

Universidad Santo Tomás
Maestría en Psicología Clínica y de la Familia
Seminario Investigación - Intervención
Matriz Estado del Arte

Nombres: Aura María Carvajal, Laura Méndez y Felipe Ochoa.

Fecha: 29 de Agosto de 2016.

CONFIGURACIÓN Y RECONFIGURACIÓN DE EXPERIENCIAS E HISTORIAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA RELACIONADO CON AUTONOMÍA Y PROSPECTIVA VITAL

CATEGORÍA DE INDAGACIÓN (20)	INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
1. Psicología clínica. Rehabilitación.	“El presente artículo tiene como objetivo el reflexionar sobre la psicología clínica en Unidades de Rehabilitación y revisar aspectos esenciales. Se hace una breve referencia a aspectos históricos y al estado actual de la psicología en el área de la rehabilitación. Se abordan	“Actualmente la rehabilitación es encarada como un proceso global que tiene como objetivo ayudar a la persona a alcanzar su máximo potencial en los aspectos: físico, psicológico, social, vocacional y educacional, teniendo en cuenta sus aspiraciones, proyectos de vida y las limitaciones que se derivan de su déficit fisiológico o anatómico y del condicionamiento ambiental” (p. 41). “La experiencia clínica sugiere que, teniendo en cuenta la gravedad de las reacciones de esa	Durante el proceso de rehabilitación es fundamental que el Psicólogo Clínico realice compresiones orientadas a la circularidad entre diferentes dimensiones del ser humano, es decir, en los aspectos físicos, psicológicos, sociales,

	<p>también los aspectos psicológicos más relevantes en este dominio, así como las principales teorías de ajuste a la incapacidad y las especificidades de actuación del psicólogo clínico en este contexto, destacándose particularmente los objetivos de su intervención en servicios de rehabilitación y las particularidades de las acciones psicoterapéuticas en este ámbito. Se enfatiza que la actuación del psicólogo en este área se diferencia un poco de su actividad clínica en otros contextos de intervención, tanto por la naturaleza de la población estudiada, que abarca condiciones de salud incapacitantes y diversas enfermedades crónicas, como por la del trabajo, en equipos multi o interdisciplinarios. Se hace alusión al lugar del psicólogo clínico en el equipo de rehabilitación” (p. 40).</p>	<p>población de pacientes, la misma se puede dividir en tres grupos. Un tercio de los pacientes afronta bien su situación, a través del recurso a estrategias previamente establecidas y con el apoyo de personas próximas. Otro tercio tiene dificultad, pero a través de intervenciones terapéuticas casi mínimas, consigue adaptarse a la crisis. El tercer grupo presenta grandes dificultades en encarar la situación. Estos pacientes tienen, con gran frecuencia, historias de dificultades de ajuste, que pueden asociarse a abuso de sustancias químicas, perturbación mental grave e incapacidad para lidiar con ambientes estructurados (Rohe, 2002)” (p. 43). “Ducharme, Gill, Biener-Bergman, y Fertitta (1992), al referirse al ajuste a la enfermedad/ lesión traumática en el sentido del afrontamiento de la situación con éxito, lo describen como una evolución gradual del aprendizaje del individuo para vivir con lo que se ha perdido, que conlleva una resolución del sentimiento de pérdida a través del duelo, el desarrollo de estrategias de “lucha” y una mejora a nivel de las actitudes que validan el significado de la “nueva” vida poslesión” (p. 43). “El modelo comportamental de ajuste a la incapacidad prioriza la importancia de los factores externos en el ajuste de un individuo. En ese modelo se le presta una mayor atención a los comportamientos observables y una menor atención a las cogniciones del paciente. De acuerdo con el modelo comportamental, la persona con incapacidad reciente se depara con cuatro tareas. El</p>	<p>vocacionales y educativas que darán cuenta de la prospectiva vital de la persona y nos permitirá desarrollar intervenciones focalizadas a el potencial del paciente para afrontar situaciones novedosas. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que el Psicólogo Clínico evalúe la capacidad de ajuste del paciente en términos de procesos de afrontamiento y de adaptación frente a las crisis generadas a partir del tratamiento de rehabilitación, con ello se observa la evolución gradual del individuo con respecto a la diversidad de aprendizajes que surgen de la experiencia de enfermedad y que alimentan significados ante “la nueva vida”. La autora propone el modelo comportamental y el modelo de habilidades de afrontamiento que han sido utilizados desde la</p>
--	--	--	--

		<p>paciente debe permanecer en el ambiente de rehabilitación, eliminar comportamientos incongruentes con la incapacidad, adquirir comportamientos congruentes con la incapacidad y mantener el desempeño de comportamientos adecuados a la incapacidad (Rohe, 2002)". (p. 45).</p> <p>“El modelo de habilidades de afrontamiento, que comprende siete tareas adaptativas principales y siete habilidades de afrontamiento, enfatiza tanto factores cognitivos como los eventos externos en el ajuste a la incapacidad. Se basa en la teoría de la crisis formulada originalmente por Lindemann (1944, como citado en Rohe, 2002). De acuerdo con la teoría de la crisis, las personas necesitan un sentido de equilibrio psicológico y social. Después de un acontecimiento traumático ocurre un estado de crisis y desorganización. En el momento de la crisis, los patrones de comportamiento característicos del individuo no son eficaces para conseguir el equilibrio. No obstante, el mencionado estado de desequilibrio es temporal y una nueva armonía es alcanzada dentro de días o semanas (Rohe, 2002)” (p. 45).</p> <p>“El psicólogo clínico, en el área de la rehabilitación, ayuda al paciente a prepararse psicológicamente para una participación plena en el proceso de rehabilitación (DeLisa et al., 2002). La acción del psicólogo en servicios de rehabilitación puede incluir: evaluación del funcionamiento emocional, personalidad, coping, capacidad intelectual, realización académica,</p>	<p>psicología en la intervención clínica, el primero corresponde a la capacidad de ajuste del paciente para permanecer en el contexto de rehabilitación, eliminar comportamientos incongruentes, adquirir comportamientos funcionales y mantenerlos, y el segundo hace referencia a las tareas adaptativas y habilidades de afrontamiento de la persona para hacer frente a un estado de crisis y desorganización con el objetivo terapéutico de promover un sentido de equilibrio psicológico y social.</p> <p>En ese orden de ideas, nos pareció interesante tener en cuenta los modelos expuestos con anterioridad en la medida que posibilita llevar a cabo una preparación del individuo con respecto a su participación en los tratamientos y adicionalmente el psicólogo</p>
--	--	---	---

