



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**“CONSTRUCTOS PERSONALES Y SINTOMATOLOGÍA
PSICOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

OLIVIA YESENIA CORNEJO PEDRAZA

NO. DE CUENTA: **0925774**

ASESOR:

DRA. PATRICIA BALCÁZAR NAVA

TOLUCA, MÉXICO, MAYO DE 2015.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	7
II. PRESENTACIÓN.....	8
III. INTRODUCCIÓN.....	10
IV. MARCO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO 1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y PSICOLOGÍA	
1.1 Definición de la Insuficiencia Renal Crónica.....	16
1.2 Anatomía y fisiología renal.....	16
1.3 Características y sintomatología de la Insuficiencia Renal Crónica.....	17
1.4 Impacto y/o consecuencia de la Insuficiencia Renal Crónica.....	19
1.5 Tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica.....	21
1.6 Aspectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica.....	24
CAPÍTULO 2. CONSTRUCTOS PERSONALES E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
2.1 Constructivismo y Constructos Personales.....	32
V. MÉTODO.....	42
1 Objetivo General.....	42
1.1 Objetivos específicos.....	42
2 Tipo de estudio o investigación.....	42
3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	42
4 Definición de variables.....	46
5 Planteamiento de la hipótesis.....	53
6 Definición de la población de estudio.....	53
6.1 Definición de la muestra de estudio.....	53
7 Selección y/o diseño de instrumentos.....	54
8 Diseño de la Investigación.....	59
9 Captura de la información.....	59
10 Procesamiento de la información.....	59
VI. RESULTADOS.....	61
VII. DISCUSIÓN.....	69
VIII. CONCLUSIONES.....	90
IX. SUGERENCIAS.....	92
X. REFERENCIAS.....	93
XI. ANEXOS.....	102



I. RESUMEN

La Insuficiencia Renal Crónica constituye un problema de la sociedad actual, al ser una enfermedad crónico-degenerativa, con la característica de ser progresiva, y demandante hacia el individuo al tener que realizar cambios radicales en su estilo de vida. El presente estudio es un acercamiento con el propósito de describir el sistema de constructos personales y la sintomatología psicopatológica en pacientes con IRC. Se trabajó con 30 pacientes de un hospital público de la ciudad de Toluca y zona conurbada, pacientes renales en fase terminal que eran sometidos a un tratamiento sustitutivo. Se utilizó la Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP) y el Inventario de Síntomas Revisado, SCL-90-R de L. Derogatis. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con IRC presentan sintomatología psicopatológica, con mayor puntaje en somatización ansiedad y depresión. A partir de la TRCP se obtuvo que el perfil de aislamiento fue el de mayor prevaencia.



II. PRESENTACIÓN

La presente investigación tiene como finalidad describir el sistema de constructos personales y la sintomatología psicopatológica en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

El trabajo está conformado por dos capítulos de marco teórico, un apartado que hace referencia al método de investigación, los de resultados, así como los apartados de discusión, conclusiones, sugerencias, referencias y por último anexos.

Primeramente se encuentra la introducción, la cual empieza a desarrollar y dar un panorama de la temática describiendo como es el funcionamiento de los riñones y el desarrollo, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, sus implicaciones psicológicas en los pacientes del mismo modo una visión general de la teoría de los Constructos Personales además de señalar el propósito de la presente investigación.

En el caso del marco teórico que sustenta la investigación, en el Capítulo 1 denominado Insuficiencia Renal Crónica; se hace referencia a las características de la IRC partiendo con la definición de la enfermedad y describiendo la anatomía y fisiología renal así como las características, sintomatología y tratamiento de la IRC para finalizar, con los aspectos psicológicos derivados a partir del diagnóstico de la IRC.

Enseguida se presenta el Capítulo 2. “Constructos Personales e Insuficiencia Renal Crónica”, se describe la teoría de los Constructos Personales que es la base que sustenta el trabajo de investigación y que incluye los aspectos históricos de la teoría, los postulados, la técnica para evaluar desde la postura constructivista y los índices y estudios al respecto del tema.



Posteriormente se presenta el método de investigación, que expone el objetivo general de la investigación y los objetivos específicos, el tipo y diseño de la investigación, así como la descripción de las variables, participantes y los instrumentos utilizados para finalizar esta sección con captura y procesamiento de la información.

El apartado de Resultados, presenta de manera redacta los resultados sociodemográficos, para posteriormente presentar a manera de tablas los principales datos obtenidos del SCL-90-R y finalizar con la exposición del análisis de los resultados de la Técnica de Rejilla.

Finalmente, se presenta la discusión, en la que se contrastaron los resultados obtenidos con la teoría, a partir de dicho contraste se establecieron las conclusiones de la investigación y se dan las Sugerencias, las Referencias y Anexos del estudio.



III. INTRODUCCIÓN

Los riñones son un par de órganos vitales que realizan varias funciones para mantener la sangre limpia y químicamente equilibrada. Son órganos en forma de frijol, se localizan cerca de la parte media de la espalda, justo debajo de la caja torácica (las costillas), uno a cada lado de la columna vertebral. Los riñones son avanzadas máquinas de reprocesamiento, ya que cada día, procesan aproximadamente 190 litros de sangre para eliminar alrededor de 2 litros de productos de desecho y agua en exceso. Los desechos y el agua en exceso se convierten en orina que fluye hacia la vejiga a través de unos conductos llamados uréteres. La vejiga almacena orina hasta que la libera al orinar. La principal función de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse NKUDIC, 2010).

La insuficiencia renal crónica (IRC) es el funcionamiento anormal de los riñones por más de tres meses o la alteración estructural de los mismos (Manzur, Yedlin, Leibovich, Williams y Amarilla, 2010) siendo expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$ o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteración de sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma constante (Sanabria et al., 2009). Es una enfermedad irreversible en la que ambos riñones pierden su capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre y causa el deterioro paulatino del organismo hasta llegar a la muerte.

En México de acuerdo con el estudio Epidemiología de la IRC (Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz y Aguilar, 2010), existen al menos 40,000 casos nuevos de IRC cada año. Se considera una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y



humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad (Treviño, 2004). El registro Estatal de Diálisis y Trasplantes de Jalisco en el año 2007, informó un aumento continuo de pacientes con IRC, la cifra se incrementó a 92 pacientes por millón de habitantes, la cual constituyó la segunda cifra más alta del mundo (United States Renal Data System, 2009; citado en Sanabria et al., 2009).

La clasificación de la IRC se realiza mediante la evaluación del fallo renal, es decir, evaluando el tiempo y grado de daño que presentan los riñones, con las alternativas de presentarse un fallo renal agudo o fallo renal crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan el fallo y su duración. El fallo renal agudo es una parada súbita del funcionamiento de los riñones que exige el tratamiento de diálisis hasta que vuelven a funcionar, o de manera continua si se convierte en crónico. En el fallo renal crónico, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, a lo largo de meses y en la mayoría de los casos años, hasta provocar la llamada IRCT, definida como un funcionamiento renal inferior al 10 % (Klahr, 1996).

El paciente con IRC desarrolla el llamado síndrome urémico, que ocurre cuando existe una elevación de las concentraciones nitrogenadas y otros productos tóxicos de la sangre (Merck, 1998; citado en Rodríguez, Avilés y Campillo, 2013). Los pacientes con un síndrome urémico presentan síntomas como: alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefalea, temblores, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones conjuntivales y corneales, arritmias, anemia, ingurgitación yugular, piel seca, coloración amarillo bronce, prurito, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento y amenorrea, entre otros signos y síntomas (Merck, 1998; citado en Rodríguez et al., 2013).



La IRC, tiene alternativas de tratamiento, son la diálisis, hemodiálisis y el trasplante. Las modalidades de diálisis son la Hemodiálisis Hospitalaria (HDH) y la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) (Sáenz y Botella, 1990).

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es el proceso por el cual se produce un movimiento de solutos en una determinada dirección y concentración, a través de una membrana formada por un tejido semipermeable. Los tres fenómenos físico-químicos implicados en este proceso son: la difusión, la ósmosis y la ultrafiltración (Sáenz y Botella, 1990).

La Hemodiálisis Hospitalaria (HDH) es un procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal que permite extraer a través de una máquina y filtro de diálisis, los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal (Lombardi, Araya y Olivares, 2002).

El trasplante de riñón es una cirugía que se realiza para reemplazar un riñón enfermo o dañado, por el riñón de un donante. El donante puede ser un familiar o un amigo, o bien, puede ser una persona fallecida que había decidido donar sus órganos (Carmack, 2011).

Por consiguiente, las personas con IRC que son sometidos a tratamientos sustitutivos en la mayoría de los casos experimentan repercusiones en su salud física y su salud emocional, afectando su estilo de vida y estado psicológico. Para la persona, el diagnóstico de su enfermedad es de gran impacto provocando la aparición de números y diversos síntomas psicológicos, que demandan atención y soporte para la persona.



El impacto de una enfermedad crónico-degenerativa en la vida de un paciente puede ser directo, indirecto o derivado de consecuencias secundarias. El impacto directo ocurre cuando determinados elementos del tratamiento (consecuencias fisiológicas, tiempo de dedicación) entran en conflicto con el estilo de vida y las actividades que desarrollaba el paciente antes de la aparición de la IRC. El impacto indirecto se refiere a los cambios que se producen en las relaciones familiares y sociales, asociados a los comportamientos de otras personas relacionadas con el enfermo (Devins, Hunsley, Mandin, Taub y Paul, 1997).

Finalmente, las consecuencias secundarias ocurren cuando influido por los factores anteriormente mencionados, el paciente disminuye las actividades que realiza y la posibilidad de obtener gratificaciones con ellas, siendo este impacto un determinante del estado psicopatológico del paciente con IRC (Devins et al., 1997).

La IRC es una enfermedad progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y de su familia, con serias consecuencias sobre su calidad de vida. El paciente con IRC experimenta la vida como frágil y mermada, es por ello que se busca el uso de los recursos existentes para luchar por una vida digna y de calidad (Soriano y Tlazola, 2006).

La IRC es una enfermedad que afecta el estado de salud, el aspecto emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar a los programas de terapia de remplazo renal; obligada a las personas a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas y en muchos casos el abandono familiar que afecta notablemente al paciente, lo que disminuye su colaboración con respecto al tratamiento y que en muchos casos conduce a los pacientes a que adquieran conductas negativas respecto al tratamiento.



Derivado del planteamiento teórico anterior, puede observarse que la IRC es una enfermedad médica que contiene una serie de componentes psicológicos, por lo que desde la Psicología de la Salud, se ha abordado ya como una de las áreas de estudio. No obstante, desde la amplitud de la Psicología de la Salud, existen diversas vertientes teóricas para el estudio de las enfermedades, entre ellas, la Teoría Constructivista de Kelly.

La Teoría de Constructos Personales (TCP) es una teoría psicológica constructivista propuesta por Kelly (1955, citado en González, Laguna y Sampaio do Prado, 2004) que trata de explicar la visión del mundo de una persona por medio sus constructos. Desde una perspectiva constructivista una persona atribuye significados a acontecimientos que le ocurren a lo largo de su vida siendo denominados como constructos personales. En palabras Montesano, Feixas y Varlotta (2009) un constructo es un elemento de conocimiento con dos polos opuestos.

De acuerdo con Kelly (1955; citado en González et al., 2004), el conjunto de constructos de una persona, representa relaciones entre ellos y da la base de los juicios y comportamientos de dicha persona, puesto que le permiten hacer hipótesis y llegar a conclusiones.

Los constructos, que son dimensiones de significado, conforman la unidad básica de la experiencia y por medio de ellos las personas constituyen su concepción idiosincrásica del mundo, de manera que cumplen una doble función: no sólo procesan los acontecimientos mediante los constructos del sistema, sino que también anticipan la experiencia en función de los mismos (Montesano et al., 2009). Los constructos personales son características de la personalidad, entendida como características que residen en el interior del individuo y que es el principal determinante de la conducta del individuo (Hampson, 1982).



Los constructos personales son ejes de referencias o dimensiones de valoración que proporcionan a las personas sendas de acción en que el sujeto es un científico que elabora hipótesis para interpretar y dar sentido al flujo de los acontecimientos en que se encuentra, aspectos permeables de elementos del exterior que provocan su modificación en diferentes etapas de la vida (Padilla-Carmona, 2001), en la personas con enfermedades crónicas existe una gran probabilidad de que sus constructos personales tengan una metamorfosis en relación a los cambios provocados en su estilo de vida por el tratamiento de la enfermedad.

En este sentido, por enfermedad crónica se entiende como un problema de salud que por lo general es de larga duración y de progresión lenta, lo que provoca cambios en la personalidad del paciente a partir del desarrollo e invasión en su vida, ya que las enfermedades en cuanto al cambio lo constituyen como permanente y pueden provocar cambios en la concepción de uno mismo es decir, modificación en su estilo de vida.

En personas con una enfermedad crónico-degenerativa la posible permeabilidad de sus constructos personales y la aparición de la sintomatología psicopatológica una intriga de la psicología, por lo que la indagación y análisis permitirá conocer si las personas con IRC comparten características psicológicas determinantes en el progreso y cronicidad de la enfermedad en el paciente.

Una vez planteado el tema, el objetivo de la presente investigación es: Describir los constructos personales y la sintomatología psicopatológica de pacientes con IRC.



IV. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1.1 Definición de Insuficiencia Renal Crónica

Se define como la pérdida o disminución de la funcionalidad renal de manera irreversible y/o progresiva, con incremento de la cifra de creatinina dos o más veces a lo esperado por la edad, con cifras de filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min, por más de tres meses (Alcázar y Egocheaga, 2008), la cual pudiera cursar como enfermedad asintomática o bien manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen hasta alcanzar un filtrado glomerular de ≤ 10 ml/min (López, 2008).

1.2 Anatomía y fisiología renal

Los riñones son dos órganos en forma de habichuela y del tamaño aproximado de un puño (11 x 7 x 3 cm), con un peso aproximado de 140 a 170 gr por unidad. Están uno situado a cada lado de la columna vertebral (a la altura situada entre la doceava vértebra dorsal y la tercera vértebra lumbar aproximadamente), bajo el diafragma y con ubicación retroperitoneal (se encuentran tras el peritoneo parietal posterior). El riñón derecho está más descendido que el riñón izquierdo y suele ser de menor tamaño. Cada riñón está rodeado por un denso almohadillado de tejido graso, que lo protege y lo mantiene en posición. La fascia renal (tejido conjuntivo) ancla los riñones a las estructuras circundantes (Gary, Thibodeau y Patton, 2000).

La anatomía funcional del riñón se compone por la corteza renal, la cual su dimensión es de 1 cm de grosor, de aspecto granuloso; la médula renal contiene las Pirámides de Malpighi (base y papilas o vértices); las columnas de Bertín es decir, la corteza introducida en zona medular, entre las pirámides; la zona



medular renal que posee de 8 a 10 pirámides de Malpighi. Los vértices de las pirámides se conectan mediante orificios con los Conductos Excretores de Bellini, que finalizan en los Cálices Menores y Mayores, que terminan a su vez en la Pelvis Renal (Legrain, 1978).

Las funciones básicas del riñón son de tres tipos:

- Excreción de productos de desecho del metabolismo. Por ejemplo, urea, creatinina, fósforo, etcétera.
- Regulación del medio interno cuya estabilidad es imprescindible para la vida. El equilibrio hidroeléctrico y ácido básico.
- Función endócrina. Síntesis de metabolitos activos de la vitamina D, sistema Renina angiotensina, síntesis de eritropoyetina, quininas y prostaglandinas.

Estas funciones se llevan a cabo en diferentes zonas del riñón. Las dos primeras, es decir, la excretora y reguladora del medio interno, se consiguen con la formación y eliminación de una orina de composición adecuada a la situación y necesidades del organismo (Treviño, 2003).

1.3 Características y Sintomatología de la Insuficiencia Renal Crónica

La IRC se considera como una enfermedad catastrófica y emergente derivado del incremento de la incidencia en los últimos años, representando un grave problema de salud pública, aunado, al incremento en los costos de salud. Se presenta cuando los riñones pierden la capacidad de filtrar suficiente cantidad de desechos de la sangre y de regular el balance corporal donde el funcionamiento del riñón disminuye gradualmente, por lo general en el transcurso de varios años (Alcázar y Egocheaga, 2008).



Las nefropatías en etapa terminal son resultado de un proceso primario de alteraciones como: glomerulonefritis, pielonefritis, hipoplasia congénita, etcétera, o de un proceso secundario como un riñón afectado por un proceso general de diabetes mellitus, hipertensión arterial o el lupus eritematoso. La etiología de mayor frecuencia en adultos con IRC son: nefropatía diabética, glomerulopatías, hipertensión arterial, nefropatía gotosa, enfermedad renal poliquística, lupus, obstrucciones que son producto de problemas como: cálculos renales, tumores, glándula prostática, nefropatía secundaria a enfermedades sistémicas e infección crónica de vías urinarias, entre otras, pueden constituir el origen (Schrier, 2001).

La National Kidney Foundation señala etapas de evolución de la IRC las cuales son pautas de asistencia clínica que ayudan a determinar en qué fase en la que se encuentra el paciente basándose en la presencia de daño renal y en el índice de filtración glomerular (GFR, su sigla en inglés). El GFR es el parámetro que mide el grado de función renal, con la consideración de los factores de riesgo como lo son: diabetes, hipertensión, antecedentes familiares, vejez, grupo étnico, etcétera (National Kidney Foundation, 2004).

