sus niveles de autoestima se elevaron a medio alto y alto lo cual es congruente con los resultados que se esperaban obtener en la aplicación del re-test.

3.1.2. Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith-Grupo de Control

Tabla 3. 5.

Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Sí Mismo General del Grupo de Control

SI MISMO GENERAL	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES- TEST	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%	5	100%
MUJERES RE-TEST	2	40%	1	20%	2	40%	0	0%	5	100%
HOMBRES TEST	3	30%	6	60%	1	10%	0	0%	10	100%
HOMBRES RE- TEST	0	0%	4	40%	6	60%	0	0%	10	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

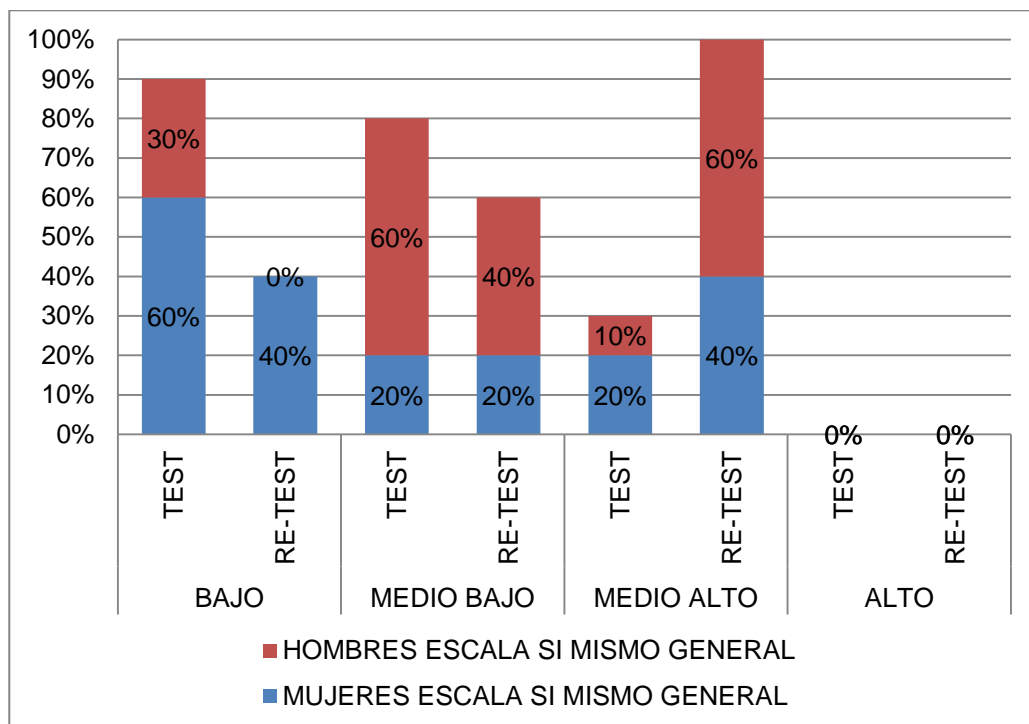
En la etapa de análisis, los datos en la fase de evaluación del test para el grupo de control en la escala sí mismo general, se aprecia que existe un mayor porcentaje de

mujeres con autoestima baja, con un 60%; mientras que para el género masculino presenta un 30%. En el nivel de la autoestima media baja, se distingue que las mujeres tienen el 20%, y los hombres el 60%. En el autoestima medio alto, el 20% corresponde al género femenino, mientras que el género masculino tiene el 10%. Finalmente tanto para el género femenino y masculino, en el nivel de la autoestima alta no existen registros porcentuales, es decir no se registra ningún caso con este tipo de autoestima.

El análisis en la etapa de evaluación re-test, permite ver un registro del 0% para los hombres y en las mujeres se distingue un 40%, en el nivel de autoestima media baja se observa que disminuyó al 20% en el género femenino, mientras que para los varones la autoestima media baja también desciende a un 40%. En términos porcentuales se tiene un mayor incremento en la autoestima media alta del 20% al 40% en el género femenino y del 10% al 60% para el género masculino lo que corresponde cierta mejoría para el grupo de control.

Gráfico 3. 5.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros y Sí Mismo General del Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el gráfico estadístico de la escala de sí mismo entre el test y re-test, se nota una disminución porcentual en la autoestima alta en ambos sexos; lo que refiere que en la autoestima media alta el género masculino presenta un nivel mayor, esto significa que asumen la enfermedad y se autoaceptan con sus debilidades y defectos. En cambio en las mujeres, también existe un incremento y se da conocer que se mostraron un poco reacias ya que al principio mostraron resistencia para aceptar el problema al cual se enfrentaban pero esto generó cambios notorios que el nivel de mayor puntuación que era baja cambio a media alta.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la autoestima media baja el género femenino se mantiene en un estándar, esto refiere que las mujeres aún tienen ideas irracionales sobre sí mismas, en cambio en el género masculino se nota que desciende y muestra que los hombres son más accesibles y puntuales sobre sus pensamientos y las creencias erróneas son modificadas con más facilidad.

En la autoestima baja los hombres descienden a un porcentaje de cero lo cual manifiesta que obtuvieron mejores resultados en la apreciación e imagen coherente de sí mismos; por otro lado, en las mujeres disminuye, lo que implica que están asimilando la realidad y rectificando sus interpretaciones irracionales.

Tabla 3. 6.

Resultados del Test y Re-test por Géneros y Escala Familiar del Grupo de Control

	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
FAMILIAR										
MUJERES- TEST	1	20%	3	60%	1	20%	0	0%	5	100%
MUJERES RE-TEST	0	0%	0	0%	4	80%	1	20%	5	100%
HOMBRES TEST	3	30%	6	60%	1	10%	0	0%	10	100%
HOMBRES RE- TEST	1	10%	0	0%	7	70%	2	20%	10	100%

Fuente: Investigación

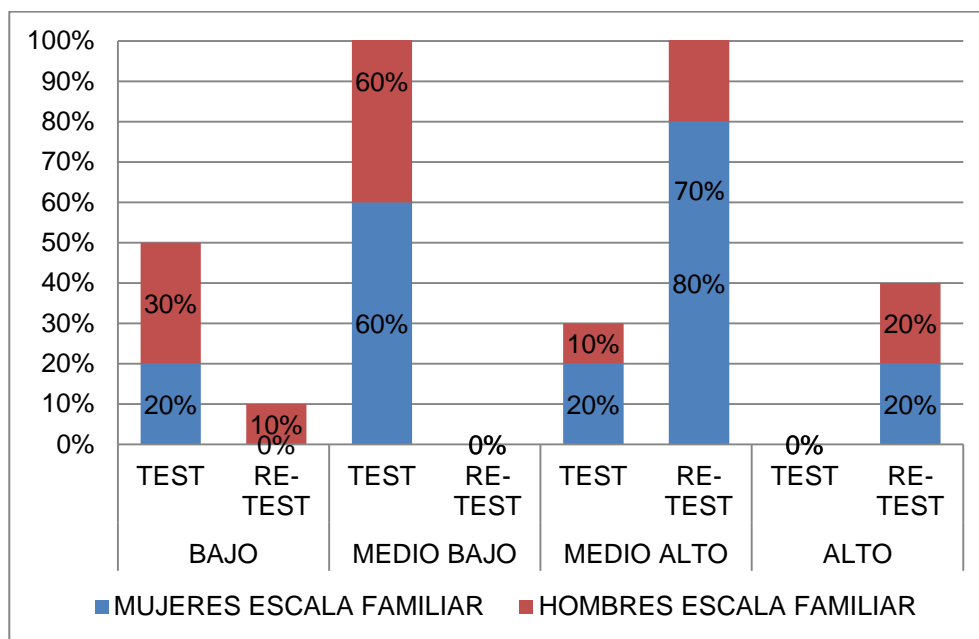
Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla de base de datos expuestos en la etapa de evaluación del test para el grupo de control de la escala familiar, se aprecia que existen niveles casi similares en términos porcentuales para mujeres y hombres, con un 20% y 30% respectivamente de autoestima baja. En la autoestima media baja, se aprecia que el género femenino y género masculino poseen igualmente un 60%. En el nivel de autoestima media alta, el 20% corresponde al género femenino, mientras que el género masculino posee el 10%. Finalmente tanto para hombres como mujeres, en el nivel de autoestima alta no existen registros porcentuales, es decir no se registra ningún caso con este nivel de autoestima.

El análisis de la fase de evaluación re-test, permite distinguir que existe un 10% de hombres y un 0% de mujeres con autoestima baja. En la autoestima media baja no se tienen registros porcentuales de casos, es decir un 0%, tanto para el género masculino y femenino. En el nivel de autoestima media alta, se presencia un 80% que corresponden al género femenino y un 70% son del género masculino. Finalmente, se observa una mejora sustancial en el autoestima tanto de hombres y mujeres del 20 % al 20 % para la clasificación de autoestima alta.

Gráfico 3. 6.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros Y Familiar del Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el gráfico de la escala familiar del grupo de control entre el test y re-test, se evidencia que en la autoestima alta tanto el género masculino como el femenino mantienen una equidad porcentual, esto refiere que ambos sexos tienden a mejorar las necesidades familiares ya que requieren compartir sus emociones en el núcleo familiar.

En la autoestima media alta, en las mujeres aumenta el nivel porcentual lo que significa que tienden a generar mayor dependencia en todos los miembros del hogar; aunque, a diferencia de los hombres se distingue una minoría, esto refiere que ambos sexos necesitan complementarse en la unión familiar y generar vínculo

afectivo, puesto que ellos necesitan estar emocionalmente estables por personas cercanas por su inestabilidad y cierto grado de dependencia.

En la autoestima media baja representa un nivel porcentual a cero en ambos géneros, lo que exterioriza que los resultados deseados son favorables y el grupo está cambiando la negativa percepción de autoimagen y ayudando a unificarse con la familia. Y en el autoestima baja las mujeres no presentan ningún porcentaje y en los hombres también disminuye el nivel, lo que refiere que la terapia empleada está siendo en cierta medida propicia.

Tabla 3. 7.

Resultados del Test y Re-test por Géneros del Grupo de Control y Escala Social

SOCIAL	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES- TEST	2	40%	1	20%	2	40%	0	0%	5	100%
MUJERES RE-TEST	1	20%	1	20%	3	60%	0	0%	5	100%
HOMBRES TEST	1	10%	5	50%	4	40%	0	0%	10	100%
HOMBRES RE- TEST	0	0%	1	10%	8	80%	1	10%	10	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla 3.7 de acuerdo al análisis de los datos en la fase de evaluación del test para el grupo de control de la escala social, se aprecia que en la autoestima baja

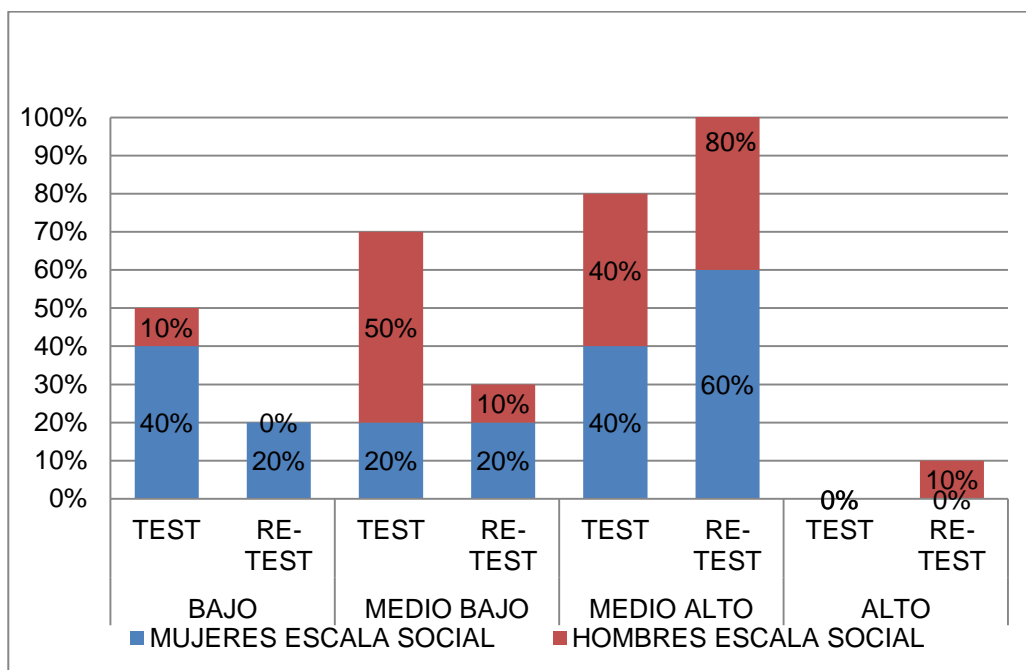
corresponde a un 40% que pertenece al género femenino y un 10% al género masculino. En la autoestima media baja, en las mujeres representa el 20% y los hombres tienen un 50%. En el nivel de la autoestima media alta, el 40 % pertenece al género femenino y otro 40% pertenece al género masculino. Finalmente tanto para el género femenino como masculino, en el nivel de la autoestima alta no existen registros porcentuales, es decir no se registra ningún caso con este tipo de autoestima.

El análisis de la fase de evaluación re-test, permite distinguir que en el autoestima alto, existe un incremento al 10% que pertenece al género masculino, mientras que para el género femenino se mantiene en un 0%. La autoestima media alta presenta un incremento al 60% para el género femenino y el 80% para el género masculino.

En la autoestima media baja se mantiene la misma tasa porcentual del 20% en el género femenino y una disminución al 10% para el género masculino. De igual forma se registra una disminución en la autoestima baja del 20% para las mujeres y al 0% para los hombres.

Gráfico 3. 7.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test por Géneros del Grupo de Control y Escala Social



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el esquema gráfico de la escala social entre el test y re-test del grupo de control, se constata que en la autoestima alta los hombres presentan un cierto grado de mejoría, que señala que construyeron mejores relaciones sociales, sin presenciar resistencias, a diferencia que en las mujeres no se encuentra ningún nivel en esta categoría. En la autoestima media alta el género masculino muestra un incremento, lo que significa que han reforzado las relaciones interpersonales y en el trabajo grupal facilitaban la interacción con ambos géneros; en las mujeres el nivel porcentual también se eleva pero en ellas se constató que más se vinculaban con la persona cercana y la que transmitían cierto agrado de simpatía; así mismo, se rehusaban a comentar aspectos acorde a la autoestima y enfermedad.

En la autoestima media baja en los hombres se reduce el porcentaje, lo que revela que están modificando su percepción referente al contexto social, y en las mujeres se mantiene el nivel porcentual porque mantienen un distanciamiento y desconfianza. En cuanto a la descripción de la autoestima baja el nivel porcentual de mujeres es similar a la media baja, es decir que se mantienen con las mismas características; en cambio el género masculino disminuyó favorablemente porque visualizan el trabajo grupal como una fuente de superación y socialización.

Tabla 3. 8.

Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo de Control

TOTAL	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TEST	4	29%	7	49%	3	22%	0	0%	15	100%
RE-TEST	1	9%	3	20%	10	62%	1	9%	15	100%

Fuente: Investigación

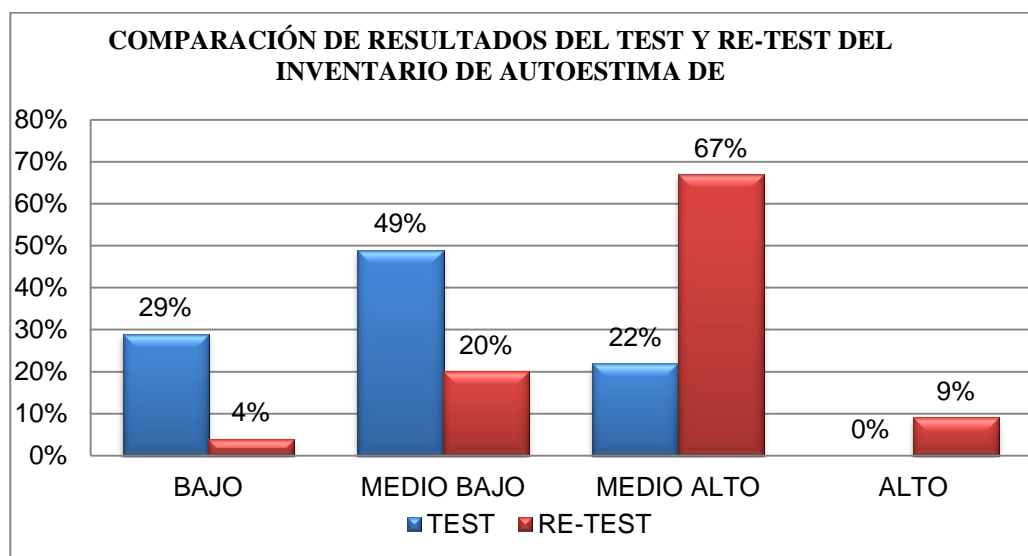
Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla 3.8, se aprecia los resultados totales del test y re-test aplicado al grupo de control. Para el test, se determina que el 29% de los casos tienen una autoestima baja, el 49% autoestima media baja, el 22% autoestima media alta y un 0% de los casos con autoestima alta, es decir ningún paciente presenta autoestima alta al momento de realizar la evaluación del test.