		<p>integridad neuropsicológica e incorporación de los resultados de esa evaluación en el plan de tratamiento” (p. 46).</p> <p>“El equipo de rehabilitación posee una estructura propia en la oferta de recursos de cuidados de salud, estando constituida por varios profesionales con diferentes formaciones (Rohe, 2002). Ese equipo trabaja en conjunto en el sentido de evaluar e identificar problemas, establecer objetivos terapéuticos e intervenir (Gadi & Cifu, 2003)” (p. 48).</p>	<p>puede incluir evaluaciones a nivel emocional, de personalidad, intelectual y de realización personal con el fin de generar lecturas más amplias de la situación del paciente, por otra parte, se incluyen a otros profesionales de la salud para permitir la retroalimentación de la labor.</p>
BIBLIOGRAFÍA	<p>Morais, S. (2015). Una mirada sobre la psicología clínica en unidades de rehabilitación. <i>Revista Iberoamericana de Psicología</i>. N°. 114. 40- 50. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208852</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
2. Adherencia terapéutica, estrés, cuidador informal, enfermedad crónica.	<p>“La presencia de un enfermo crónico altera a todos los miembros de la familia; en particular, la persona que lo cuida enfrenta sobrecarga de trabajo y niveles intensos de estrés. Este sujeto es muy importante en la vida del paciente, pues constituye un gran apoyo para que éste se adhiera a su tratamiento. El presente estudio se propuso</p>	<p>Estudio realizado con aplicación de: “la escala de adherencia terapéutica en enfermos crónicos y así mismo el estrés en las personas cuidadoras” (p.)Utilizan un diseño cuasi experimental con aplicación. Con resultados relacionados a que el sexo femenino enfrenta niveles más altos que el masculino en relación con la atención del enfermo crónico.</p> <p>“Es un hecho que la persona que se desempeña como cuidadora ve afectadas sus actividades cotidianas, sus relaciones sociales y su salud. El tratamiento de un enfermo crónico suele implicar</p>	<p>Las estadísticas de la Organización mundial de la salud ha informado que más 17 millones de personas mueren por causa de enfermedades crónicas en el mundo, de igual manera se ha pronosticado que hacia el 2030 las defunciones estarán relacionadas con el cáncer, enfermedades cardiovasculares y los</p>

	<p>como objetivo evaluar la adherencia terapéutica de enfermos crónicos y el estrés en las personas que los asisten. Al efecto, se evaluó a 100 enfermos crónico-cuidador con base en la escala de adherencia terapéutica y el inventario de estrés cotidiano. Los datos indican que las personas cuidadoras del género femenino enfrentan niveles más altos de estrés que sus homólogos masculinos. Por su parte, los pacientes mostraron un nivel moderado de adherencia y no se encontró relación entre esta última y el estrés del familiar cuidador”Soria. R, López D, Quiroz C. (2012)</p>	<p>ingesta de medicamentos, modificaciones en su régimen alimenticio, asistencia a consultas para chequeos médicos y análisis de laboratorio. Muchas veces se requiere un asistente que no sólo apoye al paciente en su tratamiento, sino también en su aseo personal, su alimentación y desplazamiento por la casa” (p. 79).</p>	<p>accidentes de tránsito (p. 79). Sin lugar a dudas las enfermedades crónicas constituyen varios niveles de análisis esto indica que este fenómeno encierra categorías sociales, económicas, psicológicas importantes para ser entendidas desde variables hermenéuticas y fenomenológicas.</p>
BIBLIOGRAFÍA	<p>Trujano, Rocío Soria, López, Daniela Ivette Ávila, Valero, Zaira Vega, & Quiroz, Carlos Nava. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. <i>Alternativas en Psicología</i>, 16(26), 78-84. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2012000100008&script=sci_abstract</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
3. Entrevista motivacional;	“Se presenta un trabajo de campo que se propuso como	“El análisis de datos se hizo conforme a un diseño pre-experimental de análisis sistemático de casos,	Limitar la acción psicológica y la intervención a un