Fase	Descripción	GRF
1	Daño de riñón (proteína en la orina) e índice de filtración normal	Más de 90
2	Daño del riñón y disminución ligera en el índice de filtración	60 a 89
3	Disminución moderada en el índice de filtración	30 a 59
4	Disminución severa en el índice de filtración	15 a 29
5	Fallo permanente del riñón (se necesita diálisis o trasplante)	Menos de 15

Cuadro 1. Fases del daño renal en función del índice de filtración glomerular (GRF) de acuerdo a la Fundación Nacional del Riñón adaptado de National Kidney Foundation, 2004, Clinical Practice Guidelines on Hipertensión and Antihypertensive Agents in Chronic Kidney Disease. *Kidney Learning System*, 11, 1-24.



La primera etapa es el daño renal con presencia de proteínas en orina (proteinuria) y con GFR normal de más de 90%, la segunda etapa es el daño renal y una leve disminución del GFR de 60 a 89%, la tercera etapa es la disminución moderada del GFR de 30 a 59%, la cuarta etapa es la disminución grave del GFR de 15 a 29% y la quinta etapa es la insuficiencia renal (es necesario realizar tratamiento sustitutivo) con un GFR de menos de 15%. El tratamiento depende de la fase en que se encuentre la insuficiencia renal.

Los síntomas que pueden presentar el paciente con IRC son prurito, malestar general, olvido, pérdida de la libido, disminución de la cantidad de orina, edema (exceso de sal y agua), náusea y patrones alterados de conducta. La mayoría de los pacientes con IRC tienen una presión arterial elevada secundaria a la sobrecarga de la volemia y sobre hidratación, el pulso y la frecuencia respiratoria son rápidos, presentan manifestaciones de anemia y de acidosis metabólica. Del mismo modo, se puede presentar olor urémico, pericarditis, datos neurológicos o asterixis, reducción de la actividad mental y neuropatía periférica (Concha, 1994).

1.4 Impacto y/o consecuencia de la Insuficiencia Renal Crónica

Las enfermedades crónico-degenerativas implican la pérdida gradual y progresiva de diferentes capacidades y funciones orgánicas, el paciente como consecuencia se muestra airado y hostil, provocando un deterioro de sus relaciones sociales, familiares y de pareja, así como de carácter sexual, que ponen en riesgo la vida del paciente, desestabilizan a la familia y sus relaciones sociales (García y Calvanese, 2008).

Los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesan por agudas etapas de estrés, depresión y ansiedad, principalmente. Puede ser que en el curso del tiempo supere y/o aprenda a controlar estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con



una enfermedad de tales características (una enfermedad para toda la vida), pero también puede suceder que nunca se logre superar tal condición, y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas (González, Tinoco y Benhumea, 2011).

Las personas con una enfermedad crónico-degenerativas experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, etcétera (Carreira y Marcon, 2003).

Los riñones sanos purifican la sangre al quitarle el exceso de líquidos, minerales y productos de desecho. También producen hormonas que mantienen la salud de los huesos y la sangre. Cuando los riñones funcionan mal, se acumulan productos nocivos de desecho en el cuerpo, puede subir la tensión arterial, y el organismo puede retener líquidos en exceso y no producir suficientes glóbulos rojos. Cuando esto sucede, se necesita un tratamiento que cumpla la función de los riñones (Barrionuevo, 2013).

La IRC es una enfermedad que afecta negativamente a la persona y a todo su núcleo familiar con severas repercusiones psicológicas, sociales, económicas y laborales. El vivir y aceptar la enfermedad es narrado como un proceso con dolor, solitario y en general sin apoyo familiar y profesional. Con frecuencia los pacientes solo aceptan estar enfermos cuando ya no pueden ir a trabajar (Ravagani, Domingos y Miyazaki, 2007).



La IRC provoca en las personas, múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y cambios potenciales en su estilo de vida, con una constante amenaza de muerte, presentando problemáticas psicológicas como depresión, ansiedad y la incertidumbre hacia el futuro (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007), del mismo modo, presentan limitaciones y frustraciones, prejuicios (Carreira y Marcon, 2003) y cambios biopsicosociales que afectan a su calidad de vida: alteración de la imagen corporal, del sueño, del humor, del peso, del apetito y del interés sexual, las restricciones dietéticas y agua, dificultades profesionales, así como cambios en las relaciones familiares (Ravagani et al., 2007).

1.5 Tratamientos sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad renal terminal representa el estadio final en la progresión de la disfunción renal, hasta el punto en que la homeostasis y la supervivencia no se pueden mantener con la función de los riñones originales, aún a pesar de la ayuda del tratamiento médico máximo. En este punto, se hace necesario el tratamiento de sustitución renal, ya sea diálisis, hemodiálisis o trasplante renal.

La diálisis peritoneal se divide en dos tipos la primera es la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y diálisis peritoneal automatizada (DPA) (National Kidney Foundation, 2014).

La DPCA es un método de tratamiento inducido en 1976, para el paciente en fase terminal de IRC es un proceso que consiste en la movilización de líquidos y partículas de un compartimento líquido a otro a través de una membrana semipermeable se efectúa al 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 (Frenk, Ruelas, Velázquez y Romero, 2004). Clínicamente, la diálisis es el proceso mecánico de eliminar



productos residuales del metabolismo proteico sin alterar el equilibrio hidroelectrolítico y restableciendo el equilibrio ácido básico en pacientes con compromiso de la función renal. Por consiguiente, el aparato de diálisis constituye un riñón artificial (Pérez y García, 1997).

Los principios químicos que intervienen en el proceso de DPCA son tres, el primero es la difusión que consiste en el proceso por el cual dos soluciones de diferente concentración, cuando se pone en contacto, llegan a formar una mezcla uniforme, a causa del movimiento constante de las partículas de las soluciones, que tienden a distribuirse uniformemente por todo el volumen de la solución. El segundo principio es la ósmosis que consiste en el desplazamiento de líquido a través de una membrana semipermeable desde el lado de menor concentración al de mayor concentración. El tercer principio es la ultrafiltración el cual consiste en el paso de agua y solutos producido por una diferencia de presiones a los dos lados de la membrana, favoreciendo el proceso. El objetivo de la diálisis es sustituir la función excretora de los riñones (Pérez y García, 1997).

Para la realización de la DPA es necesario que la persona con IRC se someta a DPCA y aprenda el procedimiento, puesto que la diferencia radica en que la DPA se realiza mediante una máquina denominada cicladora que es la encargada de generar intercambios automáticamente mientras la persona con IRC duerme de este modo realizando la función sustitutiva de los riñones (Marengo, 2011).

El tratamiento de la hemodiálisis es el medio artificial mediante el cual se busca eliminar el exceso de líquido y los solutos superfluos del cuerpo. Durante un tratamiento de hemodiálisis, la sangre del paciente está circulando fuera del cuerpo a través de un riñón artificial, el dializador. En principio, un dializador contiene dos cámaras separadas por una membrana, inundada por la sangre



(Banderas, Perdón y Rodríguez, 2000). Los productos de desecho más pequeños como la urea, la creatinina y el líquido en exceso pasan a través de la membrana y son eliminados. Cuando comienza el tratamiento, la sangre del paciente contiene exceso de líquido y productos de desecho. Para eliminar el líquido se aplica un gradiente de presión a través de la membrana en el dializador (National Kidney Foundation, 2006).

Un aparato de hemodiálisis tiene un filtro especial llamado un dializador o riñón artificial, el cual limpia la sangre. Existen diferentes tipos de accesos para el tratamiento de hemodiálisis, la fístula o injerto son la primera opción de acceso, se realiza uniendo una arteria a una vena cercana, debajo de la piel, para crear un vaso sanguíneo de mayor tamaño, se une una arteria a una vena cercana con un tubo blando y pequeño de material sintético que se coloca debajo de la piel. Cuando la fístula o el injerto hayan cicatrizado le colocarán dos agujas, una en el lado de la arteria y otra en el lado de la vena de la fístula o el injerto, cada vez que reciba tratamiento. El catéter es la segunda opción de acceso, se inserta en una vena grande del cuello o del tórax y se conecta al dializador cada vez que sea necesario (National Kidney Foundation, 2006).

El resultado del tratamiento es que el volumen de la sangre queda ajustado y que los productos de desecho son eliminados de ella. Los dos procesos de eliminación de líquido (ultrafiltración) y de eliminación de solutos (difusión) tienen lugar normalmente en forma simultánea (Banderas et al., 2000).

El trasplante renal es el tratamiento sustitutivo para la IRC, consiste en recibir un órgano de un donador vivo o cadavérico, para posteriormente ser trasplantado al paciente, quien deberá tomar una serie de medicamentos para el órgano trasplantado no sea rechazado. Una adecuada compatibilidad entre donante y receptor se considera esencial a fin de evitar un rechazo del injerto (Barreras y Valenti, 2000).



La persona que es candidato a trasplante renal y su donador son sometidos a una evaluación de sus condiciones socioculturales, físicas, económicas por parte del equipo de trabajo de trasplantes. La evaluación del estado mental es imprescindible en el contexto médico, psicosocial, ético y legal de todo comité de trasplantes con el fin de garantizar que el paciente comprenda el proceso de forma correcta para cumplir con las indicaciones médico-quirúrgicas, así como asegurar en lo posible la adherencia máxima por parte del trasplantado para colaborar con el éxito del procedimiento (Zubirán, 2011).

En lo general, la IRC es una enfermedad que afecta a la persona de manera global es decir, no solo afecta de manera física sino también en el área emocional, social y psicológica provocando un cambio radical en su vida, el siguiente capítulo abordará aspectos psicológicos relacionados con la IRC y su impacto en la persona.

1.6 Aspectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psíquico y/o social de una persona, con la posibilidad de conducirla a la muerte. Una enfermedad se considera como algo del órgano, célula o tejido que denota un desorden físico o una patología subyacente (Morrison y Bennett, 2008). Debido a que a la mayoría de las sociedades se otorga a la salud un valor primordial, la aparición de la enfermedad supone una crisis, un acontecimiento estresante que genera con frecuencia un desequilibrio personal y/o familiar (Green, 2000). La representación que tiene una enfermedad para una persona influye en una variedad de conductas relacionadas con la enfermedad, como la interpretación de los síntomas y el autodiagnóstico, la búsqueda de ayuda, la selección del tratamiento médico y su adherencia al tratamiento (Bishop, 1998).



Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona puesto que invade su salud y su bienestar, que son afectados a partir de la aparición de la enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de actividades de la vida diaria, el progreso o permanente acortamiento de las propias posibilidades que afecta a la persona misma en su sentido de vida, autoconcepto y estados depresivos (Rodríguez et al., 2013). La mayoría de las personas con una enfermedad crónica reflejan una tensión psicológica, por lo que los hacen más propensos a sufrir depresión, ansiedad y estrés que incrementan el riesgo de mortalidad, si no existe un manejo adecuado. Del mismo modo, existe la presencia de un conjunto de problemas específicos, tales como el exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de las habilidades sociales, afectando las esferas biopsicosociales del paciente (Kersner, 2000).

En las personas con enfermedades crónicas los factores psicosociales, son importantes para determinar el curso de la enfermedad, a nivel psicológico surgen diversos sentimientos y emociones negativas tales como angustia, enojo, frustración y depresión. Estos estados emocionales repercuten en la calidad de vida y la mortalidad del paciente. La ansiedad es una emoción presente en los pacientes con IRC y que se manifiestan ante el sometimiento de un tratamiento riesgoso. Además, está presente como una inseguridad de los pacientes respecto a su futuro. Otras emociones frecuentes, son la hostilidad y la ira hacia el personal y a la modalidad de tratamiento, dado que el sujeto puede sentirse limitado (Oliden, 2011).

En relación a la depresión, Montenegro, Correo y Riella (2009), sostienen que los pacientes pueden manifestar cambios afectivos, de conducta y cognitivos similares a la depresión clínica; pero de intensidad variable, de tal manera que generan una incapacidad en distintos ámbitos tales como: laboral, social, familiar,



lo que aumenta la posibilidades de alejarse de espacios o grupos generadores de apoyo social, además de evitar adherirse a un tratamiento hasta incrementarse el riesgo de un suicidio, puesto que repercute en todos los ámbitos de la vida de la persona ya sea psicológicas, biológicas, en los vínculos de pareja, familiares y sociales, espirituales, laborales, económicas, conductuales, sexuales.

La percepción de una enfermedad y del propio paciente ante la misma se manifiesta en formas comunes de pensamiento que son resultado de procesar la información de alguna manera, sea objetiva o distorsionada. Beck (1983; citado en Green, 2000) define seis errores sistemáticos de pensamiento o distorsiones cognitivas asociadas a perturbación emocional: conclusiones arbitrarias, conceptualización selectiva, sobre generalización, exageración y minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico.

Posteriormente, Burns (citado en Green, 2000) amplió hasta diez las categorías de pensamiento distorsionado: pensamiento de todo o nada, sobre generalización, filtro mental, eliminación de lo positivo brincando a conclusiones, exageración, razonamiento emocional, declaración obligatoria, etiquetamiento, personalización y culpa. Donde se presentaba una modificación, de la percepción de enfermedad con tendencia a otorgar mayor peso a aspectos negativos, por la existencia de pensamientos catastróficos sobre las consecuencias físicas, sociales y económicas que la enfermedad acarrea altera las dimensiones de un rol físico, rol de salud general, rol emocional y el índice de sumario físico (Vinaccia y Quiceno, 2011).

La persona con IRC puede desarrollar reacciones anómalas de adaptación a la enfermedad, es decir, una respuesta emocional anormal que se presenta cuando un sujeto se muestra incapaz de afrontar y asumir las limitaciones y las nuevas obligaciones causadas por la enfermedad. Desde la perspectiva conductual las personas con IRC para una aceptación de la enfermedad y un



adecuado afrontamiento de la misma es necesario que el paciente experimente diferentes etapas educacionales, la primera es la fase de educación que se refiere al periodo en el cual al paciente se le facilita información sobre su enfermedad y sobre las conductas que debe seguir en cada una de las situaciones. Además de informar, hay que discutir y resolver todas las dudas e interpretaciones erróneas que pueda tener y que vayan surgiendo. La segunda es la fase de aprendizaje donde se adquieren los patrones de respuestas necesarias, para afrontar las situaciones conflictivas o de eliminación de conductas que interfieren. En la última fase se ponen en práctica lo aprendido a través de un ensayo cognitivo y conductual que marca el camino hacia el adecuado manejo de la enfermedad (Pérez, 2001).

Las reacciones psicológicas más frecuente frente a una enfermedad de acuerdo con Green (2000), son negación, ansiedad, rabia, depresión y dependencia excesiva.

La negación es un mecanismo de defensa a través del cual las personas evitan las implicaciones de una enfermedad, presentándose como una respuesta común ante enfermedades crónicas (Taylor, 2003). Es el rechazo a percibir o aceptar la realidad externa, es decir, es una defensa que permite al individuo rechazar los pensamientos o sentimientos que provoca malestar. Al inicio de la enfermedad se considera necesario para poder asumir lentamente la situación de enfermedad y no descompensarse psíquicamente (Green, 2000).

Los pacientes pueden actuar como si la enfermedad no fuese severa, como si en poco tiempo fuera a desaparecer o como si tuviera pocas implicaciones a largo plazo. Sin embargo, si se presenta de manera excesiva puede convertirse en un obstáculo para asumir la situación y enfrenar adecuadamente la situación impidiendo la asunción de las medidas de tratamiento médico (Green, 2000).



Así mismo, se puede presentar una respuesta ansiosa aquélla que inicialmente tiene una función de adaptación y que permite a todos los individuos una respuesta frente a una situación de peligro para comportarse de un modo que le permita protegerse, puede ser producida por las habituales preocupaciones sobre el pronóstico, tipo de tratamiento, reacción del entorno hacia el enfermo, el posible impacto sobre la familia, su situación laboral, entre otros. La mayoría de los pacientes se abruma ante los cambios potenciales en su vida, al ser evidente la posibilidad de la muerte. La ansiedad es un problema, no sólo porque es intrínsecamente tensionado sino que puede interferir con el buen funcionamiento del tratamiento. Los pacientes con ansiedad pueden ser debilitados por la tensión psicológica, por lo que es menos las posibilidades de afrontar de manera efectiva la enfermedad (Taylor, 2003). En ocasiones la enfermedad somática puede generar una angustia patológica con una preocupación excesiva por los síntomas presentando incapacidad para hacer frente a las responsabilidades de la vida diaria, con impacto social y familiar que pueden prevalecer y hacerse crónica para desembocar en cuadros hipocondríacos, reduciendo la recuperación de los enfermos.

Green (2000) indica que la reacción de rabia u hostilidad, se presenta ante la pérdida de la salud, que es la reacción de expresión de sentimientos de frustración, resentimiento o abierta hostilidad que puede dirigir contra el destino, si mismo o el entorno familiar o social, lo que en la mayoría de las ocasiones provoca un deterioro de las relaciones de apoyo, inducción al aislamiento social del paciente, dificultando la atención adecuada por parte del personal sanitario.



En este sentido, presenta cómo una respuesta depresiva puede ser manifiesta por cambios afectivos, cognitivos comportamentales de la depresión clínica, aunque su intensidad puede variar, en la mayoría de las ocasiones genera una incapacidad excesiva e incrementa el riesgo de suicidio por excesivos sentimientos de culpabilidad y desesperanza que pueden llegar a sentir. La depresión puede ser un síntoma del declive de la fortaleza física, exacerbando el curso de la enfermedad. Es un factor que tiende a aumentar la severidad de la enfermedad, aumenta el dolor y la incapacidad por parte de la persona para seguir el tratamiento, debido a que experimentan eventos negativos en la vida, estrés social y falta de apoyo social.