En el análisis del re-test se nota una disminución al 9% en temimos porcentuales en la autoestima baja. Para la autoestima media baja existe una considerable disminución al 20%. Esto nos indica claramente que después de aplicar el test, la mejoría de la autoestima en los pacientes es mucho más notoria. Mientras que la autoestima media alta presenta un notorio incremento al 62% de los casos. Finalmente se obtiene un aumento beneficioso al 9% con autoestima alto.

Gráfico 3. 8.

Resultados del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la gráfica se constata la comparación de los resultados del test y re-test del grupo de control, se vislumbra un nivel aceptable en el autoestima alta logrado una notable mejoría en la autoaceptación por los pacientes que recibieron la terapia grupal planteada; en el nivel medio alto es donde mayor incremento se presencia en cuanto a la valoración global positiva de sí mismos, demostrando que la TRE resulta ser

tratamiento eficaz, pero para llegar a obtener un porcentaje más elevado, se necesita un tiempo prolongado como el que se empleó en el grupo experimental.

En la autoestima media baja se nota un descendente porcentaje, lo cual exterioriza que han obteniendo un progreso básico notorio eficaz, esto alude que los pacientes del grupo de control tenían predisposición para generar cambios preponderantes, pero lamentablemente la estructura y elección de acuerdo a lo diseñado se encontraba en reducir las sesiones y explicar lo esencial de la TRE. Al igual que la autoestima baja se evidencia que desde el principio los pacientes del grupo de control mostraron preocupación en relación a su enfermedad y aspectos de su autoimagen y los resultados son evidenciados en el esquema.

Tabla 3. 9.

Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo Experimental y Grupo de Control

	BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	5	33%	4	27%	5	33%	1	7%	15	100%
GRUPO EXPERIMENTAL TEST	0	0%	0	0%	8	53%	7	47%	15	100%
GRUPO EXPERIMENTAL RE-TEST	4	29%	7	49%	3	22%	0	0%	15	100%
GRUPO CONTROL TEST	1	9%	3	20%	10	62%	1	9%	15	100%

Fuente: Investigación

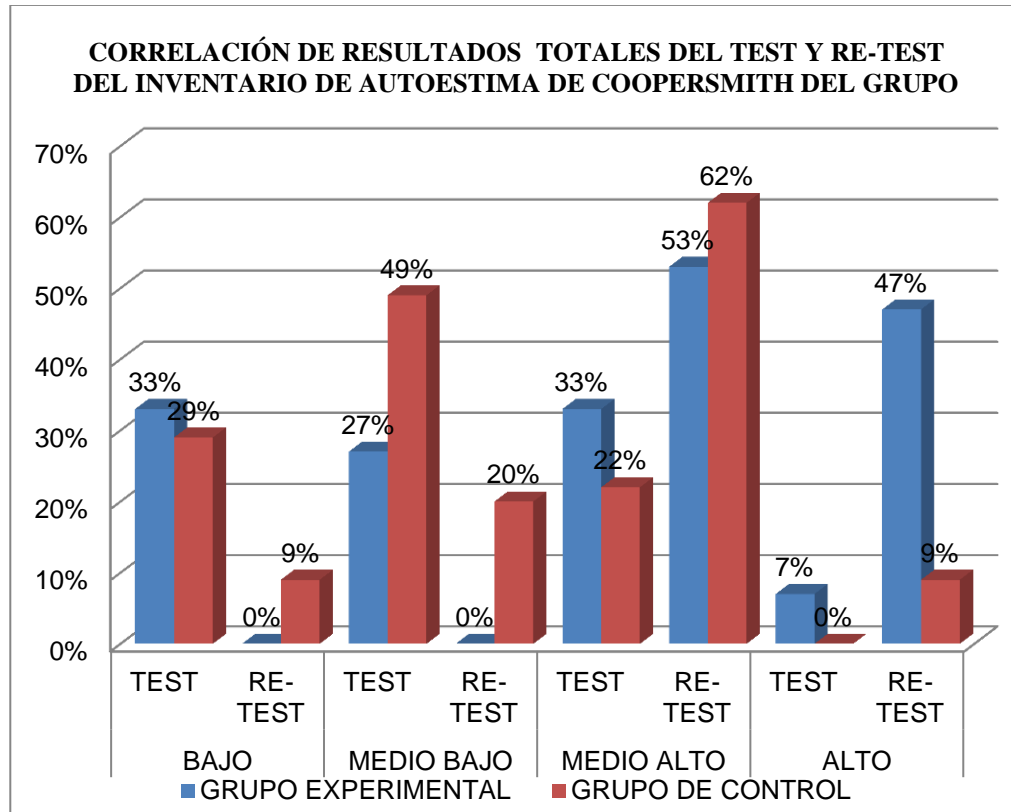
Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla 3.9 se observa la correlación de los resultados totales en el proceso de evaluación del test entre el grupo experimental y el grupo de control. En la autoestima baja se observa un 33% en el grupo experimental y un 29% en el grupo de control. Para la autoestima media baja se evidencia un 49% para el grupo de control y un 27% en el grupo experimental. Mientras que para la autoestima media alta, se tiene un 33% y 22% para el grupo experimental y el grupo de control respectivamente. Finalmente se aprecia un 7% de autoestima alta en el grupo experimental, y en el grupo de control se presencia un 0%, lo que indica que no existe ningún caso en este grupo con autoestima alta en la fase de evaluación del test.

En la fase de evaluación del re-test, se observa que en el autoestima bajo, disminuye en el grupo experimental al 0% y al 20% en el grupo de control. En el autoestima media, de igual forma se mantiene una disminución sustancial en ambos grupos, del 0 % para el grupo experimental y del 20 % en el grupo de control. Para la autoestima media alta se tiene un incremento al 53% del grupo experimental, mientras que para el grupo de control aumenta al 62 %. Finalmente se observa en la tabla un incremento beneficio en la autoestima alta del grupo experimental al 47 %, mientras tanto que en el grupo de control se tiene un aumento del 0% al 9 % después de aplicar la terapia implantada.

Gráfico 3. 9.

Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo Experimental y Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la representación gráfica de la correlación de resultados totales del test y re-test del Inventario de Autoestima de Coopersmith del Grupo Experimental y Grupo de Control, en el re-test del grupo experimental se aprecia que los niveles porcentuales en bajo y medio bajo disminuyen propiciamente y en los niveles medio alto y alto ascienden favorablemente lo que ratifica que la intervención de la TRE grupal generó cambios significativos en la autoimagen en los pacientes investigados.

En el re-test del grupo de control se distingue una disminución leve en el nivel de autoestima bajo y medio bajo, lo que muestra que la TRE tuvo aceptación positiva por parte de los pacientes; y los niveles de autoestima media alta y alta incrementa su porcentaje a nivel moderado, lo que exterioriza que para consolidar el fortalecimiento del autoestima con la TRE es indispensable extender las sesiones psicológicas grupales para llegar a un nivel mucho más elevado.

3.2. Análisis e Interpretación de Resultados del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)

3.2.1. Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo Experimental

Test – retest: Consiste en aplicar repetidas veces el mismo cuestionario a las mismas personas en un espacio de tiempo breve para comprobar el correcto funcionamiento del cuestionario como instrumento de recogida de información.

Tabla 3. 10.

Resultados del Test y Re-test Mujeres del Grupo Experimental

GRUPO EXPERIMENTAL	MUJERES TEST	MUJERES RE-TEST
ESTADO DE SALUD FÍSICA	61%	72%
ESTADO DE ÁNIMO	66%	82%
TRABAJO	37%	46%
ACTIVIDADES DE LA CASA	55%	65%
TAREAS DE CURSO	30%	13%
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	64%	76%
RELACIONES SOCIALES	65%	78%
ACTIVIDADES GENERALES	56%	76%
MEDICACIÓN	43%	50%
SATISFACCIÓN GLOBAL	60%	85%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla se evalúan los diferentes criterios calificados en términos porcentuales para establecer el nivel de calidad de vida que tienen las mujeres del grupo experimental en la fase de evaluación del test y re-test.

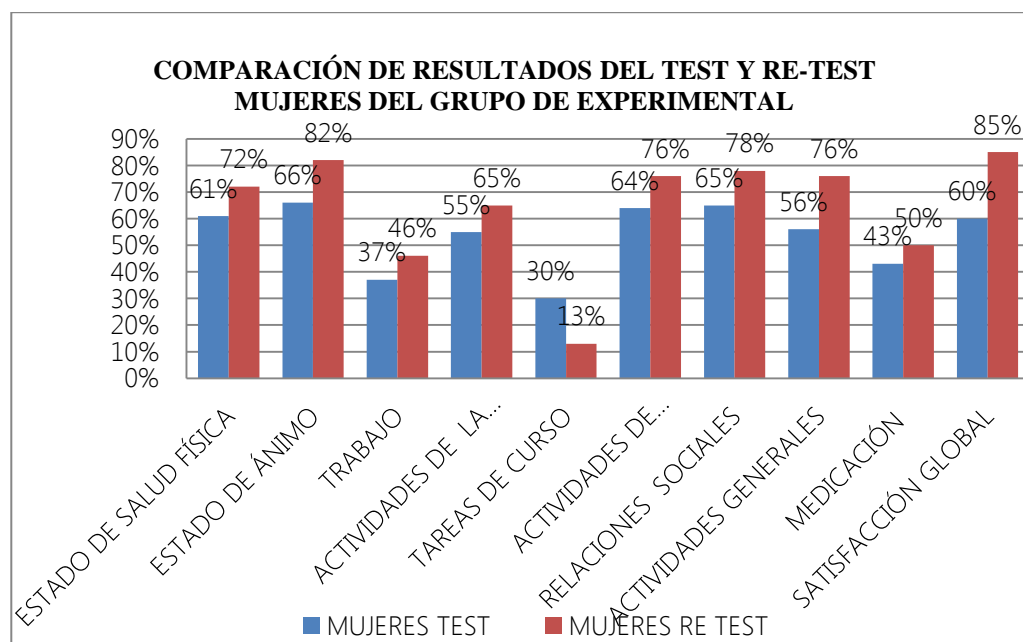
Se observa que en el estado de salud física elevan del 61 % en el test al 72 % en el re- test; el estado de ánimo se incrementa del 66 % en el test al 82 % en el re-test; en el aspecto del trabajo, de 37% en el test, se incrementa al 46% en el re-test; en el aspecto de actividades de la casa se nota un incremento del 55% en el test al 65% en el re-test ;en el aspecto de tareas de curso en el test se tiene un 30% y en el re-test disminuye al 13%; en el aspecto de actividades de tiempo libre se tiene un

incremento del 64% en el test al 76% en el re-test; en las relaciones sociales existe un ligero aumento del 65% en el test al 78% en el re-test; en el aspecto de actividades generales se tiene un incremento del 56% en el test al 76% en el re-test y en el aspecto de medicaciones se tiene un 43% en el test y un 50% en el re-test.

Finalmente se evidencia que la satisfacción global del 60% en el test, se incrementa al 85% en el re-test. Esto es un claro indicativo de que la calidad de vida mejoró o aumentó en 25 puntos porcentuales en las mujeres del grupo experimental, dando más expectativas de vida sobre ellas mismas y su entorno.

Gráfico 3. 10.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test Mujeres del Grupo Experimental



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En este esquema se observa los diferentes aspectos que determina la calidad de vida de las mujeres del grupo experimental del test y re- test .Como se puede apreciar de forma general en la satisfacción global incrementa el porcentaje después de aplicar la terapia, es decir las mujeres tienen una mejor supervivencia a pesar de la situación en la que se encuentran, percibiendo actitudes e ideas positivas que generen optimismo y bienestar en su calidad de vida.

Se puede distinguir que en el estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades de la casa, actividades de tiempo libre; así mismo las relaciones sociales, actividades generales y la medicación aumentan en un nivel porcentual significativo después de la intervención terapéutica grupal. Cabe aseverar que en las tareas de curso existe una disminución en el re-test ya que muchos de los pacientes no tuvieron un evento relacionado a esta pregunta, además el cuestionario tomaba como referencia durante la semana pasada.

Siendo un aspecto importante en el género femenino el estado de salud física, porque necesitan mantenerse saludables psicológicamente a pesar de su padecimiento y que este forme parte de su vida para poder mantener una adecuada calidad de vida, igualmente el estado de ánimo se tomó como relevante ya que es indispensable porque determina el nivel de bienestar y satisfacción de la persona para que los pensamientos negativos no tomen posesión con ideas erróneas, de igual manera las actividades de tiempo libre puesto que se constataba una decadencia y apatía, pero al mejorar la autoimagen optimizó el interés por disfrutar de muchas actividades que habían dejado de lado, y finalmente las relaciones sociales ya que ayudan a forjar interés por sí mismas y recibir apoyo emocional.

Tabla 3. 11.***Resultados del Test y Re-test Hombre del Grupo Experimental***

GRUPO EXPERIMENTAL	HOMBRES TEST	HOMBRES RE-TEST
ESTADO DE SALUD FÍSICA	64%	75%
ESTADO DE ÁNIMO	71%	81%
TRABAJO	38%	49%
ACTIVIDADES DE LA CASA	7%	8%
TAREAS DE CURSO	17%	10%
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	68%	80%
RELACIONES SOCIALES	62%	77%
ACTIVIDADES GENERALES	61%	77%
MEDICACIÓN	29%	49%
SATISFACCIÓN GLOBAL	54%	74%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla se evalúan los diferentes criterios calificados en términos porcentuales para establecer el nivel de vida que tienen los hombres del grupo experimental en la fase de evaluación del test y re-test.

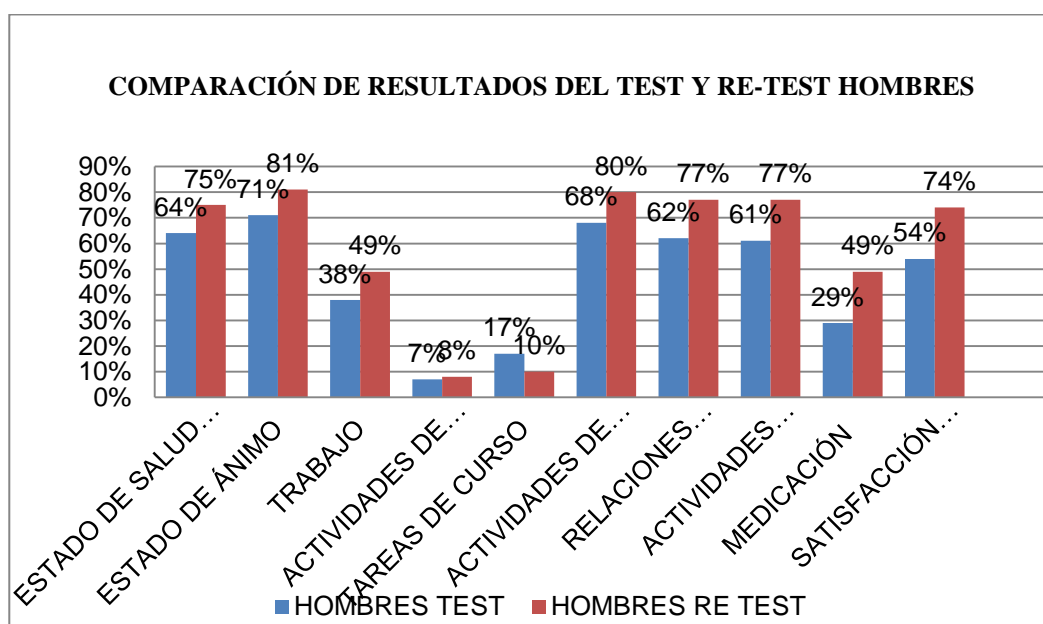
Se observa que en el estado de salud física elevan del 64% en el test al 75% en el re-test; en el estado de ánimo existe un ligero incremento del 71% en el test al 81% en el re-test; en el aspecto del trabajo, de 38% en el test, se incrementa al 49% en el re-

test; en el aspecto de actividades de la casa se nota una mínima alza del 7% en el test al 8% en el re-test; en las tareas de curso en el test se tiene un 17% y en el re-test disminuye al 10%; de igual manera, las actividades de tiempo libre se tiene un incremento del 68% en el test al 80 % en el re-test; en las relaciones sociales existe un ligero aumento del 62% en el test al 77 % en el re-test; en las actividades generales se tiene un incremento del 61 % en el test al 77 % en el re-test y en el aspecto de medicaciones se tiene un 29% en el test y un 49 % en el re-test.