<p>enfermedades crónicas; salud pública, estilo de vida.</p>	<p>meta aplicar los principios de la entrevista motivacional (EM) en la inducción de cambios en el estilo de vida de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la localidad bogotana de Engativá. Para eso se diseñó un procedimiento breve de aplicación en una sesión de los principios de la EM, adaptados en función de la etapa motivacional en la que se ubicará la persona respecto de un hábito de comportamiento que debiera modificar según las recomendaciones médicas. Para clasificar la etapa motivacional se siguieron los principios del modelo conceptual conocido como Proceso de Adopción de Precauciones (PAP). En la experiencia participaron 1500 personas con ECNT, residentes en una localidad de Bogotá (Colombia)”</p>	<p>el cual arrojó indicadores que permiten confirmar la probabilidad de aplicación de la EM para inducir intenciones serias de cambio en el estilo de vida, reflejadas en la modificación de la etapa motivacional en que se ubica la persona de acuerdo con el PAP, que se establecieron mediante la realización de seguimientos telefónicos. Los resultados apuntan a sustentar la posibilidad de realizar a un bajo costo trabajos masivos de aplicación de un procedimiento psicológico con alta potencialidad de impacto en asuntos de salud pública”</p> <p>“Si las enfermedades crónicas se entienden como trastornos de larga duración, de desarrollo silencioso y con una mejoría lenta y pasajera de los síntomas, influidas, por factores de riesgo conductuales como el sedentarismo, el consumo elevado de grasas, la baja adhesión a las prescripciones médicas, el consumo de cigarrillo y/o alcohol, el manejo del estrés, entre otros, se evidencia entonces el importante papel de la psicología de la salud en la prevención y tratamiento de dichas enfermedades” (p. 64).</p>	<p>evento específico pareciera una tarea que no se atañe para la realidad de nuestro país. Una de las realidades más complejas y multivariantes y a la vez multicausales que requiere mayor atención son las dinámicas relacionadas con la salud pública. Las enfermedades crónicas son una realidad que a veces pareciera estar escondida solamente en la intimidad de las familias que la padecen pero sin lugar a dudas son fenómenos que requieren niveles de análisis desde las diferentes disciplinas para determinar factores de solución que ayuden a mejorar los procesos psicológicos subyacentes en un paciente enfermedad crónica o de alto costo. Quizás también otra categoría de análisis es que las enfermedades crónicas son prevenibles pero no se hace trabajo preventivo si no curativo cambiar este</p>
--	---	--	--

			esquema sería interesante para entender el por qué se desarrolla una enfermedad de alto costo.
BIBLIOGRAFÍA	Flórez, L. & Carranza, W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. <i>Avances en psicología latinoamericana. Bogotá (Colombia)/Vol. 25(2)/pp. 63-82</i> . Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n2/v25n2a5		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
4. Cuidado paliativo, tratamiento paliativo, enfermedades crónicas, cuidado en casa	“En Colombia y en diferentes países del mundo la dinámica poblacional ha experimentado cambios a través de los años, haciendo que hoy se encuentra población en edades más avanzadas que hace 20 o 30 años; lo cual modifica las características epidemiológicas y los perfiles de morbimortalidad de la población, aumentando la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas de difícil pronóstico dentro de la población; siendo estos grupos etarios hacia quienes deben destinarse nuevas modalidades de atención y	Métodos:” Se realizó una revisión sistemática, que incluyó 25 artículos provenientes de ocho distintos países, clasificados con niveles de evidencia I y II, en los que se evaluaron las dos intervenciones anteriormente mencionadas; cuyas variables de análisis fueron: El lugar de fallecimiento del paciente, alivio de la sintomatología, nivel de satisfacción del paciente y sus cuidadores con los servicios recibidos, número de ingresos hospitalarios independientemente de la causa y días promedio de estancia hospitalaria. Resultados: Se encontró que el 88% de los pacientes que fueron vinculados a la atención domiciliaria habían fallecido en su hogar, evidenciando una reducción en el impacto emocional que el fallecimiento genera; se observó que el 68% de los pacientes refirió que había experimentado disminución en la intensidad de al menos 2 síntomas relacionados con su enfermedad como resultado de la atención en casa; dentro de los cuales se destacan el dolor, las	Sin lugar a dudas es indispensable observar la dinámica familiar entorno a una enfermedad de alto costo, la familia como ente regulador emocional para afrontar la realidad adversa que puede representar una enfermedad se convierte en uno de los principales sentidos de vida dentro de la representación física y social que puede llevar un paciente con una enfermedad crónica. En este estudio se describe de qué manera los cuidados paliativos en casa son determinantes para garantizar la calidad de vida adecuada en un proceso de

	<p>soporte paliativo. Teniendo en cuenta esto y la reducida capacidad instalada en hospitales y centros asistenciales; es fundamental establecer las diferencias entre la atención brindada por programas de cuidado paliativo a través de la modalidad de atención domiciliaria y aquella ofertada al interior de las instituciones”</p>	<p>náuseas y el vómito entre otros. El nivel de satisfacción para el cuidado en casa puntuó en 72%, 19 puntos porcentuales por encima de la calificación que obtuvo el manejo hospitalario. Así mismo sólo el 23% de los pacientes tratados en su hogar, requirió al menos una hospitalización durante el manejo; mostrando una disminución en el tiempo de estancia hospitalaria de 3.4 días promedio. Conclusiones: El manejo paliativo domiciliario de pacientes crónicos en fase terminal, no sólo es una alternativa en la reducción de costos para el sistema de salud, sino que es un factor protector de tipo emocional ya que favorece el acompañamiento de familiares y seres queridos; permitiendo la participación del paciente y su núcleo familiar en el proceso terapéutico. También refleja disminución de los riesgos inherentes a la hospitalización”</p> <p>“Las características y condiciones de la prestación de los servicios de salud deben corresponder con las necesidades directas de los pacientes, las condiciones de su entorno, los cambios sociales y culturales; sus expectativas y la transformación de dichas patologías dentro de la población. Es por esto que se hace apremiante el diseño de nuevos modelos de atención, destacándose en la actualidad la atención domiciliaria como una de las prácticas con mayor impacto” (p. 10).</p>	<p>enfermedad terminal crónica.</p> <p>Es posible que en la intervención psicológica se trabaje este proceso de acompañamiento con la familia entendiendo a la familia como ese motor de búsqueda de sentido como lo define Viktor Frankl en su libro el hombre en búsqueda de sentido, de igual manera tendría sentido poder pensar que el mismo paciente se convierte en un factor de fortaleza y de unión familiar como en casos particulares se ha visto sin embargo esto debe ahondarse recogiendo las experiencias de quienes viven con esta dinámica de vida.</p>
--	---	---	--