La respuesta de dependencia siendo aquella que se desarrolla debido a que la enfermedad exige por parte del sujeto un cierto grado de abandono, por tanto representa una estrategia adaptativa, constituyendo parte del rol del enfermo, el cuál debe abandonarse en medida de que la enfermedad va remitiendo. Si la dependencia es excesiva puede generar dificultades al lastrar el proceso de tratamiento, una actitud de no querer abandonar los privilegios de ser un enfermo, lo que significa un mal seguimiento de las indicaciones médicas con la finalidad de seguir siendo cuidado que con el paso del tiempo genera resentimiento hacia el entorno cuidador y en algunos casos los individuos llegan a provocarse o a agravar la enfermedad para poder ser cuidados (Green, 2000).

Una enfermedad crónico-degenerativa genera un proceso en la vida de las personas que pone en juego las capacidades de adaptación, sin embargo, este proceso no está definido, por lo que se puede generar o compaginar patrones anteriores de desadaptación conductual, lo que provoca la manifestación psicopatología.



En medicina la patología está organizada de acuerdo a órganos y sistemas, definidos por la estructura anatómica identificable o una función biológica única, es decir, integra los órganos y sistemas en una compleja interacción entre variables biológicas, conductuales, cognitivas, socioculturales y del medio ambiente que promueven el funcionamiento sano del individuo. El romper esta compleja interacción o de cualquiera de las variables contribuye al desarrollo de la psicopatología.

De acuerdo con Coto, Alonso y Fontanil (2010), definen psicopatología como el estudio científico de los trastornos mentales y de los factores que influyen en su inicio, evolución y tratamiento en una compleja interacción entre el factor biológico y conductual. El factor biológico, actualmente no existe una evidencia bien establecida de un locus neuropatológico, sin embargo, existe evidencia de desequilibrios de modulación de circuitos neuronales y de neurotransmisores para varias enfermedades, se ha establecido que el sistema neuroendocrino y el sistema inmunitario juegan papeles importantes para determinar la respuesta del individuo en diferentes situaciones de la vida. El factor conductual se refiere a respuestas conductuales aprendidas que son esenciales para la adaptación exitosa al medio ambiente y la supervivencia.

La evaluación del efecto del aprendizaje mal adaptativo sobre la conducta es crítico puesto que si es negativo promueve psicopatología en la descendencia. La psicopatología es una disciplina en referencia a los síntomas psicopatológicos de una enfermedad, a los síntomas de trastornos psicológicos o bien, estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

Por tanto, consiste en dilucidar qué procesos subyacen a todos los ámbitos de funcionamiento y en particular, cómo se produce la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada.



El buscar conocer a una persona en una situación específica, permite saber cómo intervenir, el capítulo muestra una descripción general de la respuesta psicológica de una persona con IRC. El siguiente capítulo abordará la Teoría de los Constructos Personales como alternativa de exploración en esta misma dirección.



CAPÍTULO 2

CONSTRUCTOS PERSONALES E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

2.1 Constructivismo y Constructos Personales

El constructivismo es una posición epistemológica que sostiene que la realidad no se revela directamente, sino que debe ser construida, enfatiza en la acción creadora de cada persona de significados a través del desarrollo de uno mismo en relación con los demás. Desde la perspectiva constructivista los seres humanos tienen negado el acceso directo a la realidad inmediata más allá del lenguaje, definido ampliamente como todo repertorio de expresiones y acciones simbólicas que nos proporciona la cultura (Maturana, 1997).

La presunción básica es que cada persona lleva un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo a que pase a ser percibido como realidad.

Las personas tienen la capacidad de interpretar conductas y acontecimientos en función de los procesos cognitivos, esto permite organizar e interpretar en un sistema o patrones de sucesos en las relaciones sociales de la vida. Estos patrones permiten hacer predicciones acerca de sí mismo, de otras personas y acontecimientos, utilizando esos pronósticos se formulan respuestas personales que guían las acciones (Sánchez, 2005).

En este sentido, se entiende que las personas funcionan de la misma manera en que lo hacen los científicos. Los científicos construyen teorías e hipótesis y las contrastan con la realidad llevando a cabo experimentos en el laboratorio. Si los resultados de sus ensayos apoyan la teoría, ésta se retiene. Si los datos no la apoyan, debe rechazarse o modificarse y volver a comprobarse. Las personas construyen teorías con el fin de predecir y controlar los acontecimientos de su vida. A estas construcciones Kelly las denominó



Constructos Personales, por medio de las cuales intentamos predecir y controlar los sucesos de la existencia (Sánchez, 2005).

Esta explicación, interpretación o construcción personal de la experiencia, representa una visión única de los acontecimientos. Los constructos son ideas o sentimientos que el sujeto tiene sobre los elementos o aspectos de la realidad (Marcet, 1985). Esta visión especial, es un patrón único de cada persona, al que se le denomina Sistemas de Constructos (Sánchez, 2005).

La teoría de Kelly se denomina teoría de los constructos personales y su supuesto fundamental es que el hombre es un científico que percibe las semejanzas y diferencias existentes en los acontecimientos, formula concepto o constructos con el fin de ordenar los fenómenos, y basándose en estos anticipa los acontecimientos futuros. Es pues una teoría cognitiva en la que se estudia las conceptualizaciones que el hombre realiza acerca de su propia acción. Kelly sostiene que estas conceptualizaciones o constructos son bipolares y cada sujeto emplea aquel polo del constructo que le resulta, más válido para predecir su propia conducta. Los constructos son susceptibles de modificación y todo el sistema en conjunto está interrelacionado y abierto al cambio (Marcet, 1985).

Una de las teorías más utilizadas para diferenciar a los sujetos en función del procesamiento de información es la teoría de la complejidad cognitiva de Bieri, un discípulo de Kelly que en 1955, define la dimensión de complejidad-simplicidad cognitiva como la medida en la que el sujeto aplica sus constructos interpersonales de forma distinta a distintas personas. De acuerdo con esta definición, es una persona cognitivamente compleja sus constructos producirán agrupaciones muy diferentes entre los elementos. En contraposición, una persona cognitivamente simple aplica sus constructos de forma similar a distintas personas (Marcet, 1985).



Una estructura cognitiva compleja permite una mayor diferencia entre las personas que una estructura cognitiva simple. Sobre este enunciado Bieri realizó una investigación en 1955, en la que básicamente realizó una comprobación dos hipótesis. En primer lugar, ver si existe una relación positiva significativa entre complejidad cognitiva y exactitud predictiva. Los resultados, empleando correlación de Pearson con $p = .05$, demostraron que la conducta cognitiva se relaciona más directamente con la predicción correcta de similitudes entre el yo y los demás (Marcet, 1985).

El segundo lugar, Bieri demostró que existe una correlación negativa significativa ($r = -.32$) entre el grado de complejidad cognitiva y la tendencia a percibir similitudes injustificadas o inexactas entre uno mismo y los demás. Bieri interpreta sus resultados concluyendo que para realizar una predicción óptima de los demás es preciso percibirlos estableciendo diferenciaciones adecuadas. Destaca la importancia de los factores situacionales; es decir, la complejidad de la situación conductual a predecir puede afectar la exactitud de predicción (Marcet, 1985).

La teoría de Kelly, el constructivismo alternativo sostiene la idea de que si existe una sola realidad verdadera, la realidad siempre se experimenta desde una u otra perspectiva o construcción alternativa. Cada individuo tiene una construcción las cuales están sujetas a revisión o sustitución, puesto que existe un número infinito de construcciones alternativas que se lanzan al mundo, y si estas no funcionan se toman otras.

Kelly (citado en Espinosa, 2009) organizó su teoría en un postulado fundamental y en once corolarios. Su postulado fundamental es “Los procesos de una persona son canalizados psicológicamente a medida que anticipan los acontecimientos”. Este sería el movimiento central en el proceso científico, desde



la hipótesis al experimento u observación; desde la anticipación a la experiencia o comportamiento.

Kelly (citado en Espinosa, 2009) considera el constructo personal como el proceso básico que da significación a la experiencia humana y postula once corolarios:

- El Corolario de la Construcción. Una persona anticipa los eventos cuando construye sus reproducciones exactas, es decir, se construyen las anticipaciones usando las experiencias pasadas.
- El Corolario de la Individualidad. Las personas difieren unas de otras en su construcción de los eventos, dado que cada persona tiene experiencias distintas, la construcción de la realidad es diferente para cada persona.
- El Corolario de la Organización. De forma característica cada persona desarrolla un sistema de construcción que engloba relaciones ordinales entre los constructos. En una persona sus constructos no tienen lugar por sí mismos en la construcción de la experiencia, sino que se insertan en una red semántica, amplia y compleja que puede ser de manera jerárquica. La noción implica un conjunto de elementos simples, estructurados en una totalidad integrada.
- El Corolario de la Dicotomía. El sistema de construcción de una persona está compuesto de un número finito de constructos dicotómicos.
- El Corolario de la Elección. Una persona escoge para sí misma aquella alternativa en un constructo dicotómico a través de la cual puede anticipar una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema. El sistema de constructos de una persona le proporciona avenidas dentro de las cuales se puede mover y actuar, las alternativas están dadas por los polos de los constructos.



- El Corolario del Radio de Acción o Ámbito de conveniencia. Un constructo sólo sirve para la anticipación de una gama finita de conocimientos, cualquier constructo no es válido para todo, sino tan solo para aspectos determinados.
- El Corolario de la Experiencia. El sistema de construcción de una persona varía a medida que sucesivamente construye las reproducciones exactas de los eventos, cuando las cosas no ocurren de la manera que se espera, la persona se tiene que adaptar y reconstruir. Esta nueva experiencia altera las anticipaciones futuras.
- El Corolario de la Modulación. La variación en el sistema de construcciones de una persona está limitada a la permeabilidad de los constructos dentro de cuyos ámbitos de conveniencia descansa las variantes. Algunos constructos son elásticos, tienden a modular, son permeables, lo que significa que están abiertos a ampliar el ámbito donde se sitúan. Otros constructos son relativamente impermeables.
- El Corolario de la Fragmentación. Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción que ella infiere que son mutuamente incompatibles, es decir, las personas pueden ser inconsistentes con sí mismos. De hecho, es difícil encontrar a una persona que funcione en todo momento con una personalidad unificada.
- El Corolario de la Comunalidad. La mayoría de las veces que una persona emplea una construcción de experiencias similar a la empleada por otra persona, sus procesos psicológicos serán parecidos a los de esa otra persona. Si el sistema de construcción es similar, así también serán las experiencias, comportamientos y sentimientos, puesto que permitirá percibir las cosas de una forma parecida; mientras más cercanos se encuentren, más similares serán.
- El Corolario de la Sociabilidad. En la medida en que una persona construye los procesos de construcción de otra, ésta puede tener un papel o rol en un proceso social que afecta a otra persona. Este corolario permite integrar la



individualidad y la comunalidad, al permitir la participación en la construcción individual del mundo de otra persona sin necesidad de poseer su mismo sistema de construcción. Aunque no se sea realmente similar a otra persona, se puede relacionar con ella.

Otra diferenciación que hace Kelly con respecto a los constructos se refiere a los constructos periféricos y centrales. Los constructos periféricos son aquéllos universales, propios de los demás aunque incluyen aspectos propios de la persona. Los constructos centrales por otro lado, son aquellos más significativos para la persona, hasta el extremo de que determinan quien es la persona. Los constructos centrales es lo más cercano de Kelly a la idea de Self (Espinosa, 2009).

El self y el desarrollo de las estructuras de representación del conocimiento y la realidad, influyen en las posteriores interpretaciones, en el sentido de pretender mantener la congruencia y la consistencia de un orden individual (Guidano, 1991; citado en Fernandés y Goncalves, 1999).

Es así, que de acuerdo con la teoría de los constructos personales, la construcción del cambio personal es una tentativa de verificación de las significaciones personales, que consiste en un proceso de viabilización de la integración de una nueva realidad. Considerar una nueva realidad como susceptible de ser construida, supone una relación flexible entre las dimensiones de anticipación y de construcción. Las oportunidades de complejización del sistema son solamente posibles porque el sistema de construcción es un sistema abierto, está conectado con el medio ambiente y aspectos sociales que permiten vivir nuevos acontecimientos y renovar las experiencias. No obstante, no es posible este movimiento en el sentido de la renovación del sistema de construcción, cuando los cambios ambientales no son interpretables por el sistema de constructos personales, la construcción del sujeto cambia, rigidificándose y



limitando su ámbito de convivencia. Este proceso ocurre como una medida de protección y mantenimiento del poder predictivo del sistema de constructo (Fernandés y Goncalves, 1999).

La teoría de los constructos personales intenta comprender cómo la gente aprecia el mundo. A través de conocer el sistema de constructos que utilizan con mayor frecuencia con respecto a diferentes conductas en distintas situaciones de la vida. La capacidad psíquica para construir una conducta social de un modo multidimensional, es una rasgo indicador de la estructura cognitiva de la personalidad, es decir, de la complejidad cognitiva. La complejidad cognitiva es la proyección del campo psíquico de la persona que hace referencia a dos dimensiones: la diferenciación y la integración. La diferenciación sería la capacidad de relacionar similitudes entre dos o más elementos. La integración, es de carácter jerárquico y viene dado por constructos supraordenados que proporcionan unidad y coherencia al sistema como un todo, articulando las funciones de los distintos subsistemas a un nivel más alto de abstracción (Sánchez, 2005).

Sánchez (2005), señala que el grado de complejidad cognitiva permite disponer de estrategias de afrontamiento y de coparticipación activa de una persona ante un proceso que altere el ritmo habitual de la vida. Los perfiles de complejidad cognitiva son:

- Una integración alta y diferenciación baja. Es una persona con un estructura cognitiva monolítica, con un aumento de prejuicios. Es una persona sensible a crisis, su capacidad predictiva se ve limitada a las pocas dimensiones que posee y sus juicios suelen ser monolíticos todo o nada.
- Una integración baja y diferenciación baja. Se trata de un perfil caótico en el que el sujeto dispone de varias dimensiones pero no están organizadas suficientemente como para proporcionar una unidad. Puede generar confusión y dificultad para dar sentido y predecir los acontecimientos, así



como dificultad para que los otros puedan predecirlo (Bannister, 1966; citado en Sánchez, 2005).

- Una integración baja y diferenciación baja. La no integración de las pocas dimensiones que posee una persona para discriminar un perfil de fragmentación en el que el sujeto va alternando entre pocos puntos de vista sin demasiado orden ni concierto. Puede sugerir que lo podemos encontrar en trastornos de personalidad relacionados con casos de escisión de la personalidad.

El grado de complejidad cognitiva, es la base para el desarrollo de un sistema de constructos, que como se ha mencionado anteriormente permiten la predicción y la toma de decisiones en aspectos de la vida de una persona. Desde, una visión constructivista, la construcción del sí mismo es esencialmente un proceso, no es una identidad, una estructura ni un conjunto de estructuras, sino el proceso que da a toda estructura personal una configuración de identidad. Es un proceso evolutivo, es decir, es una capacidad de referirse a sí mismo y a los otros que surge a partir de la evolución a un mundo intersubjetivo.

Según Feixas y Cornejo (1998; citados en Gurrola-Peña, 2003) en general los seres humanos logran la construcción del sí mismo efectuando las siguientes diferenciaciones:

- La diferenciación entre el yo y el ideal. Puede considerarse una medida de autoestima, ya que refleja la distancia que el sujeto percibe entre lo que es y lo que le gustaría ser. La autoestima está muy relacionada con el funcionamiento afectivo y el bienestar objetivo, mientras que un gran número de trastornos psicológicos se relacionan con una autoestima baja (Robson, 1988; citado en Gurrola, 2003).



- La diferenciación entre el yo y los otros. La construcción del sí mismo se relaciona intrínsecamente con la construcción de los otros, ya que el procesamiento de la información acerca de los demás implica un cierto grado de autocomparación automática. De gran interés ha sido el hallazgo de que los sujetos deprimidos presentan una mayor diferenciación entre el yo y los otros en comparación con personas sin trastornos (Neimeyer y Mahoney, 1995; citados en Gurrola, 2003). Esta diferenciación puede considerarse una medida de aislamiento social autopercibido e indica cómo es percibida la soledad por el sujeto.
- La diferenciación entre el ideal y los otros. Parece ser un indicador de la adecuación percibida de los otros. Una correlación negativa puede indicar insatisfacción del sujeto con las personas que lo rodean, mientras que una positiva sugiere la visión de que todos son buenos.

Con las diferenciaciones anteriores las personas pueden crear perfiles generales en la construcción del sí mismo. Con un perfil de positividad, la persona tiene una visión globalmente positiva de sí mismo y de los otros, pero si este perfil no va acompañado de un bienestar psicológico se puede sospechar de excesiva simplificación o negación. Un perfil de superioridad indica que las personas consideran que los demás no son como deberían ser. Asimismo, un perfil de negatividad o pesimismo, tanto el sí mismo como los demás son vistos negativamente, esta visión puede indicar un grado de depresión, con poca motivación para el cambio y con la creencia de que la vida es inevitablemente trágica.

La técnica de rejilla o Repertory Grid, creada por Kelly (1955, (1955; citado en González et al., 2004), permite conocer estos constructos personales, y a través de ellos, evaluar la estructura y contenido de significado con el que las personas se relacionan. Esta técnica permite conocer aspectos tanto de significado, como estructurales, de imagen corporal, de cercanía con los demás,



etc., utilizando los constructos que la propia persona posee (Lucero, Feixas y Saúl, 2003). Existen diferentes aplicaciones y procedimientos (Feixas y Cornejo, 1996; citados en Lucero et al., 2003) aunque la más conocida en la práctica clínica es la rejilla interpersonal.