Finalmente se presenta que la satisfacción global del 54% en el test, se incrementa al 74% en el re-test. De este dato evaluado, es un claro indicativo de que la calidad de vida mejoro o aumento en 20 puntos en los hombres.

Gráfico 3. 11.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test Hombres del Grupo Experimental



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el gráfico de resultados de hombres se evidencia el test y re-test, donde se constata que la satisfacción global se eleva a un porcentaje satisfactorio, lo que refiere que los hombres también predisponen de cambios en las áreas establecidas cuando modifican su autoimagen y la percepción de sí mismos; por otro lado, existe en todas las áreas un incremento porcentual en el re-test; lo que simboliza que la técnica aplicada resulto propicia para el género masculino resultando evidente que a partir de ideas racionales y positivas de la autoaceptación y enfermedad cambia aspectos en la calidad de vida. Cabe resaltar que en el área de tareas de curso se nota un bajo porcentaje en el re-test, ya que la mayoría de los hombres en la semana pasada no participado en algún tipo de curso, como lo resalta en el cuestionario.

Entre las áreas más importantes en el género masculino se tomó en cuenta el estado de salud física, ya que es indispensable para desarrollar actividades y equilibrio en la salud mental, también se relaciona con el estado de ánimo porque una persona sana se encuentra con una predisposición optimista para seguir adelante, además mejorar el nivel de trabajo es trascendental porque son el sustento de su hogar y requieren mantenerse activos a pesar de la insuficiencia renal. Las actividades de tiempo libre y las relaciones sociales también son primordiales, ya que deben distribuir y disfrutar de sus aficiones para mantenerse activos y mantener buenas relaciones sociales.

3.2.2. Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo de Control

Tabla 3. 12.

Resultados del Test y Re-test Mujeres del Grupo de Control

GRUPO DE CONTROL	MUJERES TEST	MUJERES RE-TEST
ESTADO DE SALUD FÍSICA	58%	66%
ESTADO DE ÁNIMO	58%	66%
TRABAJO	22%	28%
ACTIVIDADES DE LA CASA	59%	65%
TAREAS DE CURSO	30%	30%
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	65%	74%
RELACIONES SOCIALES	64%	71%
ACTIVIDADES GENERALES	59%	67%
MEDICACIÓN	32%	40%
SATISFACCIÓN GLOBAL	44%	72%

Fuente: Investigación

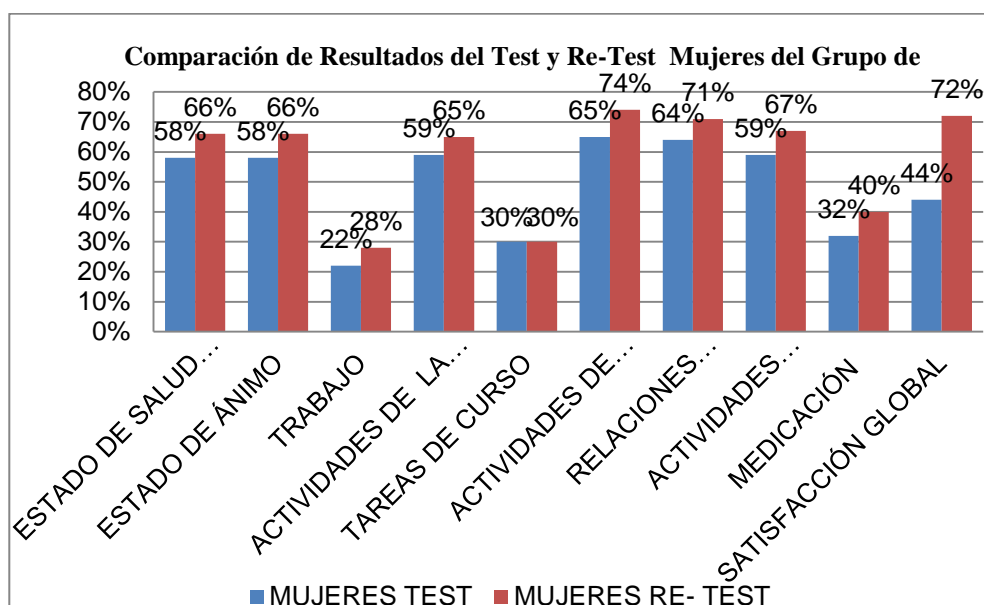
Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla 3.12, se evalúan los diferentes criterios calificados en términos porcentuales para establecer el nivel de vida que tienen las mujeres del grupo de control en la fase de evaluación del test y re-test.

Se observa que en el estado de salud física y estado de ánimo incrementan igualmente del 58% en el test al 66% en el re- test; en el aspecto del trabajo incrementan del 22% en el test, al 28% en el re-test; en actividades de la casa se nota un incremento del 59% en el test al 65% en el re-test ;en tareas de curso en el test y re-test se mantiene en un 30%; en las actividades de tiempo al aire libre se tiene un incremento del 65% en el test al 74 % en el re-test; en las relaciones sociales existe un ligero aumento del 64% en el test al 71% en el re-test; en el aspecto de actividades generales se tiene un incremento del 59% en el test al 67% en el re-test y en el aspecto de medicaciones se tiene un 32% en el test y un 40 % en el re-test. Finalmente se observa que en la satisfacción global existe un sustancioso incremento del 44% en el test al 72% en la fase de evaluación del re-test. Esto es un claro indicativo de que la calidad de vida, dando más expectativas de vida.

Gráfico 3. 12.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test Mujeres del Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el gráfico está representado el porcentaje de las mujeres del test y re-test del grupo de control, donde se observa que la satisfacción global después de la aplicación de la terapia se eleva a un porcentaje favorable; esto significa que tuvieron un cierto grado de aceptación ya que en este grupo se redujo las sesiones y se aplicó lo más elemental, sino los porcentajes se hubieran diferenciado con aumentos porcentuales.

Como se puede apreciar en todas las áreas hay un aumento aproximado de 10 puntos; donde se especifica que el género femenino asimiló la intervención y cambió en cierto grado sus pensamientos negativos acerca de la percepción de sí mismas, e identificaron las ideas contraproducentes acerca de la enfermedad.

Al igual que en el grupo experimental se toman en cuenta las áreas más importantes como son el estado de salud física, estado de ánimo, actividades de tiempo libre y las relaciones sociales, ya que son las que más destacadas para que las mujeres permitan alcanzar un nivel adecuado de calidad de vida.

Tabla 3. 13.

Resultados del Test y Re-test Hombres del Grupo de Control

GRUPO DE CONTROL	HOMBRES TEST	HOMBRES RE-TEST
ESTADO DE SALUD FÍSICA	55%	65%
ESTADO DE ÁNIMO	62%	70%
TRABAJO	36%	42%
ACTIVIDADES DE LA CASA	0%	0%
TAREAS DE CURSO	7%	0%
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	57%	62%
RELACIONES SOCIALES	57%	65%
ACTIVIDADES GENERALES	60%	63%
MEDICACIÓN	34%	44%
SATISFACCIÓN GLOBAL	52%	68%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En la tabla 3.13, se evalúan los diferentes criterios calificados en términos porcentuales para establecer la calidad de vida que tienen los hombres del grupo de control en la fase de evaluación del test y re-test.

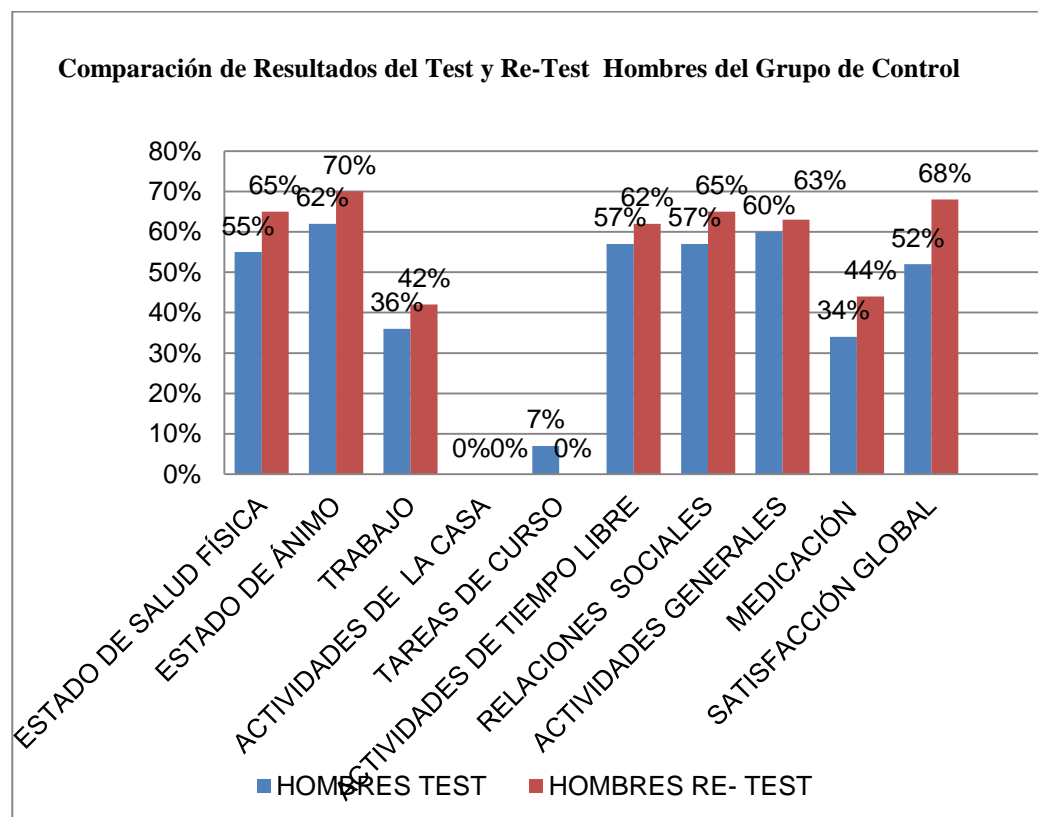
Se observa que en el estado de salud física elevan del 55% en el test al 65% en el re-test; en el estado de ánimo existe un ligero incremento del 62% en el test al 70% en el re-test; en el trabajo de 36% en el test, se incrementa al 42% en el re-test; en las actividades de la casa se tiene una incidencia nula es decir del 0% en el test y re-

test; en las de tareas de curso en el test se tiene un 7% y en el re-test disminuye a 0%; en el aspecto de actividades de tiempo libre se tiene un incremento del 57% en el test al 62% en el re-test; en las relaciones sociales existe un ligero aumento del 57% en el test al 65% en el re-test; en el aspecto de actividades generales se tiene un ligero incremento del 60% en el test al 63% en el re-test y en las medicaciones se tiene un 34% en el test y un 44% en el re-test.

Finalmente se observa que la satisfacción global del 52% en el test, se incrementa a 68% en el re-test.

Gráfico 3. 13.

Comparación de Resultados del Test y Re-Test Hombres del Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el gráfico del género masculino del grupo de control se observa los resultados del test y re- test, en el cual se demuestra en la satisfacción global un incremento de 16 puntos; significa que los hombres ascendieron a un nivel de vida mucho más significativo, en el cual valoraron la importancia de su autoestima y indispensable que es tener una salud mental equilibrada para poder enfrentar los retos que se interponen en su diario vivir.

En todas las áreas se comprueba un aumento valorativo, esto representa que tuvieron una supervivencia activa a pesar del dolor emocional; enfrentaron en cierta medida las ideas que producían malestar físico y emocional que produjo un impacto satisfactorio, aunque no perduró por un prolongado tiempo las intervenciones terapéuticas resultaron apreciables.

De otra manera, en el área de actividades de casa se evidencia que el género masculino no realizan actividades de aseo, ya que la mayoría trabaja y se preocupa más por sustentar a su familia, además el tiempo que tienen disponible lo emplean en las actividades de tiempo libre. Por consiguiente las tareas de curso no es indispensable, ya que para la evaluación se requiere que la persona haya asistido desde la semana pasada.

Tabla 3. 14.

Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo Experimental y Grupo de Control

	GRUPO EXPERIMENTAL TEST	GRUPO EXPERIMENTAL RE-TEST	GRUPO DE CONTROL TEST	GRUPO DE CONTROL RE-TEST
ESTADO DE SALUD FÍSICA	63%	74%	57%	56%
ESTADO DE ÁNIMO	69%	82%	60%	68%
TRABAJO	38%	46%	29%	35%
ACTIVIDADES DE LA CASA	31%	65%	30%	33%
TAREAS DE CURSO	24%	13%	19%	15%
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	66%	76%	61%	68%
RELACIONES SOCIALES	64%	78%	61%	68%
ACTIVIDADES GENERALES	59%	76%	60%	65%
MEDICACIÓN	36%	50%	33%	42%
SATISFACCIÓN GLOBAL	57%	85%	48%	70%
PROMEDIO	51%	65%	46%	52%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

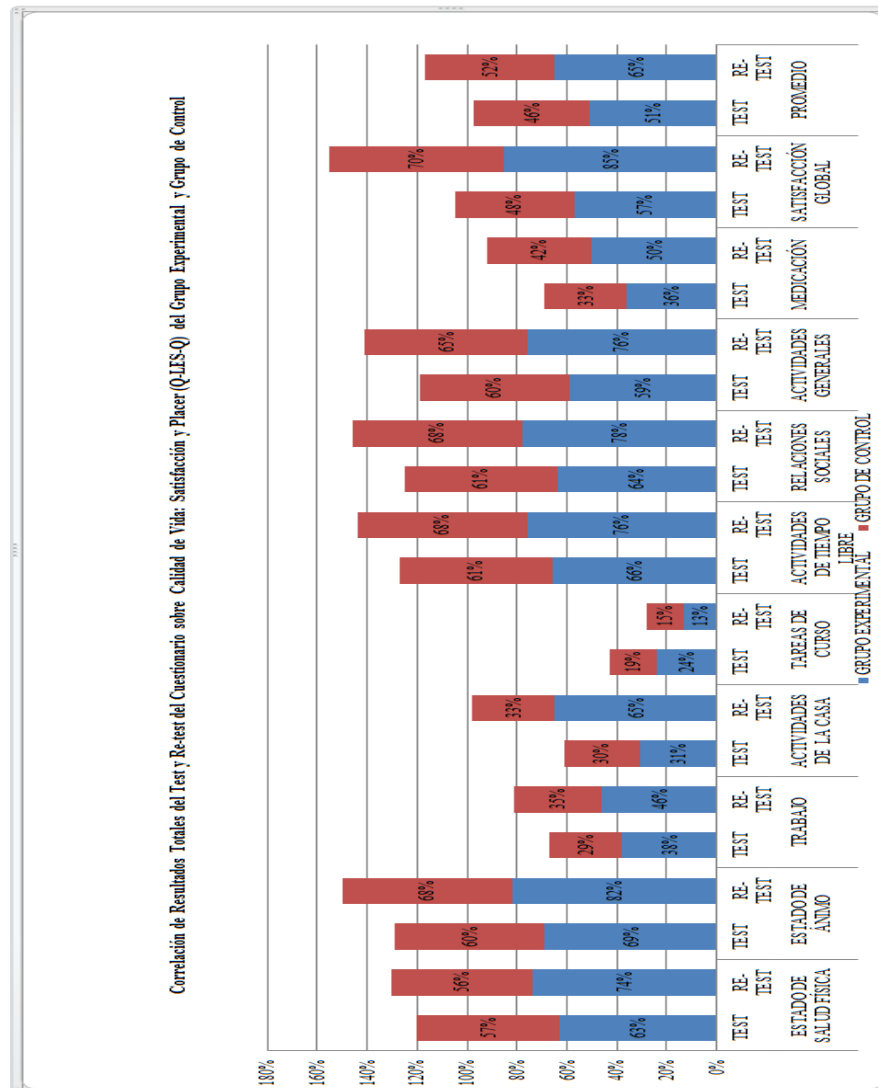
Finalmente en la tabla 3.14, se indica la correlación existente entre el grupo experimental y de control de acuerdo a los diferentes aspectos que definen la calidad de vida en estos grupos.

Se puede apreciar que la satisfacción global en el grupo experimental en la fase de evaluación del test es de 57%, y en el grupo de control es del 48%. Mientras que en la fase de evaluación del re-test se tiene un incremento al 85% en el grupo experimental; y al 70 % en el grupo de control.