BIBLIOGRAFÍA	Salas, M. Guarín, M. (2014) <i>Diferencias en costo efectividad del cuidado paliativo domiciliario frente a la atención convencional hospitalaria para el manejo de enfermedades crónicas en fase terminal: revisión sistemática de la literatura</i> . Colegio mayor nuestra señora del Rosario. Facultad de administración en salud pública.
--------------	--

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
5. Características de la familia, encuestas de salud, valor predictivo de las pruebas.	“La evidencia existente demuestra que países con una atención primaria “más fuerte” alcanzan mejores indicadores de salud a un menor gasto per cápita. Uno de los elementos esenciales de una atención primaria “fuerte” es la existencia del enfoque familiar en su modelo de atención. Diversos estudios muestran que la familia tiene una importante influencia en el desarrollo y control de problemas de salud frecuentes en la atención primaria de salud (APS) tales como trastornos conductuales en niños, depresión en adolescentes, asma infantil, problemas cardiovasculares y control de diabetes mellitus tipo 1. La aplicación eficiente	“La investigación contempló tres etapas. La primera etapa de diseño estuvo dirigida a obtener un instrumento con alta validez de contenido y se desarrolló bajo tres perspectivas. En la “perspectiva científica” se realizó una revisión de instrumentos de valoración familiar publicados en la literatura nacional e internacional a partir del año 1970 en bases de datos primarias (PubMed/Embase/psychoinfo/LILACS), textos clásicos relacionados con el tema y documentos aportados por expertos del Ministerio de Salud. La relevancia de este estudio está dada por la oportunidad de contar con un instrumento simple y de alta validez clínica concurrente y predictiva que permite valorar adecuadamente la vulnerabilidad familiar en salud. La aplicación de este instrumento puede colaborar con la aplicación clínica del enfoque familiar en la APS de nuestro país.”.	Esta es una investigación que parte de un proceso de validación ecológica de una prueba psicológica determinante para ver factores de vulnerabilidad familiar entorno a una situación clínica particular. Se evidencia en este artículo la importancia de realizar acciones concretas dentro de la psicología clínica para aportar a la realidad social y de salud que atañe la atención de la psicología con la utilización de todos sus recursos.

y efectiva del modelo de salud familiar requiere contar con instrumentos que permitan identificar en forma simple y precisa, aquellos grupos familiares con mayor y menor riesgo de desarrollar complicaciones en la salud de sus miembros. En Chile, se han utilizado diversos instrumentos para determinar las interrelaciones y el funcionamiento de una familia. Ellos se han utilizado mayoritariamente como apoyo diagnóstico y no como método de tamizaje para focalizar intervenciones clínicas. En algunos casos, los instrumentos disponibles presentan una alta inestabilidad en el tiempo, carecen de validez clínica predictiva o han sido desarrollados hace varias décadas y pueden no representar apropiadamente la situación de salud familiar y de la atención primaria actual. Este estudio tiene como objetivo central el diseñar y

	<p>validar un instrumento de tamizaje de vulnerabilidad familiar en salud primaria en Chile. La investigación buscó obtener un instrumento aplicable en los centros de atención primaria que permitiera identificar en forma precisa dimensiones de funcionamiento familiar que se asociaran con una mejor o peor evolución de problemas clínicos frecuentes y que fueran susceptibles de intervenir por los equipos de salud.”</p>		
BIBLIOGRAFÍA	<p>Puchel, K.; Reppeto, P.; Solar, M.; Soto, G. & González, K. (2012). Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. <i>Rev Med Chile</i> : 140: 417-425</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
6. Paciente oncológico, estadio terminal, muerte, psicoterapia y psicoterapia gestalt.	<p>“Se presenta una experiencia de aplicación de psicoterapia de orientación gestáltica en pacientes oncológicos en estadio Terminal. No hay antecedentes de aplicación de esta terapia con este tipo de</p>	<p>“La atención psicológica, y en particular la psicoterapia, se ha incorporado al conjunto de acciones destinadas al mejoramiento del estado emocional de los pacientes oncológicos, así como de otros casos en estadio terminal, con el consecuente mejoramiento de la calidad de vida durante el mismo” (p. 391).</p>	<p>El reconocimiento emocional y el mejoramiento de la calidad de vida son dos categorías complementarias importantes durante el escenario psicoterapéutico desde la Gestalt, a su vez la</p>