V. MÉTODO

1 Objetivo General

Describir el sistema de constructos personales y la sintomatología psicopatológica en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

1.1 Objetivos Específicos

Obtener el sistema de constructos personales (Número total de Constructos, Constructos Congruentes, Constructos Discrepantes, Diferenciación Cognitiva, Polarización, Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido, Adecuación Percibida en los Otros, Perfiles de Construcción del Sí Mismo, Número de Constructos Dilemáticos, Número de Dilemas implicativos), en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Identificar el grado de sintomatología psicopatológica (Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicotismo) en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

2 Tipo de estudio o investigación

Se trabajó con un abordaje cuantitativo y con un estudio de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades y características de las variables; miden evalúan o recolectan información sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, puesto que son motivo de análisis las dimensiones o perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que somete a una investigación (Hernández et al., 2003).

3 Planteamiento del problema y Pregunta de investigación

La esperanza de vida que tiene la población y sus condiciones, han favorecido que las enfermedades crónicas ocupen uno de los primeros lugares en la morbilidad. La IRC ha aumentado sostenidamente su prevalencia e incidencia siendo un



problema de salud pública devastador por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud (Flores, 2010).

En México, la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria, al ocupar el cuarto lugar en hombres con 55,03 casos y el décimo lugar en mujeres con 50,924 casos, con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100,000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del Sistema Nacional de Salud. Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el décimo lugar con 61,97 casos y una tasa de 155.8 x 100,000 habitantes y en mujeres, ocupa el octavo lugar con 1,74 casos y una tasa de 62.5% por 100,000 habitantes, en el sector público del Sistema Nacional de Salud; ocupando la nefritis y nefrosis el décimo lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y el noveno lugar para el 2001 (Egresos Hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, 2002).

La mayoría de los pacientes con IRC, requieren de terapias sustitutivas como diálisis o trasplante renal, y se estima que en el 2010 más de dos millones y medio de personas en el mundo sobrevivirán gracias al tratamiento dialítico, con la incidencia de que se ha duplicado en los últimos 10 años (Manzur et al., 2010).

Actualmente, en México se está presentando una transformación epidemiológica, en medio de la cual las enfermedades crónico-degenerativas han desplazado a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte. Una complicación frecuente de enfermedades crónico-degenerativas es la IRC, misma que por su naturaleza progresiva y discapacitante, conduce a la muerte en poco tiempo cuando se alcanza el estadio terminal y si no se recibe un tratamiento efectivo (Malaquías, 2008).



Una enfermedad crónica implica que la persona tenga que sobre llevar sus síntomas durante un largo tiempo, siendo esta prolongación, a largo plazo perjudicial en su capacidad para seguir con sus actividades significativas y rutinarias. La insuficiencia renal crónica terminal es una condición que se describe como un proceso doloroso, solitario y en general carente de apoyo profesional (Malaquías, 2008), su tratamiento suele tener una eficacia limitada y contribuye a veces al malestar físico y psicológico del paciente, con un impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en tiempo y espacio, su capacidad para percibir el curso y acontecimientos de la vida, autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal (Ibarra y Sile, 2006).

El estudio de los factores psicológicos, permite establecer cual es su influencia en la evolución de la enfermedad, siendo las variables psicológicas relevantes en el proceso de adaptación a la IRC por parte del paciente. El conocer las atribuciones psicológicas de la persona a la enfermedad (IRC) permite tener idea de los significados que tiene para ella el estar enfermo, como se mira y mira a los demás, puesto que la persona está en constante interpretación de los acontecimientos que ocurren entorno a ella, para a partir de su interpretación, permite crear hipótesis de afrontamiento; un cambio en estos constructos podría producir una resistencia por parte de la persona, ya que implicaría un cambio global del sistema y una posible amenaza a su sentido de identidad personal (Feixas, Hermosilla, Compañ y Dada, 2009) provocando poco apego al tratamiento, poca aceptación de la enfermedad o bien presentar sintomatología psicopatológica que en conjunto disminuyen la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto, la tarea del psicólogo en esta área juega un papel determinante dentro de este proceso de adaptación, ya que su intervención en las diferentes etapas por las que cursa el paciente son determinantes para alcanzar los objetivos de su tratamiento y para que estos tratamientos puedan generarse,



es necesario que se conozca desde la psicología lo que ocurre con estos pacientes.

A partir de lo anteriormente expuesto, surge el problema de investigación indicado a continuación:

- ¿Cómo es el sistema de constructos personales y la sintomatología psicopatológica en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal?
- Del problema de investigación planteado y conforme a los objetivos específicos de la investigación, las preguntas de investigación son:
- ¿Cómo es el sistema de constructos personales de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cuál es el número total de constructos personales de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cuántos Constructos Congruentes presentan las personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cuántos Constructos Discrepantes presentan las personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo es la Diferenciación Cognitiva de las personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo es la Polarización de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo es el Autoestima de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo es el Aislamiento Social Autopercebido de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo es la Adecuación Percibida en los Otros de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo son los Perfiles de Construcción del Sí Mismo de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cuál es el número de Constructos Dilemáticos de personas con Insuficiencia Renal Crónica?



- ¿Cuál es el número Constructos Implicativos de personas con Insuficiencia Renal Crónica?
- ¿Cómo es la sintomatología psicopatológica de personas con Insuficiencia Renal Crónica?

4 Definición de variables

Sistema de constructos personales

Definición conceptual: Construcción que la persona realiza acerca de sí misma y de su mundo personal, mediante su interpretación de los acontecimientos para aprehender la realidad de acuerdo con sus sistemas de construcción, que dependen del tipo de supuestos en los que se basa y los valores que le asignan a las cosas (Padilla-Carmona, 2001; Gurrola-Peña, 2003; Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003). Esta construcción incluye la conducta, pensamiento y emoción, elementos que ayudan a la construcción del significado.

Definición operacional: La obtención de los constructos personales se realizó mediante la Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP) y que incluye un mínimo de 10 elementos y mínimo 10 pares de constructos obtenidos de la propia aplicación de la técnica con el participante y tras su análisis con el programa RÉCORD, derivó algunos índices de medida cognitivos que de acuerdo con Mancini y Semerari (1990; citados por Feixas y Cornejo, 1996), están relacionados con el sistema de constructos en la Teoría de los Constructos Personales (Botella y Feixas, 1990; citados en Padilla-Carmona, 2001). Los índices de medida cognitivos se agrupan en áreas: 1. Estructura Cognitiva, hace referencia al número total de constructos, a los Constructos Congruentes, a los Constructos Discrepantes, a la Diferenciación Cognitiva y a la Polarización. 2. Construcción del Sí Mismo, que agrupa las medidas de Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido, Adecuación Percibida en los Otros y Perfiles de Construcción del Sí Mismo. 3. Conflictos Cognitivos, incluye los Constructos Dilemáticos y los Dilemas Implicativos.



I. Estructura Cognitiva.

Número total de Constructos

Definición Conceptual: Proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema, ya que si la persona dispone de un sistema de Constructos diferenciados, es decir, de bastante cantidad de ellos, se presupone que construye su mundo personal de forma multidimensional (Feixas y Botella, 1998). Se considera una medida de complejidad cognitiva (diferenciación), aunque probablemente está asociada a factores de capacidad verbal (Feixas, Antequera, Almuedo y Bach, 2006).

Definición Operacional: Números de Constructos elicitados en díadas.

Constructos congruentes

Definición Conceptual: Son los puntos fuertes de una persona, podrían ser nucleares para su identidad y por tanto muy resistentes al cambio (Feixas, De la Fuente y Soldevilla, 2003).

Definición Operacional: Aquellos Constructos en los que el “Yo Actual” y el “Yo Ideal”, coinciden en el mismo polo (puntuaciones con una diferencia igual o menor que 1).

Constructos Discrepantes

Definición Conceptual: “Indican aquellos aspectos que no le gustan a la persona de sí misma y que le gustaría cambiar en el sentido opuesto- su ideal” (Feixas et al., 2003, p.162).

Definición Operacional: Hace referencia a aquellos Constructos en los que el “Yo Actual” se sitúa en un polo y el “Yo Ideal” en el polo opuesto (Feixas et al., 2003); con una diferencia igual o mayor a 4 puntos entre el “Yo Ahora” y el “Yo Ideal”.



Diferenciación Cognitiva

Definición conceptual: Hace referencia a una de las formas de complejidad cognitiva o al grado en que una persona puede construir sus experiencias desde diferentes puntos de vista. Cuanto más diferenciada es una estructura, más compleja es y mayor capacidad 'por lo tanto, para poder integrar menos costosamente los acontecimientos más diversos (Feixas et al., 2003).

Definición Operacional: el índice de la diferenciación cognitiva más utilizado es el Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor (PVEPF), resultante del análisis factorial que pueda clasificarse en alguno de los tres rangos de puntuación posible: valor de 37% o menos, se trata de una estructura cognitiva diferenciada, que indica una buena proporción de varianza disponible para otras dimensiones que desempeñan un papel en los procesos de construcción de la persona (Feixas et al., 2006); un valor entre 37% y 47%, indica que se trata de una estructura ni simple ni diferenciada y un valor mayor de 47% indica una estructura simple o un indicador de cierto grado de unidimensionalidad de la persona al construir su mundo interpersonal.

Polarización

Definición Conceptual: Grado en el que la persona construye la realidad de forma dicotómica, polarizada y extrema. En este sentido, la estructura puede ser rígida o polarizada, en la que hay blancos o negros o bien, estructuras en las que existe mayor gama de grises (Feixas et al., 2003).

Definición Operacional: En el RÉCORD, se proporciona el promedio general de puntuaciones extremas tanto de constructos como de elementos, denominado en los resultados como el índice de Polarización Total y que puede revelar una estructura rígida o polarizada (con valores en su puntuación mayores o iguales a 28.58%) o bien estructurada no rígida, o no polarizada (con puntuaciones iguales o menores a 28.57%).



II. Construcción del Sí Mismo

Autoestima

Definición Conceptual: Apreciación de cómo se valora la persona en sus propios términos (Feixas et al., 2003).

Definición Operacional: Correlación entre el “Yo Actual” y el “Yo Ideal”. Correlaciones altas y positivas (.21 o más), indican autoestima elevada, mientras que correlaciones bajas o negativas (.20 o menos) reflejan baja autoestima.

Aislamiento Social Autopercibido

Definición Conceptual: “Se refiere a cómo se percibe de distinto el sujeto con respecto a los demás” (Feixas et al., 2003, p.165).

Definición Operacional: Es el resultado de la correlación entre el “Yo Actual” y la construcción de un elemento artificial denominado los “Otros”, resultante del promedio de las puntuaciones de todos los elementos (excepto el “Yo Actual” y el “Yo Ideal”) y la distancia de este elemento “Otros” con el “Yo Actual”. Correlaciones bajas o negativas (.20 o menos), informan de un alto grado de aislamiento, esto es, indican que el sujeto se ve muy diferente a las personas de su entorno con quienes probablemente comparte pocos aspectos y experimenta sentimientos de soledad e incomprensión. Por otro lado, correlaciones altas y positivas (.21 o más), indican buena identificación del individuo con las personas de su entorno y describe a personas con relaciones interpersonales fluidas (Feixas et al., 2003).



Adecuación Percibida en los Otros

Definición Conceptual: “Grado en que una persona ve a su familia y amigos convergentes con su Yo Ideal” (Feixas et al., 2003, p.165).

Definición Operacional: Se obtiene mediante la construcción del elemento artificial denominado “Otros”, resultante del promedio de las puntuaciones de todos los elementos (excepto el “Yo Actual” y el “Yo Ideal”) y la distancia con el “Yo Ideal”, expresada en una correlación producto-momento. En la práctica, correlaciones negativas o bajas (.20 o menos) pueden ser indicativos de insatisfacción de la persona con quienes le rodean, mientras que una correlación positiva y alta (.21 o más), sugiere la visión de que los demás son buenos (Feixas et al., 2003).

Perfiles de Construcción del Sí Mismo

Definición Conceptual: Es el resultado de la interpretación conjunta de los índices de Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y Adecuación Percibida en los Otros, que es una orientación acerca del autoconcepto de la persona (Feixas et al., 2003).

Definición Operacional: Es una interpretación conjunta de las correlaciones entre las puntuaciones que involucran a la Autoestima, el Aislamiento Social Autopercebido y la Adecuación Percibida en los Otros, que conduce a la obtención de perfiles tentativos de la construcción del sí mismo en cinco combinaciones posibles, con un punto de corte de las correlaciones de .20

- Perfil de Positividad: Correlación alta y de signo positivo entre Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y de Adecuación Percibida en los Otros. Hace referencia a personas con una visión de sí mismas y de los otros, positiva; estas personas no presentan conflictos ni áreas de su vida con déficits en su bienestar psicológico (Feixas et al., 2003).



- Perfil de Superioridad: Correlación positiva Yo Actual-Yo Ideal, correlación negativa Yo Actual-Otros y correlación negativa Yo Ideal-Otros. De acuerdo con Feixas et al. (2003, pp. 165-166) “describe sujetos que creen ser superiores a los otros... Puede señalar posibles trastornos de la personalidad narcisista o bien antisocial”.
- Perfil de Negatividad: los índices de Aislamiento Social Autopercebido es positivo, mientras que los de Autoestima y de Adecuación Percibida en los Otros son negativos o de baja magnitud (Feixas et al., 2003). “Describe sujetos pesimistas y podría ser indicativo de síntomas depresivos (Feixas et al., 2003, p.166).
- Perfil de Aislamiento: Los índices de Autoestima y de Aislamiento Social Autopercebido son bajos o negativos, mientras el de Adecuación Percibida en los Otros es positivo. Para Feixas et al. (2003), hace referencia a personas con una tendencia a interpretar de forma negativa la información referente a ellos y de manera positiva la información referida a los otros.
- Perfil de Resentimiento: Feixas et al. (2003) indican que este perfil muestra un índice de Autoestima, de Aislamiento Social Autopercebido y Adecuación Percibida en los Otros, todos cercanos a cero o de signo negativo. Hace referencia a personas que no tienen buen autoconcepto y que ven en los demás una falta de adecuación (los otros deberían ser de otra forma) para estas personas, su malestar está relacionado con las actitudes de los otros hacia ellos y experimentan sentimientos de rencor y rabia.

III. Conflictos Cognitivos

Constructos Dilemáticos

Definición Conceptual: Los Constructos Dilemáticos son una forma de conflictos cognitivos donde el dilema ocurre en los dos polos de un único constructo y esos polos no constituyen alternativas deseables para el sujeto. En este tipo de situaciones, el Constructo pierde su funcionalidad, ya que la persona no sabe cómo le gustaría ser; no tiene referencias claras en su sistema cognitivo y



necesitaría nuevas construcciones con las que orientarse. En palabras de Feixas et al. (2003, p.163)”...son constructos que ya no le sirven [a la persona] para orientar sus esfuerzos, definir sus preferencias o tomar decisiones claras”.

Definición Operacional: El “Yo Ideal” se sitúa en un punto medio (puntuación de 4), sin decidirse por ninguno de los dos polos del constructo.

Dilemas Implicativos

Definición Conceptual: Son una forma de conflictos cognitivos en los que existe un aspecto del Sí Mismo que es insatisfactorio y que se desearía cambiar pero que está asociado fuertemente a aspectos positivos y nucleares, lo cual representaría una amenaza para la identidad de la persona (Feixas et al., 2003).

Definición Operacional: El programa RÉCORD detecta los Dilemas Implicativos, que son dos pares de constructos, uno de ellos congruente, con un polo indeseable, que se asocia por una correlación igual o mayor a .20, con un constructo que se denomina como polo deseable, pero que está asociado a un constructo que es discrepante.

Sintomatología Psicopatológica

Definición conceptual: Un síntoma es la manifestación subjetiva de una enfermedad; la psicopatología se traduce en un conjunto de síntomas y signos complejos y elaborados que manifiesta una persona previamente denominados y clasificados de forma diversa (Olazarán, Agüera y Muñiz, 2012). La sintomatología psicopatológica es la exposición de comportamientos y síntomas originados por alteraciones a nivel psicológico. Estos síntomas generan sufrimiento en el paciente y agravan su deterioro funcional (Capponi, 1987).



Definición operacional: La obtención de la sintomatología psicopatológica se realizará mediante el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis que permite evaluar patrones de síntomas presentes en individuos. Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias, las cuales son: Somatizaciones (SOM), Obsesiones y Compulsiones (OBS), Sensitividad Interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad Fóbica (FOB), Ideación Paranoide (PAR) y Psicotismo (PSIC) y tres índices globales de Malestar Psicológico que son: Índice Global de Severidad (IGS), Índice Positivo de Malestar (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (TP) (Casullo, 1998).

5 Planteamiento de hipótesis

Debido al tipo de estudio que es de corte descriptivo, no se plantearon hipótesis de investigación. Por lo tanto, la investigación se sometió a los resultados obtenidos, puesto que no es sencillo realizar estimaciones con precisión respecto a fenómenos de comportamiento humano (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

6 Definición de la población de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en un hospital público de la ciudad de Toluca y zona conurbada, con pacientes renales en fase terminal que eran sometidos a un tratamiento sustitutivo. Debido a la dificultad del acceso a muestras de ese tipo, se consideró un total de 30 participantes.

6.1 Definición de la muestra de estudio

Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional también llamada muestra dirigida, puesto que se tomó un subgrupo de la población en donde la elección de los elementos no dependiendo de la posibilidad sino de las características de la investigación, así su procedimiento de selección fue informal (Hernández et al., 2003).



Se trabajó con adultos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, con un intervalo de edad de 18 a 75 años (con una media de 55 años), que asistían a control de su enfermedad y/o tratamiento sustitutivo a un hospital público de la ciudad de Toluca y zona conurbada y que aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación. La muestra se integró por un total de 30 participantes de los cuales el 42% fueron mujeres y el 58% hombres.