En promedio, en la fase de evaluación del test, para el grupo experimental se tiene un 51% y para el grupo de control se tiene un 46%. Mientras que en la fase de evaluación re-test, el grupo experimental tiene un incremento al 65% y el grupo de control al 52%.

Gráfico 3. 14.

Correlación de Resultados Totales del Test y Re-test del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) del Grupo Experimental y Grupo de Control



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana

En el gráfico se presenta la correlación de resultados del test y re-test del grupo experimental y del grupo de control, se nota que en el incremento más satisfactorio

se encuentra en el grupo experimental, lo que devela que la aplicación de la TRE de Ellis fortaleció la autoestima y por ende produjo elevaciones en las áreas de la calidad de vida; esto trae como conclusión que mientras el autoestima permanezca en una categoría medio alto ya alto la calidad de vida es percibida de manera positiva y las ideas irracionales fueron contrarrestadas; mientras se mantiene en medio bajo o bajo habrá una interdependencia y por ende el autoimagen se percibirá como negativa.

En el grupo de control se percibe un aumento no tan elevado como en el anterior grupo; esto representa que durante la terapia, según la valoración de autoconcepto de los pacientes dirige a su estado de salud y a la capacidad de vivir una vida digna y realizar sus actividades de la vida cotidiana; por lo tanto, la duración de las sesiones que fueron definidas a corto tiempo dieron resultados estables que ayudó al bienestar físico y psicológico.

CAPÍTULO IV

4.1. DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Comprobación de Hipótesis

4.1.1.1. Prueba t de student

Para validar los resultados obtenidos, se empleó la prueba t-student para muestras relacionadas en una cantidad pequeña que sirve para contrastar hipótesis sobre medias en poblaciones con distribución normal.

En este procedimiento permite comparar las medias de dos grupos para llegar a obtener conclusiones, seguidamente se exponen los resultados del Grupo Experimental en la tabla 4.1:

Tabla 4. 1.

Prueba t de student del Grupo Experimental

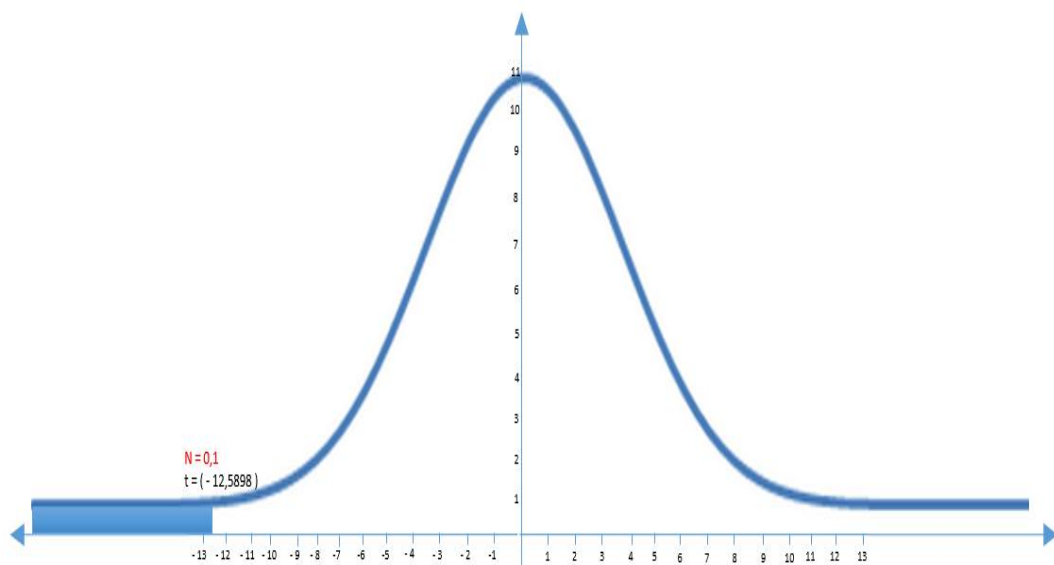
Test		Re –Test	
Media	35,7333	Media	71,4667
Desviación Estándar	13,39	Desviación Estándar	10,9926
Estadístico t	-12,5899264		
Grados de Libertad	14		
Valor critico de t (una cola) con una confinidad del 95%	1,76		
Nivel de Significancia	0,1		

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

Gráfico 4. 1.

Prueba t de student del Grupo Experimental



Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

Prueba de Hipótesis: En la tabla se puede evidenciar que en el test del grupo experimental se obtiene una media de 35,7333 y en el re-test hay un aumento al 71,4667, por lo que los valores registrados en el test son más bajos y concentrados hacia la media, y los valores del re-test son más elevados, es decir existe mayor variabilidad, lo que significa que la mayoría de los pacientes aumentaron su autoestima.

El valor crítico de t en una sola cola es 1,76, esto indica que está dentro de la zona de aceptación, el nivel de significancia que reporta el Grupo Experimental es 0.1 lo que señala que los resultados del re-test son mayores a los del test, demostrando una diferencia estadística y la eficacia en la terapia racional emotiva de de Ellis grupal en la población investigada; por ende se acepta la hipótesis: “La Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis incrementa los niveles de Autoestima en los pacientes Adultos con Insuficiencia Renal que asisten a la Clínica de los Riñones Menydia en la Ciudad de Ambato.

De igual forma se presentan los resultados del Grupo de Control en la tabla 4.2:

Tabla 4. 2.

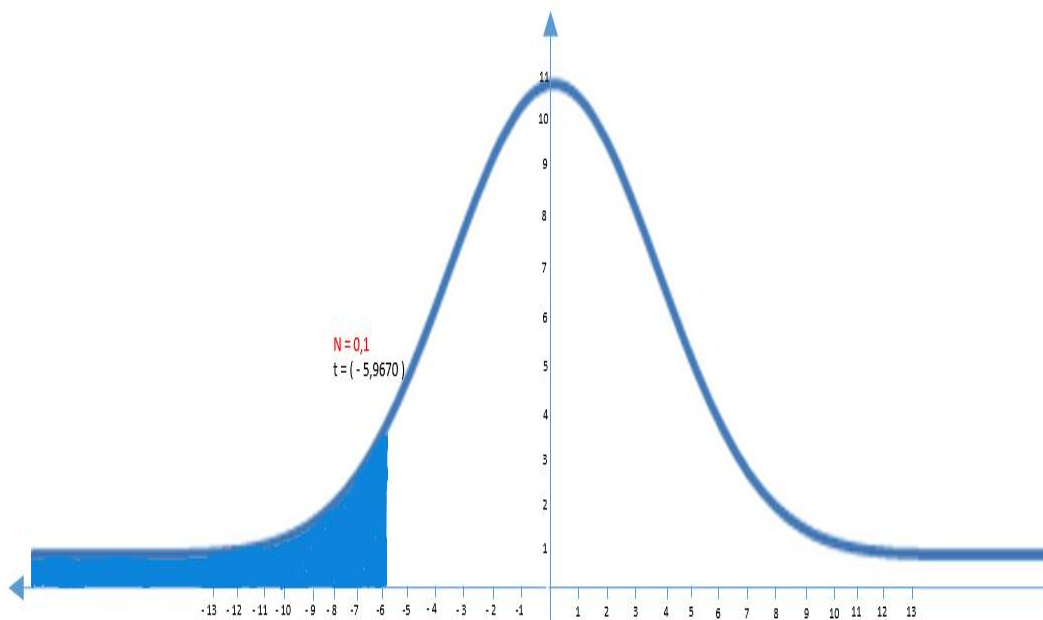
Prueba t de student del Grupo de Control

Test		Re –Test	
Media	37,867	Media	50,933
Desviacion Estandar	9,3033	Desviacion Estandar	8,4807
Estadistico t	-5,967007488		
Grados de Libertad	14		
Valor critico de t (una cola) con una confbilidad del 95%	1,76		
Nivel de Significancia	0,1		

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

Gráfico 4. 2:

Prueba t de student del Grupo de Control

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mayorga, Tatiana.

Prueba de Hipótesis: De acuerdo a los datos establecidos en el test del grupo de control se evidencia que la media de 37,867, en el re-test hay un incremento de la media al 50,933, esto indica que los valores registrados en el test están poco alejados a los valores del re-test, por lo que hay variabilidad, lo que representa que en algunos pacientes incrementa su autoestima y en otros se mantienen en las demás categorías.

El valor crítico de t en una sola cola es 1,76 ya que se encuentra está dentro de la zona de aceptación, el nivel de significancia que reporta el grupo de control es 0.1 lo que manifiesta que los resultados del re-test son diferentes a los del test, expresando una diferencia estadística en menor grado que la obtenida por el grupo experimental, además cabe recalcar que se tomó el mismo grado de libertad que el otro grupo mencionado, ya que se trabajó con igual número de pacientes; por lo que se acepta la hipótesis: “La Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis incrementa los niveles de Autoestima en los pacientes Adultos con Insuficiencia Renal que asisten a la Clínica de los Riñones Menydiales en la Ciudad de Ambato”.

4.1.2. Inventario de Autoestima de Coopersmith

Mediante el análisis de datos se obtuvieron en la presente investigación un aumento significativo en el autoestima de los pacientes del grupo experimental, mientras que en los pacientes del grupo de control el fortalecimiento del autoestima no fue tan satisfactorio por la intervención psicológica grupal breve que se empleó con ellos.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis fue más eficaz en las mujeres que en los hombres por un porcentaje menor, de la misma manera surgió en las categorías, el género femenino obtuvo mejores niveles significativamente.

4.1.3. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer

Las causas que inciden en la baja calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal de acuerdo a los resultados obtenidos es la baja autoestima; lo que manifiesta que mientras el autoconcepto sea positivo las áreas ascienden a un porcentaje favorable; se evidencia que las mujeres presentan mejor calidad de vida en ambos grupos; de igual manera, en las interpretaciones se tomó en consideración el estado de salud físico, el estado de ánimo, actividades de tiempo libre, relaciones sociales, ya que son las más primordiales para el análisis.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las herramientas que se emplearon para las intervenciones psicológicas fueron diseñadas en base a Terapia Racional Emotiva de Ellis que favorecieron a la aceptación y adaptación positiva logrando mayor seguridad, optimismo, colaboración y adherencia al tratamiento, durante el cual se trabajaron pensamientos disfuncionales con respecto a la estimación de sí mismos y a la enfermedad, por interpretaciones más realistas y lógicas que permitieron una mejor percepción del sentido de vida, así mismo evaluar lo malo, identificar pensamientos incoherentes, métodos visuales activos, historias y frases racionales, como también disputar creencias irracionales y lo más esencial el ABCDE; estas técnicas aplicadas se adaptaban a las situaciones de los pacientes.
- Los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal desarrollan dependencia, así como también, presentan múltiples estresores fisiológicos, psicosociales y cambios potenciales en su estilo de vida; por lo tanto, se evidencia que las mujeres identificaron diferencias más

significativas para el afrontamiento de la enfermedad en comparación con los hombres, ya que se centraba en ellas la superación por el vínculo afectivo por sus hijos y los seres a quienes más apreciaban; de igual manera, el trabajo grupal que se llevó a cabo sirvió para que cada uno aporte con lo aprendido y manifiesten conclusiones positivas ya que depende en gran medida, de su nivel de adaptación a la enfermedad para tener un adecuada autoestima.

- En base a que el modelo elegido probó ser efectivo, se determina que un abordaje grupal es adecuado para mejorar la aceptación, así como también, el crecimiento y desarrollo, siendo fundamentales para el individuo en su proceso de mejora personal y psicológica; ya que al identificar y modificar sus creencias causantes pueden disminuir las distorsiones, generando cambios terapéuticos.
- Se evidencia que en la distribución inicial de ambos grupos se mostró diferencias significativas en cuanto a los porcentajes en la autoestima; en el grupo experimental en la fase del test y re-test se obtuvo un 33% - 0% en el nivel bajo, en medio bajo 27% - 0%, medio alto 33% - 53% y en alto un 7% - 47%; mientras que en el grupo de control en el nivel bajo se aprecia 29% - 9%, en medio bajo 49% - 20%, medio alto 22% - 62% y alto 0% - 9%; lo cual mostró un incremento valorativo en la percepción de valía (Ver tabla 3.9).
- Los pacientes con Insuficiencia Renal presentan un deterioro mental de la autoimagen y percepción de estima; estas distorsiones alteran la realidad y

ello produce conductas erróneas, que ocasiona que el enfermo se aíse de los demás y por ende desestabiliza la calidad de vida; en cuanto a la evaluación del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer en fase del test y re-test se evidencia una variabilidad equivalente entre los dos grupos de trabajo cuyos resultados se demuestra (en el grupo experimental 51%-65%) y (en el grupo de control 46%- 52%). Por esta razón se utilizó el reactivo nombrado para determinar que mientras los pacientes mantengan un valor incondicional de sí mismos, la calidad de vida es positiva y la supervivencia es satisfactoria (Ver tabla 3.14).

- La Aplicación de la Terapia Racional Emotiva en el re-test del grupo experimental, incrementó el nivel de autoestima del 7% al 47% alto, determinando que la TRE es un método eficaz para fortalecer el autoestima, además ayuda a modificar las ideas negativas por positivas, mediante lo cual proyecta una percepción positiva que constituye una condición básica para la estabilidad emocional, el equilibrio personal, salud mental y, en última instancia, mejorando la calidad de vida (Ver tabla 3.4).
- De acuerdo a lo observado en porcentajes en el re-test del grupo de control aumentó el nivel de autoestima del 22% al 62% medio alto, lo que refiere que en las matrices establecidas de intervención psicológica grupal empleadas a corto plazo fueron propicias; esto indica que para obtener mejores resultados se debe ampliar el tiempo de intervención psicológica (Ver tabla 3.8).

- Los resultados del estudio que se obtuvieron a través de la hipótesis indican que la Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis incrementa los niveles de autoestima, lo cual que se obtiene en el test una media de 35,7333 y en el re-test hay un aumento al 71,4667 en pacientes adultos atendidos en la Clínica de los Riñones Menydia; ya que permitió contrarrestar las ideas irracionales que se presentaban ante su autoconcepto por el padecimiento de la enfermedad, utilizando estrategias racionales que los lleva a adoptar emociones y conductas positivas hacia sí mismos (Ver tabla 4.1).

5.2 Recomendaciones

- Las intervenciones terapéuticas en la Clínica de los Riñones Menydia no solo deberían establecerse de manera individual, sino implementar más intervenciones grupales para lograr el desarrollo humano, intercambiar ideas de positivismo, creando un ambiente que propicio para mejorar las relaciones interpersonales y su calidad de vida.
- Se sugiere crear dentro de la Institución programas de prevención y promoción de la salud, que posibiliten la difusión de información acerca de la insuficiencia renal; ya que muchos de los pacientes no son informados adecuadamente y esto tendrá como fin que la población conozca más a fondo esta enfermedad y acuda en busca de atención especializada y prevenir mortalidad.

- Establecer reuniones terapéuticas entre los profesionales del servicio de salud que forman parte de la Institución para determinar los avances o repercusiones que presentan los pacientes que son sometidos a tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, igualmente que el psicólogo planifique trabajos terapéuticos grupales para los familiares de los pacientes, que emplee material didáctico atrayente, ya que eso motivará la asistencia de los mismos y ayudará a los pacientes a mantenerse en el tratamiento y encuentren apoyo; de esta forma se estimen y logren conseguir metas con optimismo a pesar de la enfermedad.
- Se recomienda que los pacientes con esta dolencia continúen recibiendo psicoterapia, ya que son propensos a decaer conforme transcurre el tiempo, puesto que requieren de constante motivación ya que son personas con diagnósticos que implican un riesgo vital, de la misma manera es recomendable que se sigan realizando investigaciones con pacientes que padecen de insuficiencia renal sobre la aplicación de la terapia racional emotiva, la misma que demostró tener buenos resultados en el estudio planteado.
- El psicólogo debe ampliar su campo de acción, ya que su presencia es de gran importancia en el campo de salud, a pesar que algunos médicos mantengan oposición al momento en que se efectuó las intervenciones, por eso debe existir una adecuada comunicación y así trabajar conjuntamente para lograr de una salud integral.

GLOSARIO

Ambulatorio: No exige que el paciente guarde cama o se hospitalice.

Anemia: Enfermedad en la sangre caracterizada por la disminución anormal de glóbulos rojos o su contenido en hemoglobina.

Astenia: Estado de debilidad, tanto psíquica como muscular, caracterizada por la falta de energía y la pérdida de entusiasmo.