	<p>pacientes en nuestro país. Se presenta el proceso de atención a una paciente seleccionada entre los casos atendidos por los autores en el hospital Oncológico de Santiago de Cuba. Se aplica la Psicoterapia Gestalt, según sus reglas y procedimientos, conservando la opción de utilizar otros recursos terapéuticos en caso de ser beneficiosos. Se desarrolla la atención durante catorce encuentros y se logra la modificación de estados emocionales negativos vinculados a sensaciones y pensamientos perturbadores. Se logra también cambios en la forma de afrontamiento de la paciente, que le permiten vivir su enfermedad y la proximidad de la muerte en las mejores condiciones emocionales que le sea posible alcanzar” (p. 389).</p>	<p>“Se toma la orientación de este modelo por su potencial capacidad para generar cambios, centrando la atención del paciente en el aquí y ahora, en el darse cuenta de la vivencia inmediata, en la responsabilidad individual, en la asimilación del cambio y en la transformación del significado que adquiera la situación, permitiéndole cerrar asuntos inconclusos” (p. 392).</p> <p>“El objetivo principal de la Terapia Gestáltica es lograr la integración exitosa de los componentes de la personalidad en un todo saludable, su verdadera gestalt; y lograr la experimentación de lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. La Gestalt proclama que no basta con conocer algo sino que es indispensable vivenciarlo. Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos, así como promover la responsabilidad individual. En este sentido, la Terapia Gestalt se ocupa de cerrar asuntos pendientes en el aquí y ahora existencial” (p. 395).</p> <p>“Según Polo Scott (2004) es un proceso psicoterapéutico que tiene como finalidad que el paciente descubra sus propios recursos, los potencie en el aquí y ahora, dándose cuenta de sus asuntos inconclusos y permitiendo cerrarlos, para ir del apoyo externo al autoapoyo” (p. 395).</p> <p>“Se trabaja a favor de que el paciente trate su pasado, presente y futuro tal y como se sienten en el momento actual. Cuando se hable de lo pasado o futuro se les trata como experiencias actuales. Esto</p>	<p>intervención está centrada en el cambio ubicando al paciente en el aquí y en el ahora donde experimentará la situación en el presente y se presentarán transformaciones en los significados en torno a la vivencia con el fin de ‘cerrar ciclos’.</p> <p>La terapia Gestáltica propone ejercicios vivenciales en el cual el individuo se observa así mismo identificando los componentes integradores de su personalidad a partir del reconocimiento de su verdadera gestalt, a su vez la persona experimenta la situación desde el pasado, presente y futuro por medio de sus emociones en el momento actual teniendo en cuenta sus percepciones sensoriales y el descubrimiento de sus capacidades con la finalidad de orientar al paciente a resolver y culminar aquellos asuntos inconclusos,</p>
--	---	--	--

		<p>es entrenar al paciente para vivir "aquí y ahora". Las búsquedas de el 'por qué' de las cosas se revierten hacia las descripciones de los hechos, es decir, del 'cómo' ” (p. 397).</p> <p>“Durante una sesión se trata de identificar y facilitar lo que se llama en Terapia Gestalt el "Ciclo de la experiencia" de acuerdo con sus fases; además, el terapeuta intenta siempre identificar en cuál estrato se encuentra funcionando el paciente. Los estratos se clasifican de acuerdo con la teoría Gestalt como: Falso (lo que dejamos ver a los demás), Como sí (nuestro actuar "como sí" fuéramos esto o aquello), Fóbico (representa nuestros temores e inseguridades frente a nosotros mismos y los demás), Implosivo (todas nuestras energías sin usar), Explosivo (cuando las fuerzas estancadas se disparan hacia afuera en un arranque de autenticidad) y Estrato del Self verdadero, que se alcanza cuando la persona es capaz de vivir y sostener todo tipo de experiencias emocionales en el "aquí y ahora", lográndolo por sí mismo” (p. 397).</p>	<p>paralelamente la psicoterapia trabaja para que el sujeto visibilice sus recursos personales para trascender del apoyo externo al autoapoyo.</p> <p>Complementando lo anterior, la Terapia Gestáltica a su vez propone fases para comprender los ciclos de la experiencia del individuo, estas son falso, fóbico, implosivo, explosivo y estrato del self verdadero.</p> <p>Teniendo en cuenta lo mencionado, nos parece pertinente incluir en nuestra investigación/intervención los aportes de la Terapia Gestáltica porque posibilita dinámicas orientadas al cambio y transformación de la experiencia en el aquí y en el ahora existencial.</p>
BIBLIOGRAFÍA	<p>Verdecia, K. & Gómez, J. (2013). <i>Psicoterapia de orientación gestáltica en la atención de pacientes oncológicos en estadio terminal</i>. Universidad de Oriente Santiago de Cuba. Recuperado de http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/91/86</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
-------	------------------------	--	------------------------------------

		METODOLÓGICOS)	
<p>7. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), factores psicosociales, calidad de vida e intervenciones psicológicas, modelo cognoscitivo-conductual.</p>	<p>“Los cambios que experimentan las personas diagnosticadas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) a nivel individual, familiar o social evidencian la importancia de la intervención psicológica desde el modelo cognoscitivo conductual. En este artículo se recoge literatura que demuestra la efectividad de este modelo para facilitar ajustes en el estilo de vida, generar mayor adherencia al tratamiento, minimizar los riesgos de recaída y mantener el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. Se concluye que es fundamental que la intervención psicológica se brinde con calidad, equidad, oportunidad y pertinencia, lo que reducirá a mediano plazo los costos instrumentales, temporales y profesionales en el manejo de las ECNT” (p. 204).</p>	<p>“Es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema (Spilkin & Ballantyne, 2007). La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia, la disminución en la productividad, entre otras (Checton, Greene, MagsamenConrad, & Venetis, 2012; Parekh, Vandelanotte, King, & Boyle, 2012)” (p. 206).</p> <p>“ En presencia de alguna de las ECNT, se generan cambios en el estilo de vida, que incluyen las actividades cotidianas, el funcionamiento del sistema familiar y económico, los hábitos alimenticios, los espacios de ocio y recreación y el trabajo, entre otras (Jurado & Suárez, 2012)” (p. 207).</p> <p>“La cronicidad de estas enfermedades provoca cambios en la percepción de la autoestima (Carranza & Flórez-Alarcón, 2007), disminución de la satisfacción marital (Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009), cambios de estado de ánimo e irritabilidad (Mendenhall, Fristad, & Early, 2009). Así como problemas ocupacionales y económicos, que repercuten en la dinámica familiar, y exigen ajustes en los roles y expectativas hacia el futuro (González-Gutiérrez, FonsecaFonseca, & Jiménez-Jordán, 2006)” (p.</p>	<p>Cuando un sistema familiar afronta la situación novedosa de enfermedad se ve expuesto a generar transformaciones en términos interaccionales como por ejemplo con la pareja y los hijos, a su vez se presentan cambios en la estructura y funcionamiento familiar, quehaceres cotidianos, hábitos alimenticios, nivel económico, actividades de recreación y contexto laboral, paralelamente se reconfiguran las percepciones de autoestima, satisfacción marital, estado de ánimo, irritabilidad, expectativas hacia el futuro y reajuste de los roles familiares. Adicionalmente, la persona debe comprender la situación de enfermedad y sus implicaciones a nivel médico, pues a partir de allí se reconocen sus creencias en torno a la complejidad de</p>