7 Selección y/o diseño de instrumentos

Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP) (ver Esquema general de la Técnica en Anexo 1): La Técnica de la Rejilla es un instrumento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal que se deriva de la Teoría de los Constructos Personales y pretende captar la forma en que la persona da sentido a su experiencia en sus propios términos. Por sus características, no se trata de una prueba convencional sino de una forma de entrevista estructurada orientada a explicar y analizar los constructos con los que la persona organiza su mundo. La TRCP es un formato de entrevista que genera una matriz de datos que se someten a varios análisis para revelar su estructura aparente e implícita y que se procesa con el programa RÉCORD (Senra, Feixas y Fernández, 2001). La aplicación de la Técnica consta de cuatro pasos fundamentales (Fernández-Ballesteros, 1992; citado por Padilla-Carmona, 2001):

1. Elección de los elementos a utilizar: Se hace referencia a personas, situaciones, eventos, objetos físicos, preferencias o actitudes; siempre y cuando éstas sean susceptibles de conceptualización a través de constructos. Estos elementos, son roles de las personas significativas en la vida del cliente y que por ejemplo pueden incluir madre, padre, hermano o pareja; y que serán colocados en las columnas (Gurrola-Peña, 2003).
2. Establecimiento de los constructos relevantes para los elementos: Una vez seleccionados los elementos, comienza el proceso de selección y definición de los constructos personales, proceso en el que Kelly (1965,



como se citó en Padilla-Carmona, 2001) propone diferentes formas para obtenerlos, basados en la presentación de tríadas o díadas de elementos, ante los cuales el sujeto tiene que indicar una característica que comparten, para posteriormente preguntarle cuál en su opinión, es lo contrario de dicha característica; en caso de dificultársele discernir la similitud, se le pregunta a la persona por la diferencia.

3. Representación de los datos: Dados los elementos y los constructos, la RCP es una matriz de datos, una tabla de doble entrada en la que los elementos constituyen las columnas y los constructos, las filas. Para poder asignar las puntuaciones que van colocadas en cada rejilla, se puede hacer asignando puntuaciones con valores 0, 1 ó 2 o bien, utilizando puntuaciones en escala del 1 al 7 tipo Likert.
4. Análisis de la información: Se realizó a través del uso de un programa (Récord) para su procesamiento, programa para el cual existe una versión en línea que es gratuita y que puede bajarse en cualquier ordenador previo permiso expreso a los autores del programa.

En esta investigación, se trabajó en un formato en el que se solicite a cada participante al menos 10 elementos, considerando vital incluir al Yo actual, Yo antes de la enfermedad y Persona Sana además de los elementos tradicionales de la rejilla (Yo Ideal y Persona no grata, por ejemplo); también se pedirán al menos 10 parejas de constructos que serán enlistados por el procedimiento de preguntarle a la persona por características que comparten o en las que difieren dos personas (díadas) y se asignarán las puntuaciones en escala tipo Likert, con puntuaciones de 1 al 7.

De acuerdo con la Teoría de los Constructos personales, las personas generan una cadena de significados a partir de las percepciones de sí mismo y de los demás. La TRCP integra una medida en la que se entrecruzan por una parte,



una serie de constructos, que son etiquetas que tienen dos polos, considerados opuestos, que la persona puede generar en el momento de la aplicación de la Rejilla o bien están predeterminados por el investigador. Además de los constructos, que permiten calificar a diferentes personas o situaciones, la TRCP integra lo que denomina elementos, que son figuras, roles o papeles que se le pide a la persona que indique o bien, el investigador predetermina también al aplicar la prueba.

Una de las reglas de la TRCP es que el primer elemento que se evalúa es el Yo Actual y el último elemento es el Yo Ideal. Además, se pueden solicitar elementos como padre, madre, pareja, persona significativa, persona no grata, entre otros elementos que se definen dependiendo del propósito de la investigación.

La TRCP marca que los elementos Yo Actual y Yo Ideal constituyen medidas del sí mismo, mientras que los demás elementos, se promedian y permiten integrar una medida de los demás (Otros).

Por otra parte, el Inventario de Síntomas Revisado, SCL-90-R de L. Derogatis es un instrumento de reconocida utilidad para la detección de un amplio rango de sintomatología psicopatológica. Se trata de una escala de síntomas que se administra de forma autoaplicada y que evalúa el grado de malestar psicológico que experimenta una persona durante el periodo que va desde el momento de la evaluación a una semana atrás (Sánchez y Ledesma, 2009).

El estudio Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica, refiere que dicho inventario tiene un alfa de Cronbach de entre .72 y .86, con un índice general de .96 y se observaron diferencias de género significativas en las escalas de Somatizaciones, Sensitividad Interpersonal,



Depresión, Ansiedad y en los Índices Generales, sugiriendo un buen funcionamiento del SCL-90-R en población clínica (Sánchez y Ledesma, 2009).

En el mismo sentido, en el estudio Confiabilidad y validez de la SCL-90-R en la evaluación de psicopatología en mujeres reporta una consistencia interna de alfa de Cronbach de .80 y un análisis factorial del componente principal de los 90 reactivos, en el que 87 reactivos tuvieron cargas factoriales superiores a .40, con una varianza total del cuestionario de 46.77% (Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil y Cavazos, 2005).

La SCL-90-R se integra de 90 ítems que se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Los reactivos están agrupados en nueve dimensiones de sintomatología:

- Somatización. Grado de estrés proveniente de las percepciones de una disfunción corporal.
- Obsesivo Compulsivo. Conductas identificadas con este síndrome clínico.
- Sensibilidad Interpersonal. Sentimientos de inadecuación personal e inferioridad.
- Depresión. Índice de la manifestación clínica de la depresión.
- Ansiedad. Síntomas y conductas clínicamente asociadas a una manifestación de exacerbada ansiedad.
- Hostilidad. Pensamientos, sentimientos y acciones característicos del afecto negativo o un estado irascible.
- Ansiedad Fóbica. Síntomas que se han observado en condiciones específicas de ansiedad fóbica y/o estados agorafóbicos.
- Ideación Paranoide. Evaluación desde una perspectiva sindromática de la conducta paranoide.
- Psicotismo. Síntomas incluidos en diferentes conductas psicóticas (González, Mercadillo, Graff y Barrios, 2007).



La evaluación e interpretación del inventario se realizó mediante el cálculo de las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices, para posteriormente sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos; para finalizar, se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10). Los reactivos de cada dimensión psicopatológica para su interpretación son:

- 1) Somatizaciones: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 y 58.
- 2) Obsesiones y Compulsiones: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 y 65.
- 3) Sensitividad Interpersonal: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 y 73.
- 4) Depresión: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 y 79.
- 5) Ansiedad: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 y 86.
- 6) Hostilidad: 11, 24, 63, 67, 74 y 81.
- 7) Ansiedad Fóbica: 13, 25, 47, 50, 75 y 82.
- 8) Ideación Paranoide: 8, 18, 43, 68, 76 y 83.
- 9) Psicotismo: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 y 90.

Los ítems adicionales que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica son:

- 19: Poco apetito.
- 44: Problemas para dormir.
- 59: Pensamientos acerca de la muerte.
- 60: Comer en exceso.
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

Se considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T igual o superior a 65. Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a 80 (Casullo, 1998).



8 Diseño de la investigación

El estudio con el que se trabajó, como ya se comentó anteriormente es de tipo descriptivo ya que se buscó especificar las propiedades, características y rasgos de una muestra, para lo que se utilizó un diseño de un solo grupo, con una sola medición (Hernández et al., 2003).

9 Captura de la información

Se inició con el proceso de detección y localización de los pacientes que cumplieron con los criterios establecidos, en seguida se les explicó el objetivo de esta investigación y se les invitó a participar de la misma.

Posteriormente se realizó la captura de datos, a partir de la aplicación de cada uno de los instrumentos, para finalmente concentrar los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, para proceder a la realización de la base de datos que permitió el procesamiento estadístico y así se obtuvieron los resultados correspondientes.

10 Procesamiento de la información

La TRCP además de ser un proceso extensivo que da cuenta de la estructura y dinámica entre los componentes de la personalidad, permite la exploración de ésta en términos cualitativos y cuantitativos a través del uso de un programa diseñado para tal efecto. El RÉCORD (Feixas y Cornejo, 1996), permite la obtención de los índices que se especificaron en los objetivos planteados al inicio del método, de una forma relativamente rápida y sencilla, ya que permite el ingreso de los datos por parte del personal y el programa se encarga de procesar la información. La base del programa es la realización de una serie de análisis factoriales con la finalidad de obtener cinco factores en los que la teoría conceptualiza que la persona construye su mundo. Por otra parte, el programa realiza un análisis de correspondencias (ANACOR), que permite obtener los índices anteriormente indicados, que se interpretan a la luz de la teoría de base. Una vez que se



obtuvieron los datos de cada rejilla, los índices de construcción fueron vaciados en una base de datos y se procesaron con el programa estadístico SPSS en su versión 17.00 a fin de obtener frecuencias, porcentajes y estadística descriptiva de la información TRCP y del SCL-90-R.



VI. RESULTADOS

Los resultados de la investigación respecto al procesamiento de los datos sociodemográficos de los participantes arrojaron en el aspecto de estado civil, que 60% de las personas con IRC eran casados, 22% solteros, 11% viudos y el 7% se encontraba en unión libre al momento de la investigación.

En lo correspondiente a la pregunta sobre el conocimiento de la enfermedad, un 54% de los participantes desconocen la enfermedad, es decir, no saben cuál es el desarrollo, síntomas y etiología; así mismo respecto del tratamiento que corresponde a dicha enfermedad el 93% de los pacientes conocen el tratamiento para su enfermedad y sus implicaciones y sólo el 7% desconocen el tratamiento.

El nivel de escolaridad de las personas con IRC que participaron en la investigación, muestra que el 74% tenían un nivel de escolaridad primaria, 20% nivel secundaria y el 6% no asistió a la escuela.

En cuanto a la actividad física reportada que se realizaba antes del diagnóstico de IRC es, un 60% de los pacientes no realizaban actividad física y el resto sí realizaba algún tipo de actividad.

En relación al reporte de consumo de tabaco en los participantes antes de iniciar el tratamiento sustitutivo, se reporta que el 60% no presenta un consumo de tabaco y un 40% refiere consumo ocasional. En la pregunta sobre el consumo de alcohol, el 90% de los participantes reportan que no consumían bebidas alcohólicas, mientras un 10% sí lo hacía.

En lo referente a la actividad laboral en pacientes con IRC, el 90% de los pacientes reporta una actividad laboral mermada, en comparación a su ocupación antes de iniciar un tratamiento sustitutivo puesto que reportan que un 43% eran empleados, 33% eran amas de casa, 17% comerciantes y 7% estudiantes.



Los resultados que se obtuvieron de la aplicación del SCL-90-R y de la Técnica de Rejillas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se presentan a continuación en tablas correspondientes.

Tabla 1.

Estadística descriptiva y diagnóstico de las subescalas del SCL-90-R en personas con IRC.

Subescala	Media	DE	No afectado	Levemente afectado	Moderadamente afectado	Afectado
SCL-90-R						
Somatización	2.847	.829	6(20%)	13(40%)	9(30%)	2(10%)
Obsesión/ Compulsión	2.630	.741	8(26%)	12(40%)	9(30%)	1(4%)
Sensitividad Interpersonal	2.555	.843	8(27%)	13(43%)	7(23%)	2(7%)
Depresión	3.269	.844	3(10%)	9(30%)	10(33%)	8(27%)
Ansiedad	2.873	.850	4(13.5%)	13(43%)	9(30%)	4(13.5%)
Miedo/ Hostilidad	2.522	.928	9(30%)	15(50%)	4(13%)	2(7%)
Ansiedad Fóbica	2.250	.786	13(43%)	11(37%)	5(16%)	1(4%)
Ideación	2.516	.732	8(26%)	11(37%)	11(37%)	0
Paranoide						
Psicotismo	2.253	.689	14(46%)	10(34%)	6(20%)	0

La Tabla 1 muestra los resultados de la estadística descriptiva obtenida tras aplicar el SCL-90-R, derivados a partir de los resultados de diagnóstico que son catalogados en dimensiones que parten desde No afectado hasta Afectado. Al agrupar las dimensiones, en categorías de Afectación (que incluye Levemente afectado, Moderadamente afectado y Afectado) y No afectación, se obtuvo en todas las subescalas un nivel de afectación mayor del 50%.



Una vez que se presentaron los resultados del SCL-90-R a continuación se presentarán los resultados referentes a la TRCP.

El número de constructos que los participantes reportaron estuvo en un rango entre 10 y 11 constructos, 16 personas presentan dilemas, el restante no presentó dilemas; el número de dilemas estuvo en el intervalo entre 1 y 6 dilemas.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de aparición de constructos de la TRCP

	Frecuencia	Porcentaje
Constructos Congruentes	101	33%
Constructos Discrepantes	148	48%
Constructos sin catalogación	59	19%
Total de constructos	308	100%
Dilemas implicativos	78	-

La Tabla 2 representa la categorización de los constructos elicitados en la TRCP en la que se presenta en casi dos cuartos del total de los constructos la presencia de constructos discrepantes, un poco más de un cuarto del total fueron constructos congruentes, no se elicitaron constructos dilemáticos y el resto no quedó catalogado como congruente, discrepante o dilemático.



Tabla 3

Porcentajes de la distribución de la Diferenciación Cognitiva de la TRCP

Estructura Cognitiva	Frecuencia	Porcentaje
Diferenciada (PVEPF ≤ 37)	1	3%
Normal (PVEPF $\geq 38 \leq 46$)	5	17%
Simple (PVEPF ≥ 47)	24	80%

PVEPF: Porcentaje de Varianza explicada por el primer factor.

En cuanto a la estructura cognitiva, misma que se obtuvo con el PVEPF, los participantes presentan en su mayoría una estructura cognitiva simple y el resto tiene una diferenciada o normal.

Tabla 4

Porcentaje de la Polarización de la Estructura Cognitiva de la TRCP

Polarización	Frecuencia	Porcentaje
No rígida (valores \leq a 28.57%)	5	17%
Rígida (valores \geq a 28.58%)	25	83%

La tabla 4 presenta las frecuencias y porcentajes de la polarización cognitiva. Los resultados indican que en un 83% de los participantes tienen una estructura rígida y sólo un 17% presentan una estructura no rígida.

Tabla 5.

Porcentajes de la correlación Yo Actual-Yo Ideal de la TRCP.

Yo Actual- Yo Ideal Autoestima			
Correlación	Magnitud	F	%
Baja	$\leq .20$	18	60%
Alta	$\geq .21$	12	40%

En la Tabla 5 se muestra la distribución de la autoestima de los participantes a través de la correlación Yo Actual- Yo Ideal, que revela que más de la mitad de los participantes tenían una autoestima baja y el resto presenta autoestima alta en el momento del estudio.



Tabla 6

Porcentajes de la correlación Yo Actual-Otros de la TRCP.

Yo Actual- Otros			
Aislamiento Social Autopercebido			
Correlación	Magnitud	F	%
Baja	$\leq .20$	20	67%
Alta	$\geq .21$	10	33%

La Tabla 6 muestra la correlación que se obtuvo del RÉCORD que hace referencia al índice de Aislamiento Social Autopercebido donde la correlación baja es la de mayor prevalencia en la mayoría de la muestra y el resto tiene una correlación alta.

Tabla 7

Porcentajes de la correlación Yo Ideal- Otros de la TRCP.

Yo Ideal- Otros			
Adecuación Percibida en los Otros			
Correlación	Magnitud	F	%
Baja	$\leq .20$	11	37%
Alta	$\geq .21$	19	63%

El análisis de la correlación de Yo Ideal-Otros permite obtener el índice de Adecuación Percibida en los Otros y muestra en la Tabla 7 que más de la mitad de la muestra que un poco más de la mitad de los participantes tiene una correlación alta y sólo 11 participantes tienen una correlación baja.



Tabla 8

Distribución de los perfiles de Construcción del Sí Mismo de la TRCP.

Perfil	Autoestima	Aislamiento Social Autoper.	Adec. percibida en los otros	Frecuencia	%
Positividad	+	+	+	4	13%
Superioridad	+	-	-	5	16%
Negatividad	-	+	-	1	4%
Aislamiento	-	-	+	12	40%
Resentimiento	-	-	-	2	7%
Sin perfil asignado				6	20%

La Tabla 8 muestra los porcentajes de la distribución de los perfiles obtenidos a través de la conjugación de los índices de Construcción del Sí mismo, donde el perfil de Aislamiento es el predominante con un 40%, seguido por el perfil de Superioridad un 16% y el perfil de menor prevalencia es el de negatividad con el 4%.



Tabla 9

Áreas del SCCP involucradas en los Dilemas Implicativos.

Área	Frecuencia	Porcentaje
Personal	15	10%
Moral	33	21%
Relacional	68	43%
Intelectual	4	3%
Emocional	32	20%
Intereses/Valores	3	2%
Salud	1	1%

Como ya se indicó en la Tabla 9, del análisis de las rejillas de todos los participantes, se obtuvieron un total de 78 Dilemas Implicativos. Al realizarse un análisis de acuerdo con las áreas del Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP) el cual agrupa los constructos en siete áreas. Se realizó el análisis de lo que en su conjunto integra cada Dilema y se obtuvieron las áreas involucradas en los Dilemas.

En la Tabla 9 aparecen las categorías a las que pertenecen los Dilemas Implicativos. Como puede apreciarse, el área en la que existen más dilemas es la Relacional y en la que menos aparecen es la Intelectual y de Salud.

Además de toda la parte estadística descriptiva que se realizó, se aplicó una prueba chi cuadrada para indagar si hay independencia entre la puntuación del Índice de Severidad Global (IGS) y la puntuación que determina si hay sintomatología en el SCL-90-R respectivamente, con la presencia o no de dilemas. Los resultados indican que no existió relación entre presencia o no dilemas y el



IGS ($X^2 = .93$, sig = .76) o de la puntuación total del SCL-90-R y la presencia de dilemas ($X^2 = .83$, sig = .87).