Catéter de diálisis peritoneal: Tubo hueco flexible a través del cual el líquido de diálisis entra y sale del cuerpo. El catéter peritoneal se implanta en el abdomen.

Catéter de hemodiálisis: Tubo hueco flexible a través del cual el líquido de diálisis entra y/o sale de un vaso sanguíneo. El catéter para hemodiálisis se implanta en una vena.

Cognición: Procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.

Coma: Es un estado profundo de inconsciencia. Una persona en coma está viva pero incapaz de moverse o responder a su entorno.

Conciencia: Facultad o estructura psíquica gracias a la cual adquirimos conocimientos del mundo exterior y de nosotros mismos. Estructura de la personalidad en que los fenómenos psíquicos son plenamente percibidos y comprendidos por la persona.

Creencia irracional: Idea que se basa en creencias, emociones o sentimientos careciendo de base razonada sobre la realidad.

Dializador: Es la parte más importante del riñón artificial, en la que se encuentra la membrana de diálisis a través de la cual se producen los intercambios entre la sangre y el líquido dializante.

Diálogo socrático: Exploración de las creencias del individuo, animándolo a cuestionar su validez.

Difusión: Paso de sustancias de una zona donde están a mayor concentración a otra con menor concentración (separadas por una membrana semipermeable) hasta igualar las concentraciones de ambas zonas.

Empírico: Que está basado en la experiencia y en la observación de los hechos.

Filtración glomerular: La filtración glomerular es el paso de líquidos desde el capilar glomerular a la nefrona por procedimientos exclusivamente físicos. La energía necesaria para llevar a cabo la filtración es proporcionada por el corazón y no por los riñones.

Función depurativa: La Función depurativa de la sangre y función reguladora del sistema inmunológico. Normalizar y equilibrar las diferentes funciones del organismo sin causar efectos perjudiciales (adaptógeno). . Su principal vehículo de actuación es la sangre, a través de ella limpia y elimina los excesos de impurezas facilitando el adecuado funcionamiento del sistema circulatorio y favoreciendo la respuesta inmunológica.

Genuino: Que conserva con total pureza o autenticidad sus características propias o naturales.

Hipertensión: Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

Hiporexia: pérdida parcial de apetito, la cual se diferencia de la anorexia porque esta última es una pérdida total.

Insight: Es el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta.

Letargo: Estado de cansancio y de somnolencia profunda y prolongada, especialmente cuando es patológico y se produce a causa de una enfermedad.

Líquido peritoneal: Líquido de diálisis que se introduce en el peritoneo. El líquido que se infunde se denomina dializante; el líquido que se extrae se denomina dializado.

Membrana semipermeable: material que permiten que traspasen sólo los fluidos y las partículas de pequeños tamaños.

Negación: Mecanismo de defensa por el que se rechazan o niegan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables.

Pensamientos irracionales: Son pensamientos sostenidos sin ninguna evidencia objetiva. Producen sentimientos inapropiados.

Percepción. Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto.

Prurito: Picor

Psicoterapia de grupo: Técnicas destinadas a ejercer una acción psicoterápica simultánea sobre un grupo de individuos reunidos a tal fin

Símbolo.: Cualquier estímulo representativo de una idea o un objeto distinto de él.

Sugestión: Acción y efecto de sugestionar. Estado psíquico provocado en el cual un individuo experimenta las sensaciones e ideas que le son sugeridas.

APÉNDICE

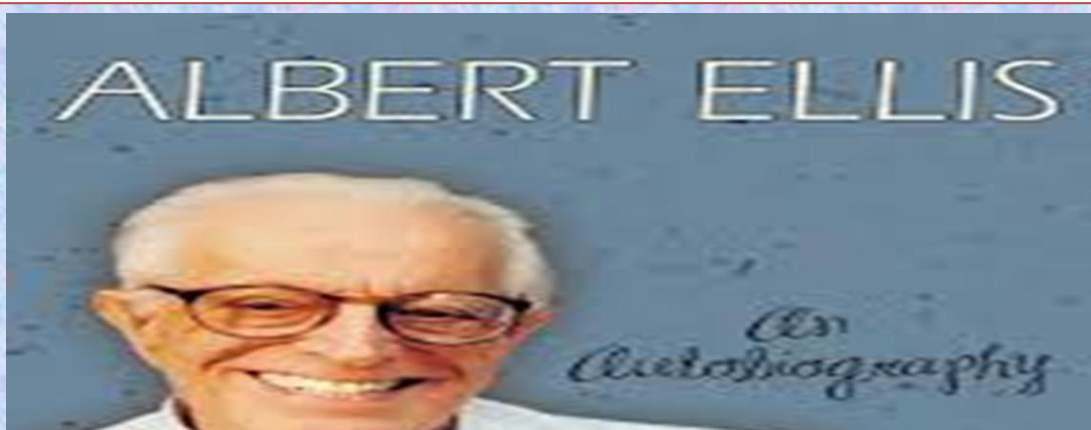
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

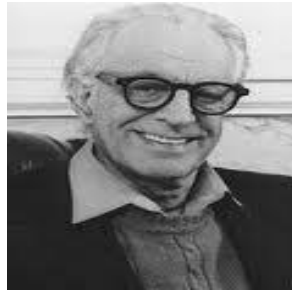
**GULA DE INTERVENCIÓN TERAPIA
RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS PARA
EL FORTALECIMIENTO DE LA
AUTOESTIMA**

Tatiana Marisol Mayorga Peña

2014



Ambato - Ecuador



Aprender a pensar es posible, y lograrlo permitirá obtener satisfacción y un mejor estilo de vida. Esta es la idea primordial que nos transmite el prestigioso psicólogo Albert Ellis.

Albert Ellis nació en Pittsburg en 1913 y fue educado en la ciudad de Nueva York. Estudió Psicología en la especialidad de psicoanálisis, master en Artes y doctorado en Filosofía.

Desde 1955 es el padre de la Terapia Racional Emotiva (TRE), origen de la actual Terapia

Cognitiva. Gran conferencista y autor político de libros de autoayuda, fue presidente y fundador del instituto Albert Ellis de Nueva York.

La Asociación Americana de Psicólogos lo ha reconocido recientemente como la segunda persona que ha prestado una mayor contribución al campo de la Psicología, seguido de Sigmund Freud.

Aprende a pensar de forma más optimista

Puedes conseguirlo si aplicas las bases

de la Terapia Racional Emotiva:

1.- Todos podemos aprender a pensar bien, interpretar la realidad de forma racional y positiva, para alcanzar la felicidad.

2 Los pensamientos pueden ser racionales, (Si son realistas y nos ayudan a conseguir nuestros objetivos) e irracionales (si nos lo impiden), y podemos forzarnos a tener unos a otros.

3.- Toda persona tiene capacidad para cambiarse a sí misma y vivir positivamente con una enfermedad.

4.- Cuando una persona se enfrenta a la adversidad o a un problema importante, lo soluciona si lo enfoca de manera creativa

INTRODUCCIÓN

La Terapia Racional Emotiva es una terapia cognitivo conductual, que fue elaborada por Albert Ellis en 1954. Formulada en 1955 y finalmente divulgada a la comunidad científica en una conferencia pronunciada durante el encuentro anual de la American Psychological Association en Chicago, en 1956. El objetivo primordial de la TRE se basa en que las ideas, emociones y las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. Por esa razón es importante la identificación de los pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos con otros más racionales o efectivos, esto permite realizar con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, y establecer relaciones con otras personas. La presente Guía que se detalla a continuación tiene por propósito Fortalecer la Autoestima en Pacientes Adultos con Insuficiencia Renal, a través de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, mediante la cual se enseña al sujeto las consecuencias de sus actos, las causas y el aprendizaje de pensar en una forma diferente para contrarrestar los pensamientos inadecuados. De igual manera, si los pacientes con Insuficiencia Renal ponen énfasis en modificar sus ideas irracionales y toman conciencia al conseguir mejor aceptación de la enfermedad; también, podrán enfrentarse y percibir la realidad de manera distinta consolidando así su autoestima. La guía cuenta con la Terapia Racional Emotiva de Ellis y ejercicios vinculados con el tema propiamente dicho a nivel grupal. A continuación se expone detalladamente las actividades a realizar en cada taller, de manera que sea de fácil comprensión y/o aplicación para el lector de así ser el caso.

TABLA DE CONTENIDO

1.1 Historia de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis	141
1.1.1 Terapia Racional Emotiva.....	142
1.1.2 La Terapia Racional Emotiva efectiva para mejorar Autoestima	143
1.2 Insuficiencia Renal.....	145
1.2.1 Problemas físicos que presenta una persona con Insuficiencia Renal Aguda	146
1.2.2 Insuficiencia Renal Crónica y su fase final.....	146
1.3 Aspectos psicológicos	147
1.4 Autoestima	148
1.5 Características que definen a una persona con baja autoestima.....	149
1.6 Técnicas de relajación	150
1.6.1 La relajación progresiva de Jacobson	150
1.6.2 El entrenamiento autógeno de Schultz.....	152
1.7 Obtención para tener una salud psicológica adecuada.....	154
1.8 Guías para una buena sesión de la terapia racional emotiva.....	155
1.9 Técnicas más empleadas en la terapia racional emotiva.....	156
Sesión nº 1.....	158
Sesión nº 2.....	161
Sesión nº 3.....	164
Sesión nº 4.....	173
Sesión nº 5.....	177
Sesión nº 6.....	180

TEORÍA Y FUNDAMENTOS

1.1. Historia de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis

Ellis, se formó como psicoanalista, pero con su experiencia clínica se da cuenta que éste método es poco eficaz para resolver las dificultades emocionales. Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. “Afirmando que la TRE es el enfoque cognitivo conductual “original” para tratar problemas psicológicos” (Ellis, 1955). En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de exigencias irracionales. Por tal motivo, tiene como fin, no solo tomar conciencia de las creencias irracionales, sino también su sustitución positiva por creencias más racionales. Además emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus ideas distorsionadas.

En 1962 publica su obra "Razón y Emoción en Psicoterapia", donde expone su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, con el objetivo de convertirse en "métodos de autoayuda". (Manual de Psicoterapia Cognitiva, s.f., p.12).

Así mismo expone que las personas tienen en su interior los recursos y la fuerza de voluntad necesarios para realizar cambios duraderos y saludables.

1.1.1. Terapia Racional Emotiva

La terapia racional-emotiva (**TRE**), parte de la idea que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales, sino por la interpretación que el paciente hace de las mismas.

El objetivo se basa en el cambio de patrones de pensamiento irracional que el paciente presenta ante cualquier situación y que interfieren con su bienestar.

El esquema básico de la **TRE** se denomina **A-B-C-D-E**.

- A. Situaciones activadoras; evento o situación real
- B. Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, entre otras.)
- C. Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.
- D. Discusión la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.
- E. Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.

Por medio de esta técnica se pretende mejorar los pensamientos destructivos que interfieren en la persona a través de sus vivencias traumáticas y no superadas; una vez que se implementan ejemplos en sucesos pasados se procederá con el objetivo principal, mejorar el autoimagen de sí mismo y concientizar el concepto que tienen sobre la enfermedad utilizando el esquema correspondiente.

1.1.2. La Terapia Racional Emotiva y su efectividad para mejorar Autoestima

Han existido varias investigaciones en las cuales personas que sufren algún tipo de enfermedad, han logrado elevar su autoimagen y no derrotarse con facilidad; ya que por medio de estas técnicas se sugestionan al paciente con pensamientos positivos y se evade las ideas irracionales.

De acuerdo con Fennell, (citado en Riso, 2006) la baja autoestima es una creencia central o esquema nuclear de la cual el individuo llega a una conclusión negativa de sí mismo (“Yo soy débil”, “Yo soy poco inteligente”). Esta conclusión resulta de una interacción entre el temperamento y las experiencias negativas tempranas.

En efecto, la persona es libre de autoevaluarse dependiendo de sus vivencias adquiridas y el concepto que tenga puede maximizar o minimizar sus valoraciones, creando contenido negativo o positivo; de igual manera puede ser el productor de trastornos emocionales y conductas auto-derrotistas, por ello esta técnica favorece a idealizar de manera objetiva lo que quiere la persona para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante:

Para Ellis la irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias emotivas y disfuncionales, contraproducentes y autodestructivas que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo. El comportamiento irracional normalmente tiene varios aspectos: 1. La persona cree firmemente que la irracionalidad se ajusta

a los principios de su realidad; 2. La persona se obsesiona con la irracionalidad y no quiere aceptarse a sí misma; 3. la irracionalidad interfiere en el funcionamiento de una relación con miembros del grupo social; 5. Impide establecer relaciones interpersonales, 6. boquea el trabajo lucrativo y productivo; 6. interfiere en el logro de metas sobre otros aspectos importantes.

Ellis & Maultsby, (citado en Hernández & Sánchez, 2007, p. 30)

Cabe aseverar que la irracionalidad es el énfasis principal en la terapia; por la misma razón una autoevaluación cognitiva negativa de la autoimagen ocasionará interpretaciones desvalorativas; el objetivo primordial es establecer un plan, controlar el estado de ánimo y dar razones coherentes que ayuden a generar una autoestima sana, a través de su funcionamiento mental que aprenda a cambiarlos por positivos

1.2. Insuficiencia Renal

Previo a la intervención es necesario conocer la patología y el estado en que se encuentra el paciente; por ende, “la insuficiencia renal se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre” (Martínez, 2013, párr. 1). Puede ser aguda o crónica; Según Martínez, et al., (2004) señala que “la insuficiencia renal aguda es un síndrome clínico caracterizado por la disminución rápida y generalmente reversible de la función renal, que conlleva a la elevación progresiva de los desechos nitrogenados y puede generar alteraciones hidroelectrolíticas, del equilibrio ácido básico o ambas”(p.1).

En cambio la insuficiencia renal crónica es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años. También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas.

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante diálisis o trasplante, con unas tasas de incidencia y prevalencia crecientes en las dos últimas décadas (Gómez, s.f. et al.,p.1).

1.2.1. Problemas físicos que presenta una persona con Insuficiencia Renal Aguda

En la insuficiencia renal aguda los síntomas son:

- disminución de la cantidad de orina
- hinchazón (edema) debido a la sobrecarga (exceso) de sal y agua
- presión arterial alta
- náuseas
- vómitos
- letargo causado por los efectos tóxicos de los desechos en la función del cerebro

Si no se trata, la insuficiencia renal aguda puede causar una insuficiencia cardíaca congestiva (debido al líquido extra que se acumula detrás del corazón y llega hasta los pulmones), anormalidades en el ritmo cardíaco, cambios en el comportamiento, convulsiones y coma.

1.2.2. Insuficiencia Renal Crónica y su fase final

Los síntomas se desarrollan lentamente, por lo general comienzan cuando ya se perdió un 80% de la función del riñón. (Pérez, 2008). Cuando esto sucede, los síntomas son:

- dolor de cabeza
- fatiga
- debilidad
- letargo
- picazón (comezón)
- poco apetito
- vómito
- aumento de la sed
- piel pálida
- presión arterial alta
- retraso en el crecimiento en los niños
- daño óseo (en los huesos) en los adultos

1.3. Aspectos psicológicos

Las enfermedades crónicas terminales, incluida la insuficiencia renal, producen diferentes consecuencias a nivel psicológico como rabia, dolor, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, afrontamiento no adecuado al tratamiento, deterioro de su autoimagen, entre otros; aspectos que pueden llegar a desvincularse totalmente y generar en la persona pérdida de interés en su calidad de vida.

De esta manera, el individuo puede asimilar todas las características anteriormente expuestas o experimentar otras sensaciones de superación, como un reto más en su vida; y para que funcione el terapeuta puede plantear estrategias de tipo cognitivo, ya que se logrará dar sentido a la vida a pesar de las dificultades.

1.4. Autoestima

Es la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y de ser digno de felicidad. Consiste en dos componentes: 1) Considerarse eficaces, confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, prender, elegir y tomar decisiones correctas y, por extensión, superar los retos y producir cambios; 2) el respeto por uno mismo, o la confianza en su derecho ser feliz y, por extensión, confianza en que las personas son dignas de logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas. (Branden, 1994, págs. 13-14)

Por lo tanto, la persona va construyendo y reconstruyendo el autoconcepto durante toda la vida, a través de las experiencias vivenciales, la interacción que tiene con los

demás y con el ambiente. Y para generar una autoimagen positiva la persona debe concientizar sus cualidades y defectos, autovalorarse así mismo, ya que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.

1.5. Características que definen a una persona con baja autoestima

El problema surge cuando el pensamiento está tan distorsionado que impide ver la realidad, lo cual conduce a graves problemas de autoestima. La mejor manera de luchar contra la distorsión de los pensamientos es identificarlos y poder observar nuestros pensamientos desde una óptica más racional.