		<p>207).</p> <p>“La depresión se presenta con mayor frecuencia en la fase terminal de la enfermedad renal crónica (Pruchno et al., 2009)” (p. 207).</p> <p>“El compromiso con el tratamiento está asociado a múltiples factores en el transcurso de una enfermedad. Dentro de estos se encuentra la creencia que se tiene acerca del síntoma y la administración de medicamentos, el tiempo transcurrido luego del diagnóstico, la percepción que se tiene de la complejidad de la enfermedad y la información acerca del carácter progresivo de la enfermedad crónica” (p. 208).</p> <p>“Las intervenciones psicológicas se encuentran encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes. Dentro de las técnicas de intervención se encuentra la entrevista motivacional, la cual facilita la adquisición de un compromiso para el cambio comportamental, a través del reconocimiento y empoderamiento de los problemas presentes y potenciales. Esta entrevista se centra en las verbalizaciones y actitudes del paciente que permiten la identificación de ambivalencia, hábitos o conductas poco sanos que deben trabajarse para promover cambios hacia estilos de vida más saludables (Pruchno et al., 2009)” (p. 209).</p> <p>“Otra estrategia es la psicoeducación, que involucra al paciente de manera activa y busca que un especialista le brinde información pertinente,</p>	<p>los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, la intervención psicológica está orientada a brindarle al paciente aquellas herramientas que le permitirán al paciente el manejo de sus emociones, cogniciones y comportamientos a través de técnicas tales como: 1. La Entrevista Motivacional que hace referencia a la verbalización y actitud de la persona con respecto a su situación actual de enfermedad con el fin de facilitar su compromiso frente al mismo por medio de la identificación y empoderamiento de sus capacidades. 2. La Psicoeducación posibilita que el paciente adquiera información clara y pertinente por parte del especialista ante las demandas de la enfermedad, pues de esta manera el individuo logrará generar</p>
--	--	---	--

	<p>clara y comprensiva. Así, permite la generación de cambios a nivel de creencias y mitos sobre la enfermedad, y plantea sugerencias para el afrontamiento de situaciones cotidianas y para el manejo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Además, facilita la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios debidos a la enfermedad (Cudney & Weinert, 2012)” (p. 209),</p> <p>“Uno de los programas psicoeducativos que cuenta con evidencia de efectividad es el Programa de Auto-Cuidado en Enfermedades Crónicas, propuesto por Chan y Chan (2011). Estos autores, basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura y la psicoeducación, recomiendan realizar sesiones de 2 horas y media, en donde los pacientes participan en actividades que aumentan la capacidad para la realización de cambios relacionados con la salud, tales como el autocuidado de la salud, las relaciones entre los factores personales (afecto y cogniciones) y los factores ambientales (influencia social). Esto dependerá de las necesidades percibidas por el paciente y el equipo de profesionales de la salud” (p. 209).</p> <p>“Existen otras intervenciones terapéuticas que buscan promover la salud a través de la autorregulación, por medio de la meditación, el yoga, las técnicas de relajación y respiración, la hipnoterapia, la imaginería visual y el bio-feedback, que entrenan en el reconocimiento de</p>	<p>cambios en sus creencias y mitos al comprender el impacto del diagnóstico y generará estrategias de afrontamiento, un ejemplo de ello es el Programa de Auto-Cuidado de Enfermedades Crónicas basado en la teoría de la autosuficiencia. 3. Terapias alternativas que proponen la conexión entre los procesos mentales y el control del cuerpo y comportamiento como lo es la meditación, el yoga, la relajación y la respiración, la hipnoterapia, la imaginería visual y el bio-feedback. 4. Modelo Transteórico propone cambios por parte del paciente frente a su estilo de vida en términos de hábitos alimentación y actividad física, pérdida de peso y seguimiento de recomendaciones médicas, en ese sentido se trabaja desde la motivación, la orientación, el comportamiento activo y el</p>
--	---	--

	<p>estados mentales derivados de los procesos a nivel cerebral y la sensación de control sobre el cuerpo y el comportamiento” (p. 210).</p> <p>“En relación con los cambios en el estilo de vida de los pacientes, el modelo transteórico (Knittle et al., 2012) plantea que cambios en la actividad física, la alimentación sana, la pérdida de peso y el seguimiento de las recomendaciones con respecto a los medicamentos hacen parte del proceso y se presentan por etapas: (a) una fase de motivación (los pacientes tienen que estar motivados para tomar acción); (b) una acción escénica (los pacientes necesitan orientación y apoyo cuando están implicados en un comportamiento activo de cambio dentro de un proceso), y (c) un mantenimiento o etapa de retirada (los pacientes necesitan apoyo para prevenir las recaídas y modificar sus trayectorias de autogestión; Knittle et al., 2012)” (p. 210).</p> <p>“En situaciones médicas que implican dolor, como es el caso de la mayoría de las ECNT, las terapias cognoscitivo-conductuales le brindan al paciente una serie de estrategias a través del fortalecimiento de habilidades para el afrontamiento y la reestructuración cognoscitiva; con el fin de que comprenda cómo los pensamientos y las emociones están relacionadas con la presencia de dolor y los utilice para su manejo (Macea, Gajos, Daglia Calil, & Fregni, 2010)” (p. 210).</p>	<p>apoyo. 5. Las Terapias cognitivo-conductuales orientan su intervención a la construcción de estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva mediados por las emociones y pensamientos.</p>
--	---	---