VII. DISCUSIÓN

En la sociedad la salud se presenta como valor primordial, en razón de ser el reflejo de un estado de completo bienestar físico, mental y social, que permite el desarrollo pleno y armónico de diversas funciones. Es así, que la aparición de la enfermedad supone una crisis, un acontecimiento estresante que genera con frecuencia un desequilibrio personal y/o familiar (Green, 2000).

La salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, y entre ellos se establece una relación de constante cambio (Diez-Martínez y Mexica, 1992).

Las personas con una enfermedad crónico-degenerativa tienden a crear incapacidad en distintos ámbitos: laboral, social, familiar, entre otros, lo que aumenta las posibilidades de alejarse de espacios o grupos generadores de apoyo social (Montenegro et al., 2009). En la investigación, al contestar los datos sociodemográficos los participantes reportan en un 90% que su actividad laboral se encuentra mermada y que la actividad física se encuentra detenida, dando paso a señalar a través del total de los casos analizados, que las personas con IRC al tener una enfermedad crónico-degenerativa, desarrollan incapacidad y una merma significativa en su calidad de vida.

La intervención de la Psicología en el estudio de los patrones de enfermedad en la sociedad actual ha tomado gran relevancia, debido a que las enfermedades crónicas se han marcado como las principales contribuyentes de incapacidad y muerte en la sociedad. En el entendido de que una enfermedad crónico-degenerativa es por lo general de larga duración y de progresión lenta, el conocer lo que una persona siente y piensa permite atender sus necesidades, a través del conocimiento de su vivencia que resulta de la observación de la conducta explícita y de la indagación del pensamiento y sentimiento que le provoca, que puede explorarse a través de diferentes técnicas y procedimientos,



como en el caso del uso de pruebas, inventarios, escalas, entrevistas o medidas alternas como la TRCP.

La psicopatología de acuerdo con Coto, Alonso y Fontanil (2010), es el estudio científico de los trastornos mentales y de los factores que influyen en su inicio, evolución y tratamiento que se presenta a través de una compleja interacción entre el factor biológico y conductual. El paciente con una enfermedad crónico-degenerativa debido al tratamiento que requiere para su control, tiene la tarea de realizar cambios a su estilo de vida.

Kersner (2000) menciona que la mayoría de las personas con enfermedades crónicas reflejan un empobrecimiento de su vida y presentan tensión psicológica relacionada a los cambios experimentados, que los hace propensos a sufrir ansiedad o estrés.

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, Guevara-Gasca y Galán-Cuevas (2010), mencionan que las enfermedades crónico-degenerativas se relacionan con la ansiedad, tendencias a la ira y a ser hostiles, en donde la ira se presenta como una emoción primaria que inicia cuando un organismo es bloqueado en la conclusión de una meta o satisfacción de una necesidad a la que el organismo responde ante la percepción de una amenaza con un impulso de ataque, dicho ataque se refleja a partir de una conducta abusiva y agresiva proyectada de manera emocional o física.

El SCL-90-R en la subescala de Miedo-Hostilidad reporta en dos tercios de los participantes afectación desde “Levemente Afectado” hasta “Afectado”, permitiendo inferir que las personas con IRC presentan conductas hostiles que bien pueden ser dirigidas hacia los otros como a sí mismos, provocando consecuencias como el debilitamiento de las redes de apoyo.



Dentro de los trastornos emocionales que con mayor frecuencia se asocian a las enfermedades médicas se encuentran los trastornos de ansiedad; caracterizados por síntomas físicos y psicológicos que dificultan o agravan la patología médica, conceptualizada como una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como cefalea, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, entre otros (Asencio, 2007).

El análisis de los resultados reporta que las personas con IRC experimentan ansiedad, al reflejarse en los resultados en casi en su totalidad del grupo afectación desde “Levemente afectado” hasta “Afectado”, es importante señalar que los trastornos de ansiedad no se presentan como diagnóstico único, ya que regularmente se encuentran asociados a otros trastornos emocionales y/o patologías médicas; situación que es relevante de considerar para el diagnóstico y tratamiento (Asencio, 2007); esto en relación con la IRC indica una coincidencia entre lo expuesto por la literatura y lo mostrado en los resultados de este estudio.

La siguiente dimensión del SCL-90-R es la Depresión, misma que evalúa las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo que incluyen, estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimientos de desesperanza y se incluye también ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión (Asencio, 2007).

Los resultados permiten señalar la presencia de Depresión en personas con IRC; exponen en un 90% de la muestra rasgos de depresión, lo que indica su presencia en la escala desde “Levemente Afectado”, hasta “Afectado”; en este sentido, Montenegro, Correo y Riella (2009), sostienen que los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas pueden manifestar cambios afectivos, de



conducta y cognitivos, similares a la depresión clínica, que coinciden con lo reportado en la investigación.

Del mismo modo, en un estudio realizado por Camacho (2001), señala que los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen una prevalencia de depresión superior a la del resto de población; aumentando la presencia de cuadros depresivos según la gravedad de la enfermedad concomitante y las repercusiones que produzca en el individuo y su entorno. Del mismo modo, reporta la presencia de depresión en enfermedades como el cáncer, la artritis reumatoide o muchas enfermedades neurológicas o metabólicas, que marcan la coexistencia de depresión y enfermedades médicas como una condicional negativa o adversa que influye en el pronóstico y el tratamiento de las patologías existentes tanto médicas como psicológicas.

Otra de las escalas que el SCL-90-R aborda es la de Somatización, que se entiende como una afección crónica, con la presencia reiterada de síntomas corporales acompañados de demandas persistentes de exploración (Sarason y Sarason, 2003). Dichos malestares surgen de la percepción de disfunciones corporales, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte mediación del sistema nervioso autónomo. Incluye dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.

Los resultados arrojan en más de la mitad de la muestra la presencia de rasgos somáticos; sin embargo, habría que tener cuidado de la explicación de los puntajes de los paciente; puesto que los participantes tienen una condición médica que le hace poner especial atención en su cuerpo, es decir, están hipereactivos a lo corporal, lo que les genera preocupaciones centradas en el cuerpo que pueden llegar a ser exageradas o poco habituales; sin embargo, dicha condición puede ser explicada por la enfermedad médica (IRC). No obstante, los hallazgos permiten pensar que en las personas con IRC existe una tendencia a presentar



una conversión de los estados emocionales en síntomas físicos. Reflejado lo anterior a través de manifestar el malestar psicológico en la forma de síntomas somáticos y que pueden llegar a confundirse con los síntomas propios de la enfermedad, lo que hace difícil la diferenciación entre ambos.

El malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo, con frecuencia desde el comienzo y durante la evolución de los síntomas se mantienen en una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables en la vida de la persona, dificultades o conflictos que se conjugan, donde su presencia la mayoría de las veces no pueden ser explicados por la enfermedad, teniendo como consecuencias el deterioro social y ocupacional (Marin y Carron, 2002), siendo la pérdida de la salud un acontecimiento trascendental, negativo y determinante que se puede presentar como factor desencadenante para la presencia del trastorno.

La siguiente subescala es Sensitividad Interpersonal, la cual de acuerdo con Gempp y Avendaño (2008), se entiende como aquellos sentimientos de inferioridad e inadecuación personal que la persona pueda sentir en comparación con otras personas, es decir, se refiere a las personas que desarrollan niveles altos de autocrítica y exigencia, intentando alcanzar la perfección y nunca permitir mostrar sus debilidades, ni siquiera a sí mismos, lo que les produce a menudo sentimientos de frustración. Esta escala describe personas a quienes a menudo les resulta complicado tratar con la gente que les rodea, ya que tienden a ser susceptible a las críticas de los demás, generando conductas como ser hipervigilantes por la constante sensación que los demás no les comprenden o les tienen envidia por lo que suelen achacar sus fracasos a los otros. Con lo anterior, se propicia una conducta de aislamiento, al ser cerradas y retraídas, con una actitud de defensa al sentirse constantemente atacados.



Los resultados del SCL-90-R indican que tres cuartas partes del grupo puntuó en Sensitividad Interpersonal en alguna gradación que puede ir desde “Levemente Afectado” hasta “Afectado”, que implica que las personas con IRC tienden a presentar autodepreciación e incomodidad durante las interacciones personales (Gempp y Avendaño, 2008); esta condición de una alta puntuación en la subescala se podría explicar a través de la condición de salud frágil que ellos presentan, siendo estas conductas su forma de responder ante la situación estresante.

Del mismo modo el SCL-90-R evalúa la dimensión de Obsesiones y Compulsiones que incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo entre ellos, diversos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o imposibles de controlar (Asencio, 2007). Ibañez, Olmedo, Peñate y González (2001) en un estudio realizado con adultos reportan que la presencia de obsesiones en la mayoría de los participantes de dicho estudio, no obstante, señalan que dicho diagnóstico en la mayoría de las personas no se presenta como un diagnóstico único, sino que tienden a tener comorbilidad con otros trastornos como la depresión y trastornos de ansiedad. Los resultados de esta investigación muestran en tres cuartos de la muestra puntuaciones de afectación desde “Levemente afectado” hasta “Afectado”. Al analizar los hallazgos, en comparación con lo revisado en la literatura se observa una concordancia con los estudios previos, además que los hallazgos altos en la escala coinciden con la frecuencia alta en la escala de Depresión y de Ansiedad.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el tratamiento de la IRC es altamente demandante, con consignas y exigencias específicas; si bien una persona puede presentar obsesiones, en el caso de una persona con IRC una



posible explicación de la presencia es que estas obsesiones podrían estar ligadas a condiciones propias del tratamiento, como por ejemplo el estricto manejo en el horario y rutina para la toma de medicamentos y realización de la diálisis, la medición y control de porciones de alimentos, la medición de aspectos específicos relacionados al proceso de diálisis, entre otros, que invariablemente cambian la percepción de la persona, orillándola a poner mayor atención y cuidado a la realización de dichas actividades y que podría explicar la frecuencia alta de aparición en esta escala.

La siguiente dimensión del SCL-90-R es la Ansiedad Fóbica, caracterizada por evaluar las respuestas persistentes de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas), que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Los síntomas de esta dimensión se centran en las manifestaciones más disruptivas de la conducta fóbica, varios de los cuáles son típicos de la agorafobia (miedo a los espacios abiertos, multitudes, lugares públicos, entre otros) (Asencio, 2007). Dicha conducta puede ser provocada por una hipersensibilidad innata que puede verse reforzada por otros factores, como la existencia de padres sobreprotectores o temerosos del mundo exterior, demasiado autoritarios, o por el tener que atravesar situaciones difíciles como lo puede ser una enfermedad o la muerte de un ser querido (Wood, 2008).

Los resultados revelan en relación a la dimensión de Ansiedad Fóbica, en más de la mitad de la muestra una prevalencia que puede ir desde “Levemente Afectado” hasta “Afectado”. La Ansiedad Fóbica es una patología que tiene como consecuencia la presencia de frustración que implica indirectamente un desánimo general vinculada con trastornos de ansiedad y pánico, además dificultades emocionales que afectan sus relaciones interpersonales de la persona (Wood, 2008).



Del mismo modo el SCL-90-R evalúa la dimensión de Ideación Paranoide representada fundamentalmente por las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide: pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios (Asencio, 2007). Los resultados muestran en un 74% de los participantes puntuaciones desde “Levemente Afectado” a “Moderadamente Afectado”, sin embargo, no existe ningún caso de puntuación positiva en la categoría de afectación. En un estudio realizado por (Muzumel, Chaudhary y Rabheru, 2009) señala que los trastornos paranoides se asocian comúnmente con la Depresión y enfermedades médicas como las enfermedades del sistema nervioso central, las enfermedades sistémicas y tanto la intoxicación como la retirada de fármacos o tóxicos, debido a las características de la investigación no es posible hacer la diferenciación entre si los síntomas expuestos en esta dimensión son resultado de la enfermedad médica o independientes a la misma sin embargo lo expuesto en la literatura coincide con los hallazgos de esta investigación.

Psicoticismo es una de las dimensiones del SCL-90-R que fue diseñada para representar el constructo en tanto un continuo de la experiencia humana. Que incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento (Asencio, 2007). En estos a los participantes no se reportan casos de afectación, sin embargo, sí se presenta rasgos puesto que se reporta en una tercera parte presencia de síntomas desde “Levemente Afectado” a “Moderadamente Afectado”, lo que denota que los pacientes presentan rasgos de alteraciones de su conexión con la realidad; en este sentido, Mingote et al. (2007), menciona que diversas enfermedades médicas durante su desarrollo manifiestan distorsiones de la realidad o bien de las esferas del pensamiento o de la esfera perceptiva y que su origen está explicada desde la enfermedad médica, es así que siguiendo dicha posición se podría hipotetizar esta explicación de la presencia de puntuaciones en la dimensión además de considerar que en la cultura mexicana



una forma de explicación de algunas cosas son las creencias relacionadas a percepciones diferentes de tipo mágico-religioso.

Una vez analizados los resultados concernientes a la evaluación de aspectos psicopatológicos que arroja el SCL-90-R y los datos de tipo sociodemográfico que ya se han discutido antes, a continuación se retomará uno de los análisis que la TRCP arroja, el cual permite una aproximación a la visión del mundo de la persona y la manera como construye su mundo a partir de diferentes índices cognitivos que son extraídos de la Rejilla y analizados por separado.

Los constructos, son representaciones del mundo con estructura dicotómica, cuya finalidad es regular el comportamiento de la persona. Así asignan significados como bueno-malo, agradable-desagradable, inteligente-torpe cuando la situación es apropiada para ello. Si se quiere ser epistemológicamente congruentes, hay que procurar que sean proporcionados por el evaluado y no por el evaluador, pues entonces se introducirían las propias construcciones del investigador.

Para respetar la esencia de la técnica en esta investigación se buscó que los participantes fueran los que elicitaran los constructos en un número libre, sin embargo, se tuvo la dificultad de no poder elicitar un número mayor de constructos; ya que el número máximo al que los participantes llegaban de manera natural eran aproximadamente 5 pares de constructos de 10 constructos, el aplicador tuvo que optar por realizar preguntas, realizar ejemplos de manera que los participantes pudiesen generar más constructos y así se pudieran elicitar 10 pares de constructos dicotómicos al menos.



Uno de los elementos de análisis es el número de constructos, ya que permite tener una medida de la riqueza conceptual o diferenciación cognitiva de la persona para poder construir su mundo. De acuerdo con Saúl y López-González (2010) en un estudio comparativo en el que trabajó con muestras de pacientes con depresión encontraron que el número de constructos promedio en los pacientes deprimidos (media de 15.60) es menor que el promedio de constructos en muestras no clínicas (media de 18.73), lo que permitió concluir que las personas diagnosticadas con depresión elicitan menos constructos lo cual puede ser un indicador de una menor diferenciación cognitiva.

Es así, que el número de constructos elicitados proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción de la persona; que la persona disponga de un sistema de constructos diferenciado, es decir, en bastante cantidad, es un indicador de bastantes vías de movimiento y construye su mundo interpersonal de forma multidimensional. Una persona que consigue elicitar pocos constructos (4 o 5) es el reflejo de que tiene menos alternativas disponibles y de que tiene una reducida percepción de su mundo interpersonal, por lo tanto son más limitadas sus alternativas y posibilidades, reduciendo su percepción a un campo limitado (Saúl y López-González, 2010).

A diferencia de otros estudios donde el promedio de constructos es más alto, en esta investigación el rango estuvo entre 10 y 11 constructos; de acuerdo con Feixas, Saúl, Winter y Watson (2008) los constructos personales son distinciones que la persona realiza en su experiencia y que se pueden elicitar con la Técnica de Rejilla. Si se considera que uno de los factores que contribuyen a la experiencia de la persona es el contexto educativo, una posible hipótesis acerca del limitado número de pares de constructos es el bajo nivel académico reportado por los participantes.



A diferencia del estudio de Saúl y López-González (2010) donde el número de constructos de pacientes con depresión fue menor que el de muestras no clínicas, en este estudio no es posible inferir otra explicación al limitado número de constructos debido a que no se tiene una muestra control comparativa y también porque el número de constructos puede depender de algunas condiciones como variables sociodemográficas, por lo que una sugerencia para poder explicar estos hallazgos de constructos elicitados sería realizar una investigación comparativa de muestras clínicas y no clínicas con similares características sociodemográficas que permitiera establecer si hay diferencias atribuibles a la enfermedad. La única explicación posible al número de constructos es que puede haber influido en este número el aspecto escolar y otra condición es el sometimiento a un padecimiento que podría estar distraendo la atención de los participantes y que no permite mayor elicitation de constructos o bien lo dificulta.

Otro de los indicadores que hace referencia a la estructura cognitiva es el de los Constructos Congruentes que de acuerdo con Feixas et al. (2003), es el resultado de la diferencia entre el Yo Actual y el Yo Ideal expresada en una diferencia menor o igual a 1 entre dichas puntuaciones. Se refiere a los puntos fuertes de la persona que podrían ser nucleares para su identidad y por lo tanto muy resistentes al cambio, en este grupo de pacientes se obtuvo que del total de constructos elicitados es de un 33% de Constructos Congruentes del total de constructos.

Los Constructos Congruentes se refieren a constructos que para la persona son acordes consigo misma, siendo constructos definitorios, donde la persona está acorde con lo que es y lo que piensa de sí misma. Los resultados muestran que es mayor el número de Constructos Discrepantes (48%) que el de Constructos Congruentes (33%), lo cual habla de una insatisfacción de la persona respecto a sí misma, si bien no hay una muestra o grupo control en donde se pudieran comparar los resultados, el hecho de que sea mayor número de



Constructos Discrepantes permite inferir una que la persona no está a gusto respecto a la definición de sí misma, lo cual puede ser explicado por la enfermedad que es incapacitante y por los cambios drásticos que provoca en la persona y en su estilo de vida.