Según Martín (2014, párr. 4) una persona con baja autoestima proyecta pensamientos negativos sobre sí mismo en cualquier situación vivida; su mente dibuja un escenario en el cual se ve inferior, incapaz y temeroso. Todos estos pensamientos negativos están basados en creencias y no en hechos reales, es la propia persona quien se plantea dichos valores negativos y, por tanto, no es capaz de encontrar las armas necesarias para combatirlos.

Las características que definen a una persona con baja autoestima son:

Necesidad de refuerzos emocionales: Las personas con baja autoestima necesitan ser reafirmados constantemente por su núcleo más cercano acerca de sus decisiones y actos.

Vulnerabilidad a las críticas: La baja autoestima no diferencia una crítica saludable de una crítica destructiva, cada palabra sirve para dañar un poco más la confianza en uno mismo.

Miedo a crecer: Imposibilidad de aceptar nuevos retos

Tendencia a la comparación: La sensación de inferioridad se acrecienta gradualmente ante el entorno más cercano.

Es decir, el individuo proyecta en base a sus experiencias de vida su autoimagen y eso influye en que puede ser aceptado o rechazado dependiendo de las circunstancias; por esta razón, sus pensamientos estarán basados en ideas irracionales que harán que interfieran negativamente, impidiendo crecimiento personal.

1.6. Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación son instrumentos de ayuda y apoyo que se aplican en las terapias para favorecer cambios en la conducta del paciente, por tal motivo es de gran apoyo terapéutico, ya que permite relajarse y disminuir el estado de tensión en el que se encuentra.

1.6.1. La relajación progresiva de Jacobson

La relajación progresiva utiliza la alternancia entre relajación y concentración y la percepción de las sensaciones que se producen en las diferentes partes del cuerpo cuando se utilizan la alternancia entre relajación y contracción muscular.

Chóliz (s.f.) señala que “la RMP pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión-distensión de los principales grupos musculares” (p.5-6).

La descripción de cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión-relajación es la siguiente:

1 y 3.- Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo.

2 y 4.- Contraer el biceps empujando el codo contra el respaldo del sillón o contra el colchón.

5. Frente: elevar las cejas o arrugar la frente

6. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios

7. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.

8. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello.

9. Hombros y espalda. A la vez que inspira arquee la espalda.

10.-Abdomen. Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe.

11 y 14.- Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cms, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cms. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración

12, 13, 15 y 16. Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:

a) estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante

b) doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.

Es importante tener en cuenta que estos dos últimos ejercicios de tensión debe hacerlos SIN FORZAR. La tensión debe ser suave, es suficiente para relajar las pantorrillas y los pies sin producir ningún daño.

1.6.2. El entrenamiento autógeno de Schultz

El entrenamiento autógeno de Schultz parte de sensaciones de calor y de peso que se producen en el cuerpo, utilizando la imaginación.

Carranque (2004) menciona que a través del entrenamiento autógeno se logra lo siguiente:

1. Autotranquilización conseguida por relajación interna
2. Autorregulación de funciones orgánicas (cardiocirculatorias, respiratorias, digestivas, etc.)
3. Aumento de rendimiento (memoria, etc.)
4. Supresión del dolor.
5. Autodeterminación mediante la formulación de propósitos concretos, consiguiendo afrontar mejor muchas situaciones vitales estresantes.
6. Capacidad de autocrítica y autodominio, al mejorar nuestra visión interior de nosotros mismos.
7. Formulación de propósitos (posibilita la obtención de metas humanas dentro de la ética)

¿Cómo se hace el ejercicio? Dígase a sí mismo la siguiente frase, con la máxima concentración y visualizando interiormente la parte del cuerpo que vamos a trabajar: "mi mano (o mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces "estoy completamente tranquilo", 1 vez *Muy importante*: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

¿Cómo salir del estado de relajación?

Tras la práctica de todos los ejercicios que componen el método, el sistema de retroceso o salida de la relajación es siempre el mismo.

Debe efectuar el retroceso, siempre de la misma forma y con el mismo orden prefijado. Siga los pasos que se indican (recuerdan a la forma de despertarnos cada mañana), para conseguir que la relajación sea gratificante, evitando sensaciones incómodas:

1. Flexione y extienda los brazos y piernas varias veces, vigorosamente
2. Realice varias respiraciones profundas
3. Por último, abra los ojos

De la siguiente manera se prosigue con:

El calor (relajando los vasos sanguíneos)

Regulación del corazón

Regulación de la respiración

Regulación abdominal

Enfriamiento de la frente

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

"mi mano (o mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces

"estoy completamente tranquilo", 1 vez

"mi mano (o mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces

"estoy completamente tranquilo", 1 vez

"el corazón late tranquilo y normal", 6 veces

"la respiración es tranquila" ó "algo respira en mí"

"mi abdomen irradia calor", 6 veces

"mi frente está agradablemente fresca"ó "fresco agradable en la frente", 1 vez

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración, y realice este último ejercicio con mucha precaución y sólo durante unos segundos. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Una vez dominado todos los ejercicios, no dude en ampliar el tiempo de relajación si así lo desea hasta llegar a los 20-30 minutos.

Para realizar este ejercicio es indispensable que el terapeuta conozca el diagnóstico médico; ya que algunos pacientes pueden presentar hipertensión y podría ser perjudicial para su salud.

1.7. Cómo tener una salud psicológica adecuada

Para tener una salud psicológica adecuada (Ellis y Bernard citado en Gabalda, 2007, p. 106) plantean lo siguiente:

-Interés por nosotros mismos

-Interés social

- Ser capaces de dirigirnos a nosotros mismos
- Alta tolerancia a la frustración
- Flexibilidad
- Aceptación de la incertidumbre
- Compromiso con logros creativos
- Tomar riesgos cuando sea necesario
- No seguir utopías
- Ser responsables de nuestro propio trastorno emocional

Cabe destacar que si una persona consigue mantener la mayor parte de estos criterios planteados se forjará hacia la superación personal e impedirá pensar de forma irracional, al igual que los acontecimientos pasados no interfieran en el presente.

1.8. Guías para una buena sesión de la terapia racional emotiva

Para tener resultados favorables, el terapeuta debe mostrar profesionalismo e interés ante cualquier problema que se suscite en sus pacientes, y para llegar a obtenerlos es indispensable tomar en cuenta lo siguiente.

Según Wessler, (citado en Gabalda, 2007, p.114) se detalla a continuación:

<p style="text-align: center;">I. VARIABLES GENERALES DEL TERAPEUTA</p> <p>1.- Ser genuino</p> <p>2.- Mostrar preocupación</p> <p>3.- Demostrar empatía</p> <p>4.- Demostrara aptitudes terapéuticas</p> <p>5.-Poseer ajuste personal</p> <p>6.- Demostrar profesionalidad</p>
<p style="text-align: center;">II. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL TERAPEUTA</p> <p style="text-align: center;">7.- Habilidades para preguntar</p> <p style="text-align: center;">8- Estructura de la sesión</p>
<p style="text-align: center;">III. ALIANZA TERAPÉUTICA</p> <p style="text-align: center;">9.- Buena relación</p> <p style="text-align: center;">10.- Buen establecimiento de metas</p> <p style="text-align: center;">11. Uso del ABC</p>
<p style="text-align: center;">IV. EVALUACIÓN</p> <p style="text-align: center;">12.- Evaluación del problema</p> <p style="text-align: center;">13.- Evaluación del progreso</p>
<p style="text-align: center;">V. TÁCTICAS PARA EL CAMBIO</p> <p style="text-align: center;">14.- Disuasión durante la sesión</p> <p style="text-align: center;">15.-Disuasión fuera de la sesión (tarea para casa)</p> <p style="text-align: center;">16.- Táctica de ayuda (en primera sesión, como tarea)</p> <p>17.- Comprobación y corrección de la tarea</p>

1.9. Técnicas más empleadas en la terapia racional emotiva

1.- Técnicas para lograr “insight”

- a.- Disputar creencias irracionales: debatir, discriminar y diferenciar
- b.- Disputar premisas irracionales (los debo, tengo que, entre otros)
- c.- Disputar derivados irracionales: disputar el “esto es horrible”, el “no puedo soportarlo”
- d.- Disputar creencias condenatorias

2.- Métodos “gráficos” de disputa

Información biográfica métodos en imaginación, contar historia, métodos visuales, acciones llamativas del terapeuta, canciones racionales humorística, reducción al absurdo, entre otras.

3.- Métodos para lograr el “insight”

- a.- Disputar como el abogado del diablo, la técnica de la evidencia ante el jurado, escribir ensayos racionales, premios y castigos
- b.- Empleo de claves: empleo de claves visuales, empleo de un lenguaje efectivo, claves auditivas

Fuente: Gabalda, 2007, p.118



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

GUÍA DE INTERVENCIÓN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS

PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES

ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL

SESIONES PARA LAS TERAPIAS GRUPALES

Sesión nº 1

fecha: 28 de Marzo

Tema:

“Entrando a un Nuevo Mundo: pensar y sentir”

Objetivos:

- Integración entre los miembros del grupo
- Afianzar la relación terapéutica generando un ambiente de confianza.
- Proporcionar información teórica básica sobre el Autoestima, Enfermedad e Insuficiencia Renal, así como también, la Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, de manera que sea de fácil entendimiento.
- Disminuir las desvalorizaciones con respecto a su autoestima

Recursos Didácticos:

Esferos

Hojas

Computador

Proyector

Diapositivas

Hojas

Lápices

Tarjetas

Alfileres

Cartulina

Tiempo:

-1 hora

Procedimiento:

-Bienvenida

En este momento se le dará a conocer al paciente en qué consiste el programa, el número de sesiones a aplicar, el objetivo y el tema principal a abordar, de igual manera, las condiciones y normas que estarán presentes en el desarrollo del programa.

-Dinámica de Presentación.

“El nombre completo”

Se les dice a los integrantes del grupo que formen un círculo y cada uno de ellos se prende en el pecho una tarjeta con su nombre. Se da un tiempo prudencial para que cada quien trate de memorizar el nombre de los demás compañeros. Al terminarse el tiempo estipulado, todo mundo se quita la tarjeta y la hace circular hacia la derecha durante algunos minutos, y se detiene el movimiento.

Como cada persona se queda con una tarjeta que no es la suya, debe buscar a su dueño y entregársela, en menos de diez segundos. El que se quede con unas tarjetas ajenas, realizará una penitencia.

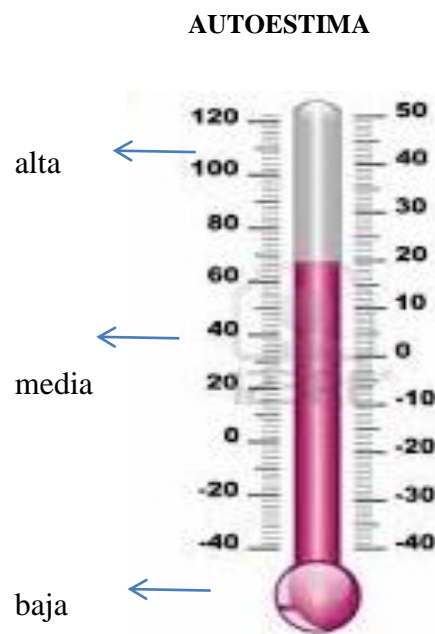
El ejercicio continúa hasta que todos los participantes se aprendan los nombres de sus compañeros.

-En el siguiente punto se dará a conocer temas principales sobre el Autoestima, Enfermedad, Insuficiencia Renal, y además el Modelo de la TRE, donde se mencionará las ventajas que dispone la técnica para manejar ideas irracionales y que estas no interfieran en bienestar de la persona. El cual se hará de forma participativa e interactiva con los participantes del grupo.

-Después, se realizará la siguiente pregunta a los pacientes:

¿Qué piensan sobre la autoestima?, en la que se llevara a cabo lluvia de ideas.

-A continuación se les dice que dibujen un termómetro en el cuál se pondrá como título “AUTOESTIMA” en el que deben señalar en qué medida se encuentra su percepción de valía.



- Se le solicitará a cada uno de los miembros del grupo que compartan su dibujo con los demás y comenten las razones porqué se autoevaluaron con la medida correspondiente.
- A continuación se pide que inventen una frase motivante y escriban en la cartulina; cada uno expondrá según su idea y se dará un ejemplo:

“Tienes dentro de ti todo lo que necesitas para superar los desafíos de la vida.”

TÚ PUEDES

- Posteriormente, se realizará la retroalimentación de los temas expuestos; con formulación de preguntas dirigidas a todos los pacientes para aclarar dudas y generar conclusiones.
- Despedida.

Tarea a casa:

- Una vez concluida la sesión, se enviará como tarea traer otra frase alentadora emplastificada, ya que esta servirá cuando estén atravesando una depreciación ante su autoimagen.

Sesión nº 2

fecha: 1 de abril

Tema:

“Conociendo mis pensamientos”

“Modelo A. B. C. considerado en la Terapia Racional Emotiva (TRE)”

Objetivos:

- Psicoeducar a los miembros del grupo establecido.

- Generar interés y entendimiento en los pacientes
- Enseñar que los pensamientos tienen el poder de controlar las emociones.
- Reducir los malestares emocionales o conductuales producidos por la percepción del acontecimiento.

Recursos Didácticos:

Computador

Proyector

Diapositivas

Hojas de papel bond A4

Ficha de Trabajo

Lápices

Tiempo:

-1 hora.

Procedimiento:

- Se revisará lo enviado en la sesión anterior, en la cual se harán preguntas a los participantes:

¿Por qué escogieron esta frase?

¿Para qué les servirá en su vida?

-Antes de comenzar a explicar el esquema A B C al paciente, hay que conocer la naturaleza y la dinámica de sus problemas lo “que se realizó en el diagnóstico”; en el que se obtendrá conocimiento de las creencias irracionales.

-Se procede explicando a los pacientes conceptos básicos y entendibles que la TRE ilustra esta premisa básica a través del esquema A-B-C. Esto explica las reacciones emocionales y conductuales de los individuos, partiendo de la teoría central de que

las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones, sino que éstas se generan por la interpretación que las personas tienen sobre ellas.

A: Acontecimiento Activador

B: Creencias

C: Consecuencia emocional y conductual

-Se formará un espacio para realizar interrogatorios acerca de lo expuesto y constatar si fue comprendida la técnica.

-Primero se indica a los pacientes que piensen en un acontecimiento que generó frustración y fue imposible desprenderse de esas ideas. Una vez mencionado, se procede con el ejercicio.

- Se proporcionará a los miembros del grupo, una hoja detallada con la teoría ABC y un ejemplo, para que realicen su propia descripción.

A Situación	B Pensamientos irracionales	C Consecuencias emocionales y conductuales
Respondo mal a una pregunta en clase y mis compañeros se ríen	Es terrible Soy un imbécil Son unas malas personas	Ansiedad Tristeza Ira-hostilidad, alejarme de ellos Temor a que vuelvan a preguntarme y conductas dirigidas a evitarlo Baja autoestima

-Después de esta explicación se indica a los pacientes que desarrollen la misma técnica pero utilizando como ejemplo lo que sucedió al enterarse de su padecimiento “enfermedad”. De igual manera se procederá a cuestionar, para generar liberación de pensamientos y emociones negativas.

¿Qué significó para mí lo ocurrido?

¿Cómo me sentí?

¿Perduró mucho tiempo?

¿Cómo me valoro a mí mismo ante todo esto?

Tarea a casa:

- Recordar la relación del ABC, poner en práctica y anotar lo aprendido en la ficha de trabajo.

FORMATO DE TRABAJO PARA EL METODO A-B-C

<p>A. EVENTO ACTIVANTE ¿QUÉ SUCEDIÓ?</p>	<p>B. CREENCIA (LO QUE SE DIJO A USTED MISMO ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ, Y CÓMO INFLUENCIÓ SU REACCIÓN)</p>
<p>C. CONSECUENCIA ¿CÓMO REACCIONÓ USTED?</p>	

Sesión nº 3**fecha: 3 de abril****Tema:**

“Identificando mis ideas irracionales y aprendiendo a Relajarme”

Objetivos:

- Modificar la percepción que tienen sobre sí mismos
- Refutar pensamientos contraproducentes.
- Ayudar a identificar las ideas irracionales
- A través de cuestionamientos, llegar al pensamiento verdaderamente responsable de la alteración.
- Liberar tensiones a través de la técnica de Relajación
- Identificación de sentimientos
- Concientizar en que la vida es el aquí y ahora; afrontar la enfermedad.
- Descubrir que sentir la felicidad y satisfacción interna, puede ser propicia del individuo

Recursos Didácticos:

Computador

Proyector

Hojas

Lápices

Ficha de Trabajo

Música de Relajación

Tiempo:

-1h, 30min.