BIBLIOGRAFÍA	Orozco, A. y Castiblanco, L. (2014). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. <i>Revista Colombiana de Psicología</i> 24(1). Universidad del Bosque. Bogotá Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf
--------------	---

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
8. Artritis reumatoide, pauta relacional, distimia y psicoterapia sistémica.	“La finalidad de este artículo se centra en abordar el problema médico de la artritis reumatoide como enfermedad autoinmune, pero desde un punto de vista psicológico sistémico, centrándonos principalmente en los factores relacionales familiares que pudieran estar implicados en el desarrollo y evolución de esta enfermedad. Para ello, se analiza la experiencia clínica llevada a cabo en un caso en concreto, a través del tratamiento implementado su resultado y seguimiento” (p. 461).	“Para adaptarse a esta nueva situación la familia debe poner en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando; de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar al sistema en conjunto a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad; estas a su vez se entrelazan con las características específicas de cada persona en particular, con sus condiciones sociales, religiosas, culturales, o etapas del ciclo vital por el que atraviesan todos los integrantes” (p. 463-364). “La terapia familiar sistémica no focaliza la atención en el individuo portador del síntoma, sino que su trabajo se dirige a restablecer el flujo relacional familiar de tal manera que la consecución de una estructura de funcionamiento más adecuada, sea la que devuelva la homeostasis perdida que hizo factible la génesis de uno o varios síntomas en uno o varios miembros del sistema	Las familias constantemente se encuentran desarrollando mecanismos para adaptarse a los estados de equilibrio y desequilibrio inherentes a la situación de enfermedad donde se generan cambios en las interacciones del sistema y en su funcionalidad, no obstante, también es importante tener en cuenta el ciclo vital por el cual está atravesando cada integrante reconociendo sus características específicas en relación al entorno social, religioso y cultural. Con respecto a lo anterior, la terapia familiar sistémica focaliza su atención en las dinámicas relacionales del sistema en torno a la estructura y el

	<p>familiar” (p. 465).</p> <p>“La enfermedad implicará una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, en función del tipo de enfermedad que se padezca; para su mejor valoración sistémica de la enfermedad Minuchin (2003), menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquías, límites, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación, para prever el tipo de desajuste funcional por el que atravesará la familia y así poder brindar una ayuda adecuada” (p. 467).</p> <p>“La teoría sistémica postula que la enfermedad expresada a través de la sintomatología de un miembro expresa en realidad la disfunción en la comunicación del grupo familiar, por lo que debe modificarse la forma nociva de interacción; esto se fundamenta en las formas de construir la realidad latente en cada ser humano, apela a la capacidad del sujeto de percibir o pensar la realidad desde un punto de vista particular y modificable, y a cambiar modos perjudiciales de interacciones” (p.465).</p> <p>“El genograma familiar está entre la clasificación de los mapas familiares, abarca los aspectos que por consenso teórico de la terapia familiar sistémica han sido catalogadas como las más relevantes en el adecuado funcionamiento de una familia. Se establece como una valiosa herramienta para organizar datos clínicos, ayuda a plantear hipótesis y orienta la acción estratégica del trabajo</p>	<p>funcionamiento de la familia para promover la homeostasis, pues se comprende que la situación de enfermedad es generadora de crisis que a su vez implicarán modificaciones y readaptaciones familiares frente al mismo en términos de roles, jerarquías, límites, cohesión y estilos de comunicación.</p> <p>En ese orden de ideas, dicha caracterización de la familia puede plasmarse a través del Genograma como herramienta clínica donde se plasma la estructura y el funcionamiento del sistema, se evalúan las capacidades de afrontamiento, recursos y adherencia al tratamiento, se visibilizan las redes de apoyo y se construyen hipótesis frente a la situación presentada, paralelamente en la terapia el psicólogo genera escenarios donde cada integrante de la familia expone su punto de vista y</p>
--	---	--

		<p>clínico; además de dar una visión de conjunto del sistema familiar” (p. 472).</p> <p>“El genograma se convierte entonces en parte importante del diagnóstico ante la enfermedad, con él evaluamos los recursos, modos de afrontamiento y capacidad de adaptación del paciente y su familia ante la enfermedad, anticipamos las dificultades en la adherencia al tratamiento y visualizamos las redes de apoyo familiar (Ceballos, 2006)” (p. 472).</p> <p>“En la evaluación familiar entonces, se tiene una perspectiva amplia de la forma en que cada integrante percibe su entorno familiar y los aspectos que consideran están presentes en su familia, de tal forma que se puede elegir, con el consentimiento de la familia en conjunto, discutir entre ellos sus coincidencias y diferencias en alguno de los temas que se crea pertinente; o incluso se puede tomar en cuenta áreas que no se habían discutido o analizado previamente y que pueden ser importantes” (p. 476).</p>	<p>legítima el de los demás en torno a la experiencia de enfermedad para comprender sus coincidencias y diferencias, esto permitirá mayor cohesión entre sus miembros.</p>
BIBLIOGRAFÍA	<p>Pérez. L, Espinosa. I, y Hernández, L. (2016). Pautas relacionales de la distimia y su semejanza en el proceso de la artritis reumatoide. Análisis sistémico de un caso clínico. <i>Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México</i>. Recuperado de: file:///C:/Users/AURA%20MARIA/Downloads/56345-160846-1-PB.pdf</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
9. psiquiatría, psicología, medicina	La enfermedad médico-quirúrgica catastrófica (EMQ-C) se define como una	“De acuerdo con la Biblioteca Nacional de Salud de Estados Unidos, la enfermedad catastrófica se define como “una enfermedad aguda o prolongada	El presente artículo ofrece un modelo de atención para las enfermedades médico

<p>psicosomática, enfermedad catastrófica, trastornos mentales.</p>	<p>enfermedad aguda o prolongada, usualmente considerada como amenazante para la vida o con el riesgo de dejar discapacidad residual importante. La EMQ-C, a menudo, conlleva trastornos psicosociales que afectan de manera importante su evolución, porque alteran el proceso de rehabilitación, los hábitos saludables y la calidad de vida y, además, limitan la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, para ofrecer un tratamiento a la persona quien la padece, es necesario desarrollar modelos que permitan identificar y tratar integralmente todos los aspectos médicos, psicológicos y sociales. La legislación colombiana, desde la aprobación de la Ley 100 de 1993, reglamentó la atención integral de la EMQ-C. No obstante, el desarrollo de programas de atención integral que incluyan lo psicosocial ha sido lento. Se presenta un modelo teórico de atención</p>	<p>usualmente considerada como amenazante para la vida o con el riesgo de dejar discapacidad residual importante” . El término es amplio y puede aplicarse a innumerables enfermedades, además puede ser relativo a la condición física, psicológica, socioeconómica y espiritual de la persona que la padece. La enfermedad catastrófica tiene un impacto global en todos los aspectos de la vida, personales y familiares. No sólo afecta la salud en todas sus dimensiones, sino también los aspectos financieros y de calidad de vida. Por ello los gobiernos continúan buscando la forma de contrarrestar y subsanar los efectos de este fenómeno, generalmente inesperado. Un reciente estudio, que analizó la exposición a gastos médicos catastróficos en 59 países, concluye que las personas pueden ser protegidas a través de una mejor cobertura del riesgo financiero producido por una enfermedad mayor. Plantea, además, que la protección del riesgo es fundamental y crítica para incrementar la salud y la disponibilidad de servicios de salud en los países en desarrollo. El objeto de interés mundial en la atención en salud ha cambiado para considerar factores como interacción social, salud emocional, autonomía, entre otros, hacia un concepto multidimensional y con un carácter positivo). Paralelo a la evolución del concepto de desarrollo, se han incluido otros componentes como la equidad y el entorno ecológico, este último destacado como componente necesario de producción y progreso económico. Se</p>	<p>quirúrgicas que se catalogan como catastróficas pero adicionalmente a eso abre una perspectiva de amplitud en términos de relación de la enfermedad con sistemas amplios por ejemplo.¿Como el sistema de salud colombiano afecta el proceso de abordaje de la enfermedad? Incluso ¿ como responder ante el evento de una enfermedad crónica económicamente? La problemática del manejo de las enfermedades crónicas desde el punto de vista psicosocial afecta significativamente el macrosistema económico de una nación entender esta dinámica abre mucho las posibilidades de análisis al intentar abordar una problemática general.</p>
---	--	---	--

	<p>psicosocial integral en EMQ-C, que sigue los lineamientos de la medicina biopsicosocial de Ángel, junto a un modelo denominado medicina cognitiva, desarrollado previamente por uno de los autores (HR). El modelo incluye aspectos y procedimientos necesarios para su funcionamiento ajustado a la ley colombiana.</p>	<p>abre la puerta a un abordaje complejo, que permite reconocer la existencia de un número de partes con relaciones complejas y en diferentes niveles, que son diferentes al todo que ellas forman.” (P. 46).</p>	
BIBLIOGRAFÍA	<p>Rincón-Hoyos, Hernán G, Castillo, Alejandro, Reyes, Clara, Toro, Carlos E, Rivas, Juan C, Pérez, Ángela, Hoyos, María G, Gómez, Betty, Moreano, Dany, Bersh, Sonia, Salazar, Ómar F, Jiménez, Sonia, Escobar, Viviana, Nessim, Jennifer, Atehortúa, Martha, Tascón, María del Rosario, & Ocampo, Adriana. (2006). Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar). <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>, 35(1), 44-71. Retomado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500005&lng=en&tlng=</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
10. Evaluación Colaborativa, Tratamiento Familiar, Funcionamiento Familiar, Psicodiagnóstico, Conductas de Riesgo.	<p>“En la psicoterapia familiar algunos modelos tienen como indispensable la evaluación mientras que otras no le dan un valor tan importante. El diagnóstico familiar se ha inclinado más al análisis sistémico y se ha alejado del psicodiagnóstico individual,</p>	<p>“Entre los autores de la literatura y práctica en la psicoterapia familiar, existen algunas variantes acerca de lo que es, debería ser o significa la evaluación o diagnóstico de la familia. Algunos enfoques otorgan menor ponderación, por ejemplo la terapia centrada en el problema de Haley (1980), terapia centrada en las soluciones de Shazer (1996), terapia narrativa de White y Epston (1980), enfoque triádico de Zuk (1982). Mientras que para</p>	<p>El autor mencionó diferentes apuestas en torno a la evaluación y diagnóstico de la familia dentro de la psicoterapia, las cuales fueron: 1. La Terapia Centrada en el Problema, 2. La Terapia Centrada en Soluciones, 3. Terapia</p>

	<p>como parte de sus principios de acción (Cibanal, 2004). Sin embargo algunas tendencias han preferido trabajar integralmente y en colaboración (Ackerman, 1994). El presente trabajo se enfocó en el modelo de evaluación colaborativa dentro del tratamiento familiar. Este modelo es una alternativa a la evaluación psicológica (Chalmers, 2006). Centra en la etapa de evaluación del tratamiento para un diagnóstico preciso, supervisar los progresos, el empleo de multi-disciplinas en el tratamiento y la colaboración con los pacientes, sus familias y otros (Frankel, 2009). El tipo de caso único, propio de la psicología (Kazdin, 2001), es descriptivo y exploratorio, seleccionada la