Por otra parte, otro de los indicadores de la estructura cognitiva es el de los Constructos Discrepantes, que indican “aquellos aspectos que no le gustan a la persona de sí misma y que le gustaría cambiar en el sentido opuesto-su ideal. Estos aspectos “insatisfactorios” o “puntos débiles” del sí mismo suelen coincidir con el motivo de consulta” (Feixas et al., 2003 p.162).

El número de Constructos Discrepantes en estos pacientes fue de 48% del total de constructos elicitados. Al analizar los resultados obtenidos en ambas categorizaciones de Constructos (Constructos Congruentes y Discrepantes) se denota una diferenciación con mayor prevalencia hacia la elicitación de Constructos Discrepantes lo que permite indicar que este grupo muestra rasgos de sentirse insatisfecha con su persona, al tener una percepción negativa de sí mismo que es perjudicial para un desarrollo armónico personal. De manera hipotética sí, dicho grupo asistiera a un proceso de terapia psicológica, dichos Constructos Discrepantes bien podrían ser señalados como un motivo de consulta y ser la demanda de consulta.

La diferenciación cognitiva es el grado en que una persona puede construir sus experiencias desde diferentes puntos de vista; tanto mayor sea la diferenciación en la estructura, mayor es la complejidad y por lo tanto habrá mayor capacidad para integrar de forma menos costosa los acontecimientos diversos (Feixas et al., 2003). Si bien el índice de Bieri pudiera ser un indicador de la diferenciación cognitiva, se ha llegado a la conclusión el mejor indicador es el Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor (PVEPF) y que en el caso de esta muestra un 80% de los participantes presentan una estructura simple al



tener un (PVEPF) mayor de 47%. Los resultados indican que con un solo factor se puede dar cuenta de la estructura cognitiva y es un indicador de la multidimensionalidad con la que se construye el comportamiento social.

Es así que encontramos en los resultados mayor prevalencia en una estructura simple, que bien permite hipotétizar que por el corto periodo de tiempo que la persona que llevaba con el diagnóstico de IRC su estructura no se había visto permeada la nueva situación que experimentada. Silverma (1977; citado en Sanz,1991) reporta en que pacientes con Depresión que eran sometidos a procesos terapéuticos a los que se les realizaba una pre y post evaluación no presentaban cambios en su grado de diferenciación cognitiva; si bien por las características de la investigación no es posible establecer si podría haber un cambio en la diferenciación cognitiva en un tiempo mayor, si se sugiere estudios longitudinales que permitan establecer si existe o no un cambio en la diferenciación cognitiva de personas con IRC.

En cuanto a la polarización, “que hace referencia al grado en que una persona construye la realidad de forma dicotómica o polarizada... donde porcentajes mayores tienden a describir estructuras rígidas..., en las que hay blancos o negros, mientras que los porcentajes menores describen estructuras en las que existe una mayor gama de grises de que construye su mundo de un modo dicotómico “todo o nada”, que se presenta en personas con sintomatología depresiva (Feixas et al., 2003, p.167).



Los resultados indican que más de un 80% de los pacientes tienen una polarización elevada, que da cuenta de una explicación del mundo de manera dicotómica y que al compararse con lo reportado con Feixas et al. (2003), en pacientes con depresión, los resultados son similares, además de que coincide con los hallazgos del SCL-90-R al demostrar la presencia de Depresión y una polarización rígida con la rejilla.

Con los resultados de polarización se da fin al análisis de la estructura cognitiva y a continuación se hará el análisis de la Construcción del Sí Mismo, integrado por el análisis de la Autoestima, el Aislamiento Social Autopercebido y la Adecuación Percibida en los Otros, además de los Perfiles posibles de Construcción del sí Mismo.

En cuanto al Yo Actual- Ideal, se refiere a la autovaloración que hace una persona de su estado actual en comparación a sus expectativas, evalúa su realidad otorgándole a la persona un grado de satisfacción que puede ser alto o bajo.

El Yo Actual-Otros, es denominado como la Adecuación Percibida en los Otros, se refiere a la estimación de sí misma que la persona hace en comparación a los demás y permite conocer el grado de congruencia que percibe en sus relaciones.

El Ideal-Otros, representa la apreciación que tiene una persona de los demás, a partir de su cotejo con el prototipo de las características que los demás deben tener o realizar desde su valoración y se le denomina como Adecuación Percibida en los Otros.



La correlación obtenida entre el Yo Actual y el Ideal, permite conocer el grado de congruencia entre ambos elementos y a esta relación se le denomina como autoestima es decir, el grado en que una persona se valora (Feixas et al., 2003).

Los sentimientos negativos provocados como consecuencia de la convivencia prolongada con las limitaciones impuestas por alguna condición que le ocurre a la persona y que no ha elegido, pero que está presente, como es el caso de la enfermedad crónica, pueden favorecer al alejamiento de aquéllo que a la persona le gustaría ser, que alguna vez fue y ya no es, o bien lo que se perdió (Mariano, 2011).

Los resultados que hacen referencia a la Autoestima, reportan en más de la mitad de la muestra una correlación negativa, lo que de acuerdo con Feixas et al. (2003), es el reflejo de una autoestima baja; cabe mencionar que una quinta parte de los participantes obtuvieron una correlación alta, es decir, una autoestima positiva, por lo que se puede concluir que en los participantes al momento del estudio prevalecía una autoestima baja.

La autoestima de una persona es un pilar en su comportamiento, en el caso de la personas con IRC la mayor parte de los participantes presentan una baja autoestima, lo que se traduciría en una falta de interés y de valor propio, en sentimientos de angustia, dolor, desánimo, tristeza, rencor e indecisión, entre otros. Se presenta una desvaloración puesto que existe una diferencia entre su Yo Ideal y su Yo Actual, por lo que esta falta de congruencia entre ambas percepciones genera insatisfacción en la persona.



La IRC es una enfermedad que no tiene cura, la función de los riñones es indispensable para mantener la vida, es por esto que el tratamiento en las personas se vuelve indispensable; sin embargo, por sus características e implicaciones la enfermedad exige conductas específicas de cuidado y de control tanto en el plano médico, que se traduce en la toma de medicamentos, en la asistencia a consultas, el internamiento o el paso ambulatorio para el proceso de diálisis, las restricciones de todo tipo, incluyendo las alimenticias o de consumo de ciertas sustancias (tabaco o alcohol, por ejemplo), lo que genera cambios en el estilo de vida de quien la presenta.

En el caso de la IRC, su tratamiento genera dependencia, es decir, por las características del tratamiento requiere que la persona esté constantemente en el hospital y muy pendiente de sus cuidados, por lo que exige que las personas cambien sus hábitos, así que tienden a enfocarse al cuidado y tratamiento de su salud; esto en personas productivas, origina un impacto negativo, ya que acentúa la distancia entre su Yo Actual y el Yo Ideal, al tener que dejar de hacer actividades que anteriormente realizaban. Aunado a lo anterior, en personas con IRC se desarrolla una sensación de falta de control, pues cualquier actividad que los pacientes realicen tiene que ir enfocada hacia su tratamiento o bien que dicha actividad no interfiera con el mismo; es decir, las personas se ven con limitaciones que involucran sentimientos de inutilidad.

En un estudio realizado por Lucero, Feixas y Saúl (2003), reportan respecto al índice de autoestima, que en personas ansiosas existe una tendencia a presentar un bajo nivel de autoestima. Del mismo modo, Canto y Castro (2004), señalan una relación entre ansiedad y autoestima, en la que expresan que a mayor nivel de ansiedad menor autoestima, donde su estrecha relación se basa en la inseguridad que la persona pueda sentir respecto a una situación estresante o su futuro.



En las personas con IRC se reporta en más de dos cuartos de la muestra la presencia de ansiedad y el análisis de TRCP denota la prevalencia de una baja autoestima, que en relación a lo mencionado en el párrafo anterior permite pensar que en los participantes estos indicadores en ambos casos, altos.

Las implicaciones pueden variar en cada persona, sin embargo, la inseguridad proviene de la poca valorización que pueda otorgarse una persona así mismo, que se conjuga con sentimientos de inutilidad, pensamientos negativos y en ocasiones irracionales que generan una sensación de incapacidad para poder afrontar la situaciones adversas, es decir, tienden a pensar en una sola línea, en una dirección definida con pocas posibilidades de divagar entre distintas posibilidades, que conlleva a dificultades para afrontar cambios.

En el mismo sentido, la ansiedad y la baja autoestima se relacionan con la depresión, puesto que pueden estar implícitas en un cuadro depresivo. Canto y Castro (2004), mencionan que a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de depresión; así mismo, indican que a mayor nivel de autoestima, menor depresión. En la investigación, como ya se mencionó anteriormente, los resultados arrojan indicativos de depresión; desde un análisis constructivista Sáenz (1992), indica que las personas deprimidas parecen caracterizarse por poseer sistemas de constructos altamente diferenciados, muy fragmentados en los que hay una gran ausencia de relaciones entre constructos.

Para Kelly (1955; citado en Sáenz, 1992), está falta de relación supondría una dificultad considerable en tomar cualquier decisión sobre las cuestiones relevantes y cruciales de cualquier situación. Dichas dificultades en las personas con IRC, se reflejan es varios aspectos de su vida, como lo son sus relaciones interpersonales y respecto de sí mismas, en lo referente a su salud en decisiones respecto a su tratamiento y decisiones médicas necesarias.



La siguiente medida del sí mismo, es el Aislamiento Social Autopercebido, que permite conocer la percepción de la persona en relación a los demás. Se refiere a la existencia de sentimientos de compatibilidad o incompatibilidad personal en concordancia a los demás (Sánz, 1992).

Por aislamiento se entiende como la pérdida de las relaciones importantes de la red social frente a una enfermedad, donde emergen sentimientos de soledad, desagradables, penosos e involuntarios, frente a un problema experimentado como desprotección, pérdida de la situación de apego seguro (Muchnik y Seidman, 1998; citados en Stefani, Seimann, Pano y Acrich, 2003).

Para la obtención del índice de Aislamiento Social Autopercebido fue necesario correlacionar al Yo actual con el elemento Otros que brindan la medición del grado que una persona se percibe distinta respecto a los demás (Feixas et al., 2003).

Los resultados del índice Aislamiento Social Autopercebido muestran en más de la mitad de los participantes, una correlación baja, que representa un aislamiento por parte del paciente es decir, las personas presentan sentimientos de soledad o incompreensión y minusvalía por lo que desarrollan una actitud de alejamiento de sus redes de apoyo creando dificultades en las relaciones del paciente hacia la familia y viceversa, que influyen en su respuesta al tratamiento, puesto que al aumentar los sentimientos de soledad o vacío las personas tienden a desapegarse del tratamiento.

Una correlación positiva en la medida es un indicativo de una buena identificación con las personas de su entorno, con sujetos con relaciones interpersonales fluidas con personas que comparten numerosos aspectos; en el grupo de IRC se reporta en menos de la mitad un índice positivo, que hablaría de una red a apoyo interpersonal fortalecida que brinda mayores posibilidades de



éxito al tratamiento al fomentar una participación activa por parte del paciente y de sus cuidadores.

La última medida de Construcción del sí Mismo se obtiene a través de la correlación Yo Ideal-Otros, que proporciona el índice de Adecuación Percibida en los Otros, que indica la manera en que una persona percibe a los demás. Un índice positivo indica agrado hacia su familia y amigos, convergentes con su Yo Ideal; sin embargo, si el índice es opuesto es negativa la percepción. Los resultados reflejan en más de la mitad de los pacientes una correlación negativa y baja, es decir, los pacientes al momento de la investigación presentaban una fuerte insatisfacción con los otros, que de acuerdo a los resultados son percibidos como inadecuados (Feixas et al., 2003).

Las redes de apoyo son un factor importante para el tratamiento del paciente, puesto que son una herramienta de apoyo para el cuidado y apego al mismo; si éstas son deficientes, la realización correcta del tratamiento se dificulta, ya que reafirman sentimientos negativos y de desesperanza en el paciente. El paciente tiende a colocar en el exterior aspectos negativos, que se vuelven hacia sí mismo, es decir, tienen una visión negativa de sí mismo y de los demás, enfrascándolo en un ambiente hostil y que le oferta pocas razones para buscar su salud y bienestar y que disminuye la efectividad del tratamiento.

Es así, que partir de lo anterior se puede denotar entre las correlaciones, una coincidencia que es su mayoría se encuentra en un área negativa, describiendo a la mayoría de los pacientes como aislados con relaciones interpersonales deficientes y baja autoestima.



Como resultado de las posibles combinaciones de puntuaciones altas o bajas, en la Autoestima, el Aislamiento Social Autopercebido y la Adecuación Percibida en los Otros, se pueden tener cinco perfiles cognitivos posibles (Feixas et al., 2003; Lucero, Román y Feixas, 2012): Positividad, Superioridad, Negatividad, Aislamiento y Resentimiento.

En relación al párrafo anterior, la TRCP permite la interpretación conjunta de los diferentes índices, que conduce a patrones y perfiles tentativos de la construcción del sí mismo; es así que a partir del análisis de los índices, los pacientes que participaron en esta investigación en dos quintas partes poseen un perfil cognitivo de Aislamiento, el cuál describe a las personas con una tendencia a interpretar de manera negativa la información referente a ellos y de manera positiva la información referida a los otros. Los índices de Autoestima y de Aislamiento Social Autopercebido, resultan pobres o negativos, mientras que el de Adecuación Percibida en los Otros resulta positivo (Feixas et al., 2003). El resto de los participantes se distribuyeron de los diferentes perfiles (Positividad, Superioridad, Negatividad y Resentimiento) es importante señalar que un 20% no encajaron en ninguno de los perfiles establecidos por la literatura por lo que se optó por categorizarlos con la referencia de “sin asignar” por no encajar en uno de los cinco perfiles posibles.

Es importante señalar que del total de constructos que se elicitaron no se obtuvieron Constructos Dilemáticos, que se refieren a calificaciones en el Yo Ideal en las cuales el sujeto puntuó con 4, lo cual indica que su ideal no es ni de un polo ni de otro; de acuerdo con Feixas et al. (2003). Son constructos poco funcionales, ya que a la persona no le gusta como es ahora pero tampoco sabe cómo le gustaría ser., donde la persona muestra dificultades para realizar la asignación en uno de los constructos; es decir, si bien la persona no sabe quién es, tampoco hay un indicativo de cómo le gustaría ser.



A partir del análisis cualitativo de la TRCP los hallazgos muestran que 16 de los 30 participantes presentan Dilemas Implicativos, en distinto número por cada participante, sumando un total de 78 dilemas. Los dilemas Implicativos para (Feixas et al., 2003 p.162) “son conflictos cognitivos en los que existe un aspecto del sí mismo insatisfactorio que se desearía cambiar pero que, como se asocia fuertemente a aspectos positivos y satisfactorios de la identidad del paciente, es muy difícil de modificar”.

El análisis de contenido de los Dilemas Implicativos en esta muestra, permitió catalogar los dilemas en 7 áreas posibles, en la que el área Relacional es la más implicada en sus Dilemas, seguida por el área Moral y Emocional, lo que permite denotar que los participantes dan especial atención a sus relaciones interpersonales, las cuales se presentan como deterioradas o con conflictos, coincidiendo con lo reportado anteriormente en el índice de Aislamiento Social Autopercibido.



VIII. CONCLUSIONES

- Al realizar la exploración de los datos sociodemográficos se denota que los participantes antes del diagnóstico de IRC, más de la mitad no realizaban actividad física, no presentaban consumo de tabaco ni consumo de bebidas alcohólicas de manera frecuente.
- Los participantes reportan tener la percepción de que se encuentran detenidos, puesto que su actividad laboral se encuentra suspendida.
- Se reportó por parte de la muestra en más de la mitad un desconocimiento de las implicaciones y características de la IRC, sin embargo más de tres cuartos de los partícipes conocía el tratamiento.
- El análisis del SCL-90-R refleja psicopatología presente en las dimensiones de Somatización, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad Fóbica desde “Levemente Afectado” hasta “Afectado”.
- En las dimensiones de Ideación Paranoide y Psicoticismo los puntajes se agruparon en los puntajes de afectación Leve y Moderada.
- Las dimensiones Somatización, Ansiedad y Depresión fueron reportadas en más del 75% de la muestra, siendo las de mayor prevalencia.
- El número de Constructos estuvo en el rango entre los 10 y 12 pares de Constructos, lo cual revela una dificultad para elicitar Constructos por parte de los participantes.
- La mitad de los Constructos elicitados fueron de tipo Discrepante.
- La Estructura Cognitiva denotada PVEPF fue de tipo simple o unidimensional.
- La Polarización Cognitiva que más prevaleció fue la de tipo rígida.
- En cuanto a la Autoestima más de la mitad de los participantes presente una Autoestima baja.
- El Aislamiento Social Autopercebido es en más de la mitad de los casos de tipo bajo.



- En cuanto a la Adecuación Percibida en los Otros es alta en más de la mitad de los participantes.
- El Perfil de Construcción de Sí Mismo que más se presento es el de Aislamiento.
- Las áreas del SCCP involucradas en los Dilemas Implicativos con porcentajes más altos fueron la Relacional con poco menos de la mitad de los casos, seguida de la Moral y Relacional; el área de Salud fue la menos frecuente.



IX. SUGERENCIAS

- De manera preventiva se invita a realizar mayor difusión de las causas, implicaciones y consecuencias de la IRC en la sociedad en general, con el objetivo de generar conciencia en las personas y mayor autocuidado.
- En relación con las personas con IRC se considera importante que se realicen pláticas o talleres que les permita obtener mayor información acerca de la enfermedad y de la importancia de adherencia al tratamiento.
- Se recomienda que en las instituciones donde se realiza el tratamiento sustitutivo se realice con mayor frecuencia una intervención psicológica con los pacientes de IRC con la finalidad intervenir en las implicaciones psicológicas derivadas de la misma.
- Respecto al personal médico se sugiere un conocimiento más amplio acerca de la IRC y conocimiento del protocolo de intervención, así como capacitación en manejo de herramientas psicológicas necesarias en la realización del tratamiento.
- En relación a la Psicología de la Salud se propone que se realice mayor difusión, a partir de involucrar a los estudiantes de manera activa en esta área de conocimiento.
- Se recomienda realizar estudios de tipo comparativo entre pacientes con IRC y muestras sin la enfermedad a fin de observar si existen diferencias en sus sistemas de Constructos Personales.



X. REFERENCIAS

- Alcázar, M. y Egocheaga, R. (2008). Documento de consenso SEN-FYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*; 28(3), 273-282.
- Asencio, L. (2007). Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica. *Psicóloga de la Salud, Adscrita a la División de Investigación del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud*; 74(2), 81-92.
- Banderas, P., Perdón, M. y Rodríguez, S. (2000). Manual de hemodiálisis para enfermería. *Sociedad de Enfermería*; 1, 1-98.
- Barreras, A. y Valenti, C. (2000). *Medicina Interna*. España: Harcourt.
- Barrionuevo, M. (2013). Función renal, aspectos básicos. *Morfodinámica*; 7, 1-29.
- Bishop, G. (1998). Cognitive organization of disease concepts in Singapore. *Psychology and Health*; 13, 121-133.
- Botella, L. y Feixas, G. (2008). Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/31739972_TEORA_d_los_Constructos_Personales_aplicaciones_a_la_prctica_psicologica.
- Camacho, F. (2001). Depresión y enfermedad médica I. *Psiquiatra. Medicina General*; 38(1), 823-826.
- Canto, H. y Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2), 257-270.
- Capponi, R. (1987). Psicopatología y semiología psiquiátrica. *Universidad Católica de Chile*; 1, 1-231.
- Carmack, A. (2011). Trasplante de riñón. *American Urological Association Foundation*; 1, 1-5.
- Carmona, M.T. (2001). La rejilla de constructos personales: Un instrumento para el diagnóstico y la orientación. *Ágora digital*, 2, 1-12. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=4272>.



- Carreira, L. y Marcon, S. (2003). Cotidiano y trabajo: concepciones de individuos portadores de insuficiencia renal crónica e sus familiares. *Latino-am Enfermagem*; 11(6), 823-31.
- Casullo, M. (1998). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 5, 1-8.
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*; 6 (1), 49-57.
- Ciarrochi, J. (1995). *The doubting Disease*. New Yersey: Paulist Press.
- Concha, S. (1994). Diálisis peritoneal ambulatoria continúa. *Med Colomb*; 19, 340-350.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*; 10(2), 169-179.
- Coto, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*; 10 (2), 293-214.
- Devins, G., Hunsley, J., Mandin, H., Taub, J. & Paul, L. (1997). The marital context of endstage renal disease: illness intrusiveness and perceived changes in family environment. *Annals of behavioral medicine*; 19(4), 325-332.
- Diez-Martínez, D. y Mexica, R. (1992). Conceptualizaciones infantiles sobre el proceso de salud y enfermedad. *Salud Mental*; 15, 37-43.
- Espinosa, G. (2009). *Las aportaciones clínicas de la psicología de los constructos personales para un enfoque constructivista de la psicoterapia posmoderna*. México, D.F.: Universidad Salesiana.
- Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el Programa RÉCORD V. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Antaquera, M., Almuedo, G. y Bach, L. (2006). La estructura cognitiva de los trastornos de personalidad de evitación y dependiente: un estudio



- con la técnica de rejilla. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*; 11 (3), 147-154.
- Feixas, G., Dela Fuente, M. y Soldevila, J. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Psicopatología y Psicología Clínica*; 8 (2), 153-172.
- Feixas, G., Hermosilla, S., Compañ, V. y Dada, G. (2009). Camino hacia el coraje: terapia de constructos personales en un caso de depresión mayor, fibromialgia y otras comorbilidades. *De clínica psicológica*; XVIII, 241-251.
- Feixas, G.; Saúl, L.A.; Winter, D. y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*; 26 (2) 243-255.
- Feixas, G. y Botella, L. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Fernandés, E. y Goncalves, O. (1999). Constructos personales del self en cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; VIII, 145-157.
- Flores, C. (2010). Enfermedad renal crónica: Epidemiología y factores de riesgo. *Clinic. Condes*; 21(4), 502-507.
- Flores, J. (2010). Guía introductoria para el uso de DSM- IV en la práctica de la psicología clínica. *Psicología Clínica y Psicoterapia*; 1, 1-11.
- Frenk, J., Ruelas, E., Velázquez, A. y Romero, M. (2004). Sistema de Diálisis Peritoneal. *Centro de Excelencia Tecnológica en Salud*; 1, 1-17.
- García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*; 18(1), 5-16.
- Gary, A., Thibodeau, K. y Patton, T. (2000). *Anatomía y fisiología*. España: Harcourt.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en estudiantes Chilenos. *Terapia Psicológica*; 26(1),39-58.



- González, B., Laguna, M. y Sampaio do Prado, J. (2004). Aplicaciones de la *Teoría de Constructos Personales a la Elicitación de Requisitos*. *Revista IEEE América Latina*; 1, 1-12.
- González, L., Mercadillo, R., Graff, A. y Barrios, F. (2007). Versión computarizada para la aplicación del Listado de Síntomas 90 (SCL-90-R) y del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC), *Salud Mental*; 30(4), 31-40.
- González, N., Tinoco, A. y Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*; 14(32), 258-279.
- Green, S. (2000). Principles of medical psychotherapy, in *Psychiatric Careo of the medical patient*. *Oxford University Press*; 3, 3-15.
- Guevara-Gasca, M. y Galán-Cuevas, S. (2010) El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*; 1, 47-55.
- Gurrola-Peña, G.M. (2003). *Construcción personal y psicopatología. El constructivismo en psicología clínica*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gutiérrez, T., Raich, R.M., Sánchez, D. y Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Psicología y Educación Alianza Editorial.
- Hampson, A. (1982). *La construcción de la Personalidad*. México: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Ibañez, I., Olmedo, E., Peñate, W. y González, M. (2001). Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*; 2(2), 263-288.
- Ibarra, X. y Sile, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermos. *Cultura de los cuidados*; 10, 129-135.



- Kersner, P. (2000). Aspectos psicosociales del paciente en Hemodiálisis. *Enfermedad Nefrología*; 7, 1-10.
- Klahr, S. (1996). Anemia, dialysis, and dollars. *New England Journal of Medicine*; 334(7), 461-463.
- Lara, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M. y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*; 1, 42-50.
- Legrain, M. (1978). *Manual de Nefrología*. Barcelona: Toray- Masson.
- Lipowski, J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*; 31,13–21.
- Lombardi, J., Araya, L. y Olivares, E. (2002). Procedimientos de hemodiálisis. Gobierno de Chile - Hospital del Salvador, *Nephrology Nursing Journal*; 29, 1-14.
- López, D. (2008). Enfermedad Renal Crónica; definición y clasificación. *Medigraphic*; 3(3), 73-78.
- Lucero, C., Feixas, G. y Saúl, L. (2003). Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*; 34(3), 371-383.
- Malaquías, C. (2008). *Estudio de Insuficiencia renal crónica y atención mediante tratamiento de sustitución*. México: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México.
- Manzur, J., Yedlin, G., Leibovich, A., Williams, G. y Amarilla, A. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el primer nivel de atención. *Argentina con vos, siempre*; 5, 1-83.
- Marcet, C. (1985). La dimensión complejidad-simplicidad cognitiva: principales índices de medida. *Cuadernos de psicología*; 1, 79-97.
- Marengo, M. (2011). Enseñanza de Diálisis Peritoneal Automatizada y Enseñanza en el Domicilio del paciente. *Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Puerto Real*; 12, 2, 1-2.



- Mariano, C. (2011). Grado de depresión y nivel de autoestima en el paciente diabético en una unidad de medicina familiar del IMSS en Chiapas. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. UNAM. Chiapas.
- Marin, C. y Carron, R. (2002). The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*, 43, 249-250.
- Maturana, H. (1997). La objetividad: un argumento para obligar. Dolmen: Santiago de Chile.
- Méndez, A., Méndez, F., Tapia T., Muñoz, A. y Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*; 31(1), 7-11.
- Mingote, J., Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., Peciña, I. y Gálvez, M. (2007). El paciente que padece trastorno psicótico en el trabajo diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*; 53(208), 1-17.
- Montenegro, J., Correo, R. y Riella, M. (2009). *Tratado de diálisis peritoneal*. Barcelona: Elsevier.
- Montesano, A., Feixas, G. y Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*; 32 (5), 371-379.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson: España.
- Muzumel, A., Chaudhary, M., Rabheru, M. (2009). Síntomas paranoides en pacientes ancianos. *Revista de Toxicomanías*; 56 (1) 23-31.
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC). (2010). *Los riñones y cómo funcionan*. Recuperado de <http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/yourkidneys/> Consultado febrero 19 de 2014.
- National Kidney Foundation, (2004). Clinical Practice Guidelines on Hypertensión and Antihypertensive Agents in Chronic Kidney Disease. *Kidney Learning System*; 11, 1-24.
- National Kidney Foundation, (2006). Hemodiálisis: Lo que necesita saber. *Kidney Learning System*; 9, 1-23.
- National Kidney Foundation, (2014). Dialysis. *Kidney Learning System*, 2, 1-5.



- Olazarán, J., Agüera, L. y Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología, Servicio de Neurología*; 12, 1-11.
- Oliden, S. (2011). Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). *Joven Psicólogo, de la niñez a la adolescencia*; 6 (4),1-3.
- Padilla-Carmona, M.T. (2001). La rejilla de constructos personales: Un instrumento para el diagnóstico y la orientación. *Ágora Digital*; (2), 1-12 Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=4272>) el 18 de Marzo de 2014.
- Pérez, J. y García, R. (1997). Técnicas de depuración extrarrenal continua. *Rol de enfermería*; 166, 1-20.
- Pérez, V. (2001). Aspectos psicológicos del paciente con Insuficiencia Renal Crónica. *Psicología Clínica y Psicoterapia*; 2, 1-14.
- Ravagani, L., Domingos, N. y Miyazaki, M. (2007). Cualidades de vida y estrategias de enfrentamiento en pacientes sometidos a trasplante renal. *Estudios de Psicología*; 12(2), 177-84.
- Rodríguez, E., Avilés, M. y Campillo, M. (2013). Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y su familia. *Hacer Psicología*; 6, 1-22.
- Sanabria, C., Manzano, C., De Santillana, S., Guarneros, J., Martínez, H. y Torres, A. (2009). *Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana*. México: Secretaría de Salud.
- Sánchez, J. (2005). Análisis de constructos personales del deportista lesionado. *Revista Digital-Buenos Aires*; 83, 1-6.
- Sánchez, R. y Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; 28(3), 265-274.
- Sánz, D. y Botella, J. (1990). Tratamiento de la insuficiencia renal crónica con hemodiálisis. Insuficiencia renal crónica. *Diálisis y trasplante renal*; 521-566.



- Sanz, J. (1991). Hacia un modelo de Depresión desde la Psicología de los Constructos Personales de Kelly. *Boletín de Psicología, Universidad de Complutense de Madrid*; 33. 7-40.
- Sanz, J. (1992). Constructos personales y sintomatología depresiva: un estudio longitudinal. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*; 45(4), 403-411.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2003). *Psicología Anormal*. México: Prentice Hall.
- Saúl, L. S. y López-González, M.A (Octubre, 2010). Medida de la complejidad cognitiva. Trabajo presentado en IV Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Barcelona, España.
- Schrier, R. (2001). *Nefrología*. Madrid: Marbán.
- Secretaría de Salud. (2002). Egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Salud Pública de México*. Recuperado de <http://www.dgis.salud.gob.mx/intercambio/guias/Egresos.html> consultado el 05 de Noviembre de 2014.
- Senra, J., Feixas, G. y Fernández, E. (2001). Manual de Intervención en Dilemas Implicativos. *Revista de Psicoterapia*; XVI(63/64), 180-201.
- Soriano, A. y Tlazola, M. (2006). *Depresión en los pacientes del Hospital General Regional No. 220 "José Vicente Villada" del IMSS, con Tratamiento de Diálisis Peritoneal*. Tesis de Licenciatura. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Stefani, D., Seimann, S., Pano, C. y Acrich, L. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Latinoamericana de Psicología*; 35(1), 55-65.
- Taylor, S. (2003). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Treviño, A. (2003). *Tratado de nefrología*. México: Prado.
- Treviño, B. (2004). Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Medline*; 72, 3-4.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; XX(3), 201-211.



Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Universidad de Compostela*; 14(2),239-251.

Zubirán, S. (2011). Protocolo de trasplante renal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición; 1, 1-64.



XI. ANEXOS

ANEXO 1. Esquema prototípico de la TRCP procesado por el programa RÉCORD.

DATOS ORIGINALES

CONSTRUCTOS Iz ³	A	B	C	D	E	F	G ³	CONSTRUCTOS De ^o	ELEMENTOS
1-ALEGRE	2	1	6	3	2	7	1 ³	1-TRISTE	°A-YO AHORA
2-JUGUETONA	1	1	7	7	2	7	1 ³	2-CALMADA	°B-YO ANTES
3-ENOJONA	3	6	7	1	6	1	7 ³	3-TOLERANTE	°C-MAMA
4-PLATICONA	2	1	6	6	1	7	1 ³	4-CALLADA	°D-PAPA
5-CRITICONA	7	1	6	1	2	1	7 ³	5-BUENA	°E-ESPOSO
6-ORGULLOSA	6	1	7	2	7	1	7 ³	6-AMISTOSA	°F-PERSONA N
7-COQUETA	5	1	7	6	7	7	6 ³	7-TRANQUILA	°G-YO IDEAL
8-DESPREOCU	6	1	1	6	7	1	6 ³	8-PREOCUPAD	
9-PACIENTE	3	1	1	7	5	7	2 ³	9-INPACIENT	
10-CARINOSO	2	2	3	6	1	7	1 ³	10-GROSERO	
11-TRABAJADO	6	1	5	2	1	2	1 ³	11-FLOJO	
12-SOBERBIO	6	5	5	5	6	1	7 ³	12-HUMILDE	

DATOS RECONSTRUIDOS

CONSTRUCTOS Iz ³	A	B	C	D	E	F	G H ³	CONSTRUCTOS De ^o	ELEMENTOS
1-TRISTE	6	6	7	2	5	4	1 7 ³	1-ALEGRE	°A-YO AHORA
2-CALLADA	6	7	7	2	2	4	1 7 ³	2-PLATICONA	°B-ESPOSO
3-GROSERO	6	7	7	5	2	4	1 6 ³	3-CARINOSO	°C-YO IDEAL
4-SOBERBIO	6	6	7	5	5	4	1 5 ³	4-HUMILDE	°D-MAMA
5-ENOJONA	3	6	7	7	1	4	1 6 ³	5-TOLERANTE	°E-PAPA
6-ORGULLOSA	6	7	7	2	4	1	1 ³	6-AMISTOSA	°F-OTROS
7-CRITICONA	7	2	7	6	1	2	1 1 ³	7-BUENA	°G-PERSONA N
8-DESPREOCU	6	7	6	1	6	3	1 1 ³	8-PREOCUPAD	°H-YO ANTES
9-JUGUETONA	1	2	1	7	7	5	7 1 ³	9-CALMADA	
10-PACIENTE	3	5	2	1	7	4	7 1 ³	10-INPACIENT	
11-COQUETA	5	7	6	7	6	6	7 1 ³	11-TRANQUILA	
12-FLOJO	2	7	7	3	6	6	6 7 ³	12-TRABAJADO	

INDICES GENERALES



ANEXO 2. Estadística descriptiva de la TRCP.

Estadística descriptiva de los índices estructurales del RÉCORD de la TCP

	Media	Desviación estándar
Intensidad de constructos	.28	.11
Índice de elementos	.19	.07
Índice total	.23	.07
Índice de Bieri 1	.34	.07
Índice de Bieri 2	.35	.07
Yo /Ideal	.07	.45
Yo /Otros	-.03	.40
Ideal /Otros	.23	.30

La tabla muestra la estadística descriptiva de los índices cuantitativos obtenidos con la Técnica de Rejilla y procesados con el programa RÉCORD.



ANEXO 3. Estadística descriptiva del SCL-90-R de los ítems adicionales.

Estadística de los Ítems adicionales del SCL-90-R.

Reactivo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
SCL19 No tener ganas de comer.	0	4	2.83	1.20
SCL44 Tener problemas para dormirme.	0	4	2.53	1.40
SCL59 Pensar que me estoy por morir.	0	4	1.83	1.46
SCL60 Comer demasiado.	0	4	1.03	1.35
SCL64 Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.	0	4	1.93	1.63
SCL66 Dormir con problemas, muy inquieto.	0	4	1.60	1.52
SCL89 Sentirme culpable.	0	4	1.93	1.57

La tabla muestra el análisis de la estadística descriptiva de los reactivos adicionales del SCL-90-R donde los reactivos 19 y 44 representan los reactivos de mayor significancia.



ANEXO 4. Estadística descriptiva del SCL-90-R del Índice de Severidad Global.

Estadística del índice de Severidad Global.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin severidad	22	73%
Con severidad	8	27%

El índice de Severidad Global se muestra en la tabla 11, representando que en tres cuartos de la muestra no presentan un nivel de severidad en la intensidad del malestar percibido, en contrates del resto que si reportan severidad.