Procedimiento:

-Se impartirá un video motivacional en el que cada uno de los pacientes realizará una reflexión y comparará con su propia experiencia de vida

Subes y bajas la vida es así MOTIVACIÓN caricatura



-Se abordará sobre las Ideas Irracionales, exponiendo lo esencial y siguiendo el proceso correspondiente, para que sea de fácil entendimiento.

- Incentivar al paciente a descubrir que ideas irracionales los llevan a sentir esas emociones perturbadoras acerca de la enfermedad y por ende afecta también a la autoestima, que a través de un diálogo semi estructurado se identifique los debería y tengo que, afirmaciones no empíricas o irracionales. Realizando interrogaciones cómo:

¿Cómo me siento al encontrarme en esta situación?

¿Qué es lo que no puedo soportar de esto?

¿Soy merecedor de lo que me está pasando?

-Se explica a los pacientes acerca de la **Detección:** que consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se utiliza autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación.

REGISTRO DE CREENCIAS IRRACIONALES

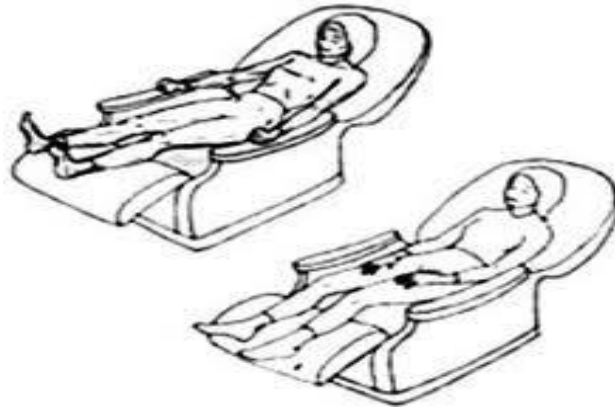
FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS	EMOCIÓN

- Después se efectúa la **Refutación**, con la que se ejecutará por medio de cuestionamientos para contrastar las creencias irracionales en los pacientes. En este punto todos los participantes aportarán con criterios para que la ayuda sea mutua.

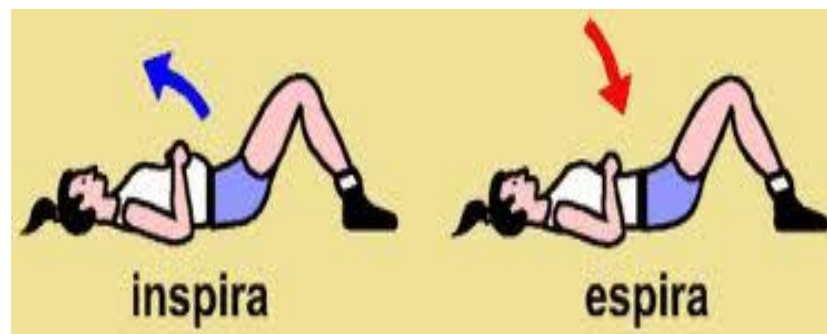
- Posteriormente se emplea la **Relajación** que será aplicada con la **sugestión**.

El procedimiento consiste en lo siguiente:

1.- Se pide a los participantes que tomen una postura relajante, que las manos y los pies estén en una posición cómoda, durante unos minutos ninguna idea ocupe su mente. Poco a poco se irán desvaneciendo; se encuentran en momentos de tranquilidad.



2.- El segundo paso es enseñar a los pacientes el proceso de inhalar y exhalar; en el cual se le instruye diciendo que respire lento y profundo. Tomen aire por la nariz pausadamente e intenten inflar el estómago; mantén el aire durante unos cuatro segundos y luego expúlsalo por la boca muy lentamente.



3.- Antes de inducir a la relajación a través de frases relajantes, mantener este ritmo respiratorio durante 2 minutos.

4- Primero se demuestra cómo se tensan y se relajan los grupos musculares que intervienen. La tensión se mantiene en un tiempo corto (3-5 segundos) siempre provocando la máxima tensión pero sin llegar a hacerse daño. Cuando se relajan los músculos se hacen de golpe, dejándolos lo más sueltos y flojos posibles durante un tiempo mucho más largo (15 segundos como mínimo).

5.- La descripción de cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión-relajación es la siguiente:

• *Brazo derecho*: extender el brazo, cerrar el puño y doblar el brazo hacia el pecho (sin llegar a tocarlo) y apretar fuerte el puño, el antebrazo, todo el brazo hasta el hombro. Se hacen indicaciones al paciente para que vaya centrándose en las sensaciones de tensión. Posteriormente se le pide que deje caer el brazo de golpe sobre el muslo dejándolo lo más suelto posible, a la vez que se va centrando en las sensaciones asociadas a la relajación.



Brazo izquierdo: mismas instrucciones que el brazo derecho

• *Cara*. La dividimos en 3 partes:

(a) Frente: arrugando la frente, llevando las cejas hacia arriba, sintiendo la tensión en la frente y en el cuero cabelludo. Para relajar, soltar de golpe la frente, llevando las cejas hacia abajo.



(b) Ojos, nariz y parte superior de las mejillas: cerrar los ojos apretando fuerte a la vez que se arruga la nariz, como si oliera mal.



(c) Mandíbula: la tensión se provoca apretando los dientes o encajando la mandíbula inferior. Para soltar dejar la mandíbula suelta, caída y los labios ligeramente entreabiertos.



Cuello. Para tensarlo, empujar la barbilla hacia abajo evitando tocar el pecho. Para relajarlo dejar el cuello lo mas suelto y flojo posible volviéndolo a su posición inicial



Hombros, pecho y espalda. Para provocar la tensión se le indica al paciente que se incorpore hacia delante en la silla, llevando los hombros hacia detrás e intentando juntar las paletillas. Para relajarlos, volvemos a la posición de relajación y dejamos los hombros caídos y la espalda floja.



Músculos del abdomen. Para tensarlos poner el estómago duro, apretando hacia dentro, como si nos fueran a pegar en él. Para relajarlo dejar hinchado el abdomen.



Pierna y pie derecho: La tensión se provoca levantando la pierna, el pie hacia dentro y tensando desde el pie hasta el muslo. Cuando relajemos dejamos caer la pierna de golpe.

Pierna y pie izquierdo: Mismas instrucciones que el punto anterior.



6.- Durante este ejercicio imagínense que una brisa fresca sopla directamente en su frente. Esta sensación permitirá llegar a un nivel total de relajación.

-Los ejercicios para moldear el carácter y profundizar en el conocimiento de uno mismo: debe preguntarse «¿quién soy?» o «¿qué debo hacer?» y utilizar fórmulas de autosugestión como «me acepto», «tengo seguridad en mí mismo».

En este caso se puede incluir la visualización de imágenes que induzcan la sensación de frescor como la brisa del mar.

7.- Ahora se usará la **visualización**, para relajar la mente.

Imagínesse una escalera mecánica que conduce a un lugar maravilloso, placentero aprecie el sendero que hay frente a usted; sígalo hasta un lugar agradable de su elección en el que se sienta completamente cómodo. Puede estar en la costa, en las montañas, en su casa, en un museo, o incluso en las nubes. Puede ser un lugar en el que haya estado o en el que le gustaría estar, (en la pausa utilizamos la sugestión “eres único, acéptate cómo eres, vales mucho”). Adórnelo mentalmente con detalles: forma, color, luz, temperatura, sonido, textura, gusto y olor. Explore este lugar especial (pausa “eres único, acéptate cómo eres, vales mucho”). Mírese mentalmente las manos y pies y note la ropa que lleva puesta. Continúe imaginándose a sí mismo relajado en este lugar tan cómodo (pausa “eres único, acéptate cómo eres, vales mucho”). Cuando esté listo para regresar de este lugar especial, imagínesse volviendo a la escalera mecánica (pausa “eres único, acéptate cómo eres, vales mucho”). A medida que sube contaremos hasta diez lentamente.

“Al abrir los ojos se sentirán tranquilos, con otros pensamientos positivos, afrontaran la vida con optimismo, ustedes tienen el poder y pueden abrir los ojos, nos encontramos en el aquí y hora.”

Nota: En las pausas que se realiza durante la visualización expresamos una frase de autosugestión: está totalmente relajado, siente paz y tranquilidad. “eres único, acéptate cómo eres, vales mucho”

-Retroalimentación a los pacientes referente al tema tratado de manera voluntaria y síntesis a cargo de la responsable.

Tarea a Casa:

-Realizar la técnica de relajación, empleando los pasos aprendidos, utilizando pensamientos positivos.

Sesión nº 4

fecha: 8 de abril

Tema:

- Reestructuración Cognitiva

Objetivos:

-Brindar información necesaria y aclarar conceptos sobre las incertidumbres que tienen acerca de lo expuesto

-Debatir las ideas irracionales y reestructurarlas de una manera adecuada

-Desarrollar un pensamiento más flexible, acorde a las ideas autodestructivas relacionadas con la enfermedad y autoestima.

-Apoyar las decisiones positivas y ayudar a organizar las acciones que elija para favorecer su autoestima.

-Formar en el paciente una percepción adecuada de valía, así mismo, aceptar la enfermedad.

Recursos Didácticos:

-Ficha de Trabajo.

- Computador

-Proyector

-Diapositivas

-Lápices

-Hojas

Tiempo:

1 hora

Procedimiento:

- Comentar si la técnica de relajación empleada por cada uno tuvo efectos favorables.

-Se realiza un abordaje explicativo con información concerniente al tema, concatenando la enfermedad y autoestima.

-Instruir al paciente cómo debe reestructurar lo negativo a positivo a través de:

1. Identificación de los pensamientos inadecuados

-Se creará un espacio de preguntas para identificar los esquemas a través de ellos se dará a conocer los tipos de pensamientos más habituales acerca de su enfermedad y autoestima

2. Evaluación y análisis de estos pensamientos

Una vez identificados los pensamientos más recurrentes en los pacientes, tienen que ser analizados e identificados. Se empleará las siguientes preguntas:

- ¿Me hace falta información?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Afecta mi autoestima?

-Una vez establecidas las preguntas anteriores, se procede a analizar las consecuencias de pensar de la siguiente manera:

- ¿Me ayuda en alguna manera seguir pensando de esta forma?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?

3. Búsqueda de pensamientos alternativos

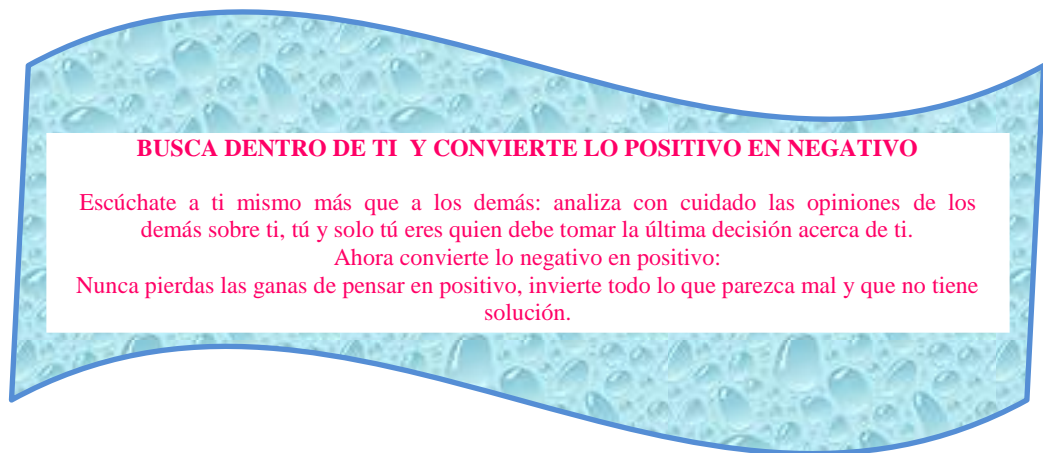
Para encontrar pensamientos alternativos se utiliza las siguientes preguntas:

- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo, en vez de estar con los pensamientos tormentosos una y otra vez?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas de pensamiento no invadan su mente?
- ¿Tiene más probabilidades de conseguir mejorar su estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en su manera de actuar?

-Se les proporcionará un ejemplo de reestructuración cognitiva para un mejor entendimiento



- A continuación se leerá una frase de superación, con el objetivo de generar opiniones sobre la lectura.



Para un mejor esclarecimiento de lo trabajado anteriormente se emplean ejemplos:

Mensajes negativos	Convertidos en afirmaciones
"no hables"	"tengo cosas importantes que decir"
"no puede hacer nada"	"tengo éxito cuando me lo propongo"
"no esperes demasiado"	"hare realidad mis sueños"
"no soy suficientemente bueno"	"soy bueno"

Tarea a casa:

- El paciente pondrá en práctica lo aprendido, que consiste en debatir las ideas irracionales sobre la enfermedad y autoimagen (los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable a través del registro de reestructuración cognitiva).

Registro reestructuración cognitiva

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	PESAMIENTO ADAPTIVO

Sesión nº 5

fecha: 10 de abril

Tema:

-Autoaceptación

Objetivos:

- Asimilar la enfermedad
- Aceptar de las propias debilidades, defectos y limitaciones.
- Desarrollar el conocimiento de las propias virtudes.
- Fomentar la práctica de vivir con un propósito
- Motivar su autorrealización, guiando a cumplir sus metas
- Tomar conciencia de la importancia de la autoestima como un elemento fundamental del crecimiento individual e interpersonal.

Recursos Didácticos:

- Ficha de Trabajo.
- Computador

-Proyector

-Diapositivas

-Lápices

-Hojas

Tiempo:

-1 h. 15 min

Procedimiento:

-Antes de trabajar con la tarea enviada a casa, se comienza con la presentación de información acerca del tema, donde se indicará a los pacientes que identifiquen los defectos, debilidades y virtudes, ya que son estrategias propicias para desarrollar su autoestima..

-Se les proporcionará una ficha de trabajo que realicen su autodescripción.

AUTOREGISTRO

QUIÉN SOY YO

DEBILIDADES Y DEFECTOS	VIRTUDES

-En el desarrollo del siguiente ejercicio se les presentará el video motivacional de la vida de Nick Vujicic; lo cual cada integrante debe aportar con una conclusión y comentar cuál es su propósito de vida.

- Los pacientes deben contestar las siguientes preguntas:

¿De qué te das cuenta con esta historia?

¿En qué se parece Nick a mí?

¿Qué motivos te impulsan para alcanzar tus metas?

¿Qué obstáculos consideras que te impiden crecer?

¿Qué estás haciendo para superar tus obstáculos?



-Se realizará una lectura, en la que cada paciente aportará con una idea referente al texto citado:

Reflexión

Si quieres mejorar tu vida, debes correr tu propia carrera. No importa lo que la gente pueda decir de ti. Lo importante es lo que te digas a ti mismo. No te preocupes de las opiniones ajenas siempre y cuando sepas que estás haciendo lo correcto. Puedes hacer lo que gustes mientras a tu conciencia y a tu corazón les parezca justo. No te avergüences de hacer lo que consideras correcto; decide lo que está bien y aférrate a ello. No caigas en el hábito de medir tu propia valía en función de la valía de los demás. “Cada segundo que inviertas en los sueños de otro, te estás apartando de los tuyos.”

- Finalización

-Se favorece un espacio para que los pacientes valoren el trabajo realizado mediante sus opiniones y comentarios.

Sesión nº 6

fecha: 15 de abril

Tema:

- Aprendiendo a socializar

Objetivos:

-Fomentar socialización para generar mejor comunicación, mediante la cual puedan compartir sus similitudes y apoyarse como grupo

-Cultivar la autoestima al recibir la imagen positiva que los compañeros proyectan sobre cada uno.

-Mejorar la imagen mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

- Incentivar a aplicar en la vida diaria las técnicas.

Recursos Didácticos:

-Ficha de Trabajo.

- Computador

-Proyector

-Diapositivas

-Lápices

-Hojas

Tiempo:

-1 h. 15 min

Procedimiento:

-Para iniciar con la sesión se realizará una dinámica para unir al grupo:

“Red de apoyo social”

-Se proporcionará un ovillo. El grupo se ubicará en círculo. La persona que tenga el rollo de lana lo arrojará a alguno de sus compañeros/as, sin soltar el extremo del hilo. A su vez, la persona a la que se arrojará el rollo de hilo lo arrojará nuevamente a otra persona, manteniendo el hilo agarrado.

De esta manera se irá formando un entramado de hilos parecido a una red.

- Cuando se culmine el ejercicio se dará a conocer lo siguiente:

-Entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. El sistema o “red de apoyo social” está conformado por la gente que está cercana a nosotros/as y con quienes compartes información importante o momentos importantes de la vida. Estas personas pueden ser familiares, amigos/as, vecinos/as, compañeros y conocidos/as.

-Posteriormente, se forman parejas, cada persona le da a su compañero respuestas de las dimensiones siguientes:

-Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.

-Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.

-Una capacidad o pericia que me agrada de mí mismo.

-Se explica que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. Así mismo que empleen lo siguiente:

¿Me gusta como soy?, ¿Qué no me gusta?, ¿Qué me provoca darme cuenta de cómo soy?,

¿Soy feliz con mis decisiones? ¿Por qué?

-Se genera un espacio para establecer conclusiones.

-En el siguiente ejercicio se entablará el siguiente tema:

¿Cómo te ven los demás?

-Se le colocará un papel en la espalda a cada miembro del grupo. Cada persona tendrá la oportunidad de moverse libremente y escribir en dichos papeles las características de esa persona. Cómo la percibe.

Una vez concluido, cada persona leerá las características y compartirá a los demás.

-Se compartirá un video y posteriormente los pacientes realizarán comentarios en forma voluntaria:

Ejemplo de vida: conoce la historia de *Lizzie Velásquez*



- Identificar los pensamientos que se tenían anteriormente sobre sí mismos y debatirlos, de esta forma mejorar la autoaceptación y autoimagen.

- Señalar a través del termómetro en qué medida se encuentra ahora su autoestima

-Despedida.

Los pacientes tendrán la oportunidad de compartir la experiencia lo que lograron a través de la sesión.

¿Qué aprendí en el taller?

¿Cómo me va ayudar en mi vida este taller?

-Cierre de la intervención por medio de la retroalimentación y evaluación de los conocimientos y herramientas obtenidas en las sesiones terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala, V. (s.f.). *Insuficiencia renal aguda y crónica*. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=TA_wAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Bados, A. (21 de octubre, 2008). *La Intervención Psicológica: Características y Modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%20y%20modelos.pdf>
- Bados, A & García, E. (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. (15 de abril de 2010).Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Branden, N. (1969). *La Psicología de la Autoestima*. Autor de Los seis pilares de la autoestima. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Mariano Cubí, Barcelona.
- Branden, N. (1994).*La psicología de la autoestima*. Los seis pilares de la autoestima. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Buenos Aire. Págs. 13-14.

- Branden, Nathaniel. (1995). Desarrollo de la autoestima. Tu vida es importante. Respétala. Recuperado de <http://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>
- Carranque, G. (2004). *Entrenamiento autógeno de Schultz: instrucciones (Autorrelajación concentrativa)*. Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 73 – (Junio de 2004). Universidad de Málaga. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd73/schultz.htm>
- Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Racional Emotiva Conductual.(2012). Terapia Cognitiva Recuperado de <http://www.terapiacognitiva.com/05fundadores.php>
- Cetro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento.(s.f.). *Asociación Argentina del Centro de Comportamientos*. Recuperado de <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a>
- Camacho, J. (2013). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>
- Chóliz, M. (s.f.). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Ellis, A. (1955). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Teoría y Práctica. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/docencia/asesoramiento%20psicologico/practicas/9/Hough_218_227.pdf
- Escobar S. (2014). *Pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer de mama y su incidencia en las ideas irracionales que acuden al hospital Dr. Julio*

Enrique Paredes c. de la Ciudad de Ambato. (Tesis de Psicólogo Clínico). Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato.

Estrada, R. (1998). *Autoestima: Clave del Éxito Personal.* (10ª Ed.). El Manual Moderno, México. Recuperado de http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/CGINICIO/PDFS_MARCOLEGAL/MANUAL%20AUTOESTIMA%202008.PDF

Fundación Nacional del Riñón (2002). *Hipertensión e Insuficiencia Renal Crónica.* Recuperado de http://www.kidney.org/atoz/pdf/hbpandckd_sp.pdf

Gabalda, I. (2007). *Manual teórico- práctico de psicoterapias cognitivas.* La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis. Henao, Bilbao, España.

Gaja, R. (2012). *Quiérete mucho: Guía sencilla y eficaz para aumentar la autoestima.* Editor Random House Mondadori, 2012.

Gerrig, R., Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida.* (17 Ed.). Pearson Educación de México.

Gil Del Pino, C. (2010). *Intervención Psicológica en el Tratamiento del dolor Crónico.* Intervención Psicológica en el Dolor Crónico. (Máster en Psicología Clínica y de la Salud). ISEP Barcelona. Recuperado de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Intervencion-Psicologica-En-El-Tratamiento-Del-Dolor-Cronico.pdf>

Gómez A., Arias E., Jiménez C. (s.f.). Insuficiencia Renal Crónica. Cap. 62. (p.1). Recuperado de http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2062_III.pdf

Gómez, Mengelberg. (2009). *Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS.TOG. Revista en Internet.* Recuperado de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

- González Rubén, Mendoza Herminia, Arzate Roberto, et al. (2007). *Cognición*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Estado de México, México.
- González, Y., Herrera, L. F., Romero, J. L. & Nieves, Z. (2011, 1 de diciembre). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Psicología Científica.com*, 13(20). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional>
- Guía Tecnológica 16 Sistema de Diálisis Peritoneal. (2014). *Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud*. CENETEC, SALUD. (Noviembre de 2004). México. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipo_guias/guias_tec/16gt_dialisis.pdf
- Hernández, L.E. (1993). *Enfermedad*. Mercaba, diócesis de Cartagena-Murcia. (Salamanca). Recuperado de <http://www.mercaba.org/DicPC/E/enfermedad.htm>
- Hernández, N., & Sánchez, A., (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual Para Trastornos de la Salud*. Ed. Amertown International S.A.
- Illán I., Hurtado A., & Martín J (2004). *Protocolo de relajación*. Salud mental. Edita: Servicio Murciano de Salud. Recuperado de https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/81305LIBRO_PROT_RELAJ.pdf
- Incer, H. (s.f.). *Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC)*. Recuperado de [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual\(TREC\).pdf](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual(TREC).pdf)

Instituto Americano de Información e Investigación. (28 de noviembre de 2011).

Artículos y noticias relacionados con Crecimiento Personal.. Recuperado de <http://www.iafi.com.ar/post/crecimiento-personal/Que-son-los-esquemas-en-la-terapia-cognitiva.html>

Kanapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental en Práctica Psiquiátrica*.

Psiquiatría. SAO PAULO. Recuperado de [http://books.google.com.ec/books?id=UWRyYGRaCRwC&pg=PA24&dq=manera+Clark,+Beck+y+Alford+\(1999\)+esquemas&hl=es&sa=X&ei=mgM2U7S2KY3LsQTK14HwDw&ved=0CEAQ6AEwAw#v=onepage&q=manera%20Clark%20Beck%20y%20Alford%20\(1999\)%20esquemas&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=UWRyYGRaCRwC&pg=PA24&dq=manera+Clark,+Beck+y+Alford+(1999)+esquemas&hl=es&sa=X&ei=mgM2U7S2KY3LsQTK14HwDw&ved=0CEAQ6AEwAw#v=onepage&q=manera%20Clark%20Beck%20y%20Alford%20(1999)%20esquemas&f=false)

Manual de Psicoterapia Cognitiva. (s.f.). Recuperado de

http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQFjAC&url=http%3A%2F%2Fu.jimdo.com%2Fwww28%2Fo%2Fsf55068d25a70fdb%2Fdownload%2Fm9d9775414a03d3e6%2F1282839915%2Fmanual&ei=CahMU__SDbUsAS994DYBg&usg=AFQjCNEEnOI1xuo8y6ZyaAwXS8J4_4NgdQg

Martín, I. (19 de Febrero de 2014). *Vivir. Estilos de vida que atrapan*. ¿Eres una

persona con baja autoestima?. Recuperado de <http://www.esvivir.com/noticia/439/eres-una-persona-con-baja-autoestima#.U06jdUp77UM>

Martínez, P. (2 de Octubre de 20013). *Insuficiencia renal*. Recuperado de

<http://prezi.com/ldol3rgvv5aw/la-insuficiencia-renal-o-fallo-renal-se-produce-cuando-los-r/>

- Martínez T., Delgado V.a., D´achiardi R.(2004). *Insuficiencia renal aguda*.
Universitas Médica 2004 vol. 45 nº 2. (p.1). Recuperado de
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v45n2/insuficiencia.pdf>
- Martínez, T., Mera, Delgado, V,& D´Achiardi, R. (s.f.). *Insuficiencia Renal Aguda*.
Recuperado de
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v45n2/insuficiencia.pdf>
- Mckay, M., Davis, M., & Fanning, P. (s.f.). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. México: McGraw-Hill. Recuperado de
http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/OA_iemocional/tecnica_de_la_reestructuracin_cognitiva.html
- Minici, Rivadeneira, Dahab, (2001). *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.
Buenos Aires Argentina. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento.
- Morgan, D. (2011). *Estudio de caso basado en la terapia cognitiva conductual*.
(Tesis en Psicología Clínica). (p.8).Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. Recuperado de
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1226/1/101766.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *El ser Humano como ente Biopsicosocial*.
Recuperado de <http://www.eduteka.org/proyectos.php/2/9660>
- Paula, I. (2007). *!No puedo más!: intervención cognitivo-conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. (1r ed.: Junio 2007). Wolters Kluwer, España.
- Pérez, V. (2008). *Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal crónica*. Art. EN: Revista Oficial de la Sociedad Española de

Enfermería Nefrológica. Págs. 1-11. Recuperado el 19 de febrero del 2012, de http://www.revistaseden.org/files/art624_1.pdf.

Piaskowski, Pat. (s.f.). *Hemodiálisis y diálisis peritoneal*. Cap. 19. Recuperado de http://www.theific.org/basic_concepts/spanish/IFIC%20Spanish%20Book%202013_ch19_PRESS.pdf

Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón. (Noviembre de 2013). Abay Analistas Económicos y Sociales. Recuperado de <http://www.atades.com/wp-content/uploads/2013/12/Primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-Aragon-ATADES.pdf>

Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. (2010). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol v.13 n.3 Madrid jul.-sep. 2010.

Riso, W. (1999). *Terapia Cognitiva*. Fundamentos teóricos y conceptualización del curso clínico. PAIDÓS.BARCELONA. Buenos Aires. México.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva*. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. (1era ed.: abril del 2006). Bogotá; Grupo Editorial Norma. S.A.

Riso W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Fundamentos teóricos y conceptualización del curso clínico. PAIDÓS.BARCELONA. Buenos Aires. México.

Serrate, R., & Barado, E. (2011). Cómo educar la autoestima .Psicología Online. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/05/como-educar-la-autoestima.html>

Shepard, M. (1986). *Psicoterapia por uno mismo*. (1ra ed. Septiembre).Editorial Kíros, Barcelona.

- Teorías de la personalidad. (s.f.). *Teóricos cognitivo- conductuales*. (Licenciatura en psicología). PS1304. Recuperado de http://www.eva.com.mx/carreras/Psicologia/ACADEMICOS/Asignaturas/Cuatrim3/Asigna4/mai/Actividades/profesor/mai1_act7pf_al1304.pdf
- Toledo, S. (2012). Diseño de un Protocolo de Intervención Psicológica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para pacientes Renales Crónicos en Tratamiento de Hemodiálisis de la Clínica de Diálisis Menydia de la Ciudad de Quito.(Tesis de Maestría). Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. Quito
- Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, A., & López, M. (s.f.). *Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
- Verdugo, M.A. & Vicent, C. (2004). *El significado de la calidad de vida*. Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo. Proyecto ALSOI. (Cáp.1, pp.21-25). Publicaciones del INICO. Recuperado de www.uam.es/personal_pdi/psicologia/.../SGDOCALIDADVIDA.doc
- Walter, Riso. (2006). *Terapia cognitiva*. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. (1ra ed. Abril de 2006). Bogotá': Grupo Editorial Norma.
- Zuribán, S. (Septiembre-Diciembre 2008). *Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral*. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Vol. 3-2008: 97-103Número 3. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083f.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Formato de Historia Clínica Psicológica

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Fecha..... N°

Historia.....

I. DATOS PERSONALES

Nombre.....

Edad..... Fecha de nacimiento.....

Sexo M F

Estado civil S UL C Se. D V Instrucción N P S

Su. T

Ocupación.....

Profesión.....

II. ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco
--------	------	------------

Ocupación

.....
.....
.....
.....
.....

III. HISTORIA MÉDICA

Diagnóstico.....
.....

Tratamiento

Actual.....
.....

Enfermedad y Tratamientos

Anteriores.....
.....
.....

IV. ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD

Conocimiento de la Enfermedad y del Pronóstico

Conoce..... Desconoce.....

Quién ha transmitido la

Información.....

Expectativas ante la Enfermedad/ Pronóstico y Tratamientos: Realistas.....

Defensivas.....Otras.....

.....

V. PSICOANAMNÉSIS SOCIAL NORMAL Y PATOLÓGICA

a. Historia personal y

social.....

.....

.....

.....

b. Antecedentes

Familiares.....

.....

.....

.....

VI. AUTODESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD

.....

VII. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

c. Consciencia.....

.....

Orientación autopsíquica..... alopsíquica.....

Somatopsíquica.....

Vigilia..... Consciencia de
 enfermedad.....

d. Atención.....

.....

.....

f. Memoria.....

.....

g. Afectividad.....

.....

h. Inteligencia.....

.....

- i. Pensamiento.....
.....
- j. Lenguaje.....
.....
- k. Voluntad.....
.....
- l. Instintos.....
.....
- m. Hábitos.....
.....
- n. Juicio
 razonamiento.....
.....

VII. OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 2: **Inventario de Autoestima de Coopersmith**

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

VERSIÓN PARA ADULTOS

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco..... SI NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.....SI NO
3. Si pudiera cambiaría 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 nuevoSI 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 muy complicada.....SI NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.....SI NO
15. Tengo mala opinión de mí 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 digo.....SI NO
20. Mi familia me comprende..... SI NO
21. Los demás son mejor 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

Anexo 3: Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer.

13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

1

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...se sintió descansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...se sintió con energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...sintió que durmió lo suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...se sintió suficientemente activo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...se sintió bien físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...no experimentó problemas visuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
14. ...con la mente despejada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...satisfecho/a con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...a gusto con su aspecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...alegre o animado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...contento/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...capaz de tomar decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ...relajado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...a gusto con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAS ACTIVIDADES DE LA CASA

¿Es usted responsable de algunas tareas de la casa (limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comidas) para usted mismo/a o para otras personas? NO

SÍ

Si responde que no, anote la razón y pase a la página 5.

Si no, ¿por qué no?

- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
- 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3 Nadie espera que haga algo

98 Otra razón _____

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
41. ...quedó satisfecho/a con la manera en que limpió su habitación/apartamento/casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ...quedó satisfecho/a con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ...quedó satisfecho/a con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ...quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ...quedó satisfecho/a con la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ...quedó satisfecho/a con las tareas domésticas que realizó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. ...se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ...resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ...fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ...hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAREAS DE CURSO/DE CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad?

NO

SÍ

Si responde que no, anote la razón y pase a la página 6.

Si no, ¿por qué no?

- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
- 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
- 3 Nadie espera que haga esto

98 Otra razón _____

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ...sintió cariño por una o más personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ...se llevó bien con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. ...bromeó o se rió con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	<i>Muy malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
78. ...su estado de salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. ...su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. ...su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. ...las tareas de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. ...sus relaciones sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. ...sus relaciones familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. ...sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. ...su situación económica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. ...su sensación general de bienestar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí <input type="checkbox"/> y deje la respuesta en blanco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados a la falta de satisfacción.

Anexo 4: Carta de Consentimiento Informado**Carta de Consentimiento Informado**

Fecha: _____

Yo, _____ he sido informado satisfactoriamente y a cabalidad de los procedimientos y fines de la investigación, acepto participar en la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con Insuficiencia Renal, atendidos en la Clínica de los Riñones Menydia de la Ciudad de Ambato, siendo responsable la Srta. Tatiana Marisol Mayorga Peña, estudiante de Psicología Clínica, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Además todo lo realizado durante el estudio estará supervisado a cargo de la tutora “Psc. LILIANA ALEJANDRA NARANJO GUEVARA” para que remita cualquier sugerencia en el momento de realizar las actividades.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique test que serán de manera anónima, igualmente asistir a las sesiones que se basará para mejorar mi autoestima, así mismo, la información será utilizada de manera confidencial respetando mi privacidad, ya que el mayor beneficio será haber participado en la contribución al desarrollo de este estudio.

Pudiéndome retirar en el momento que desee.

Firma y número de identificación de la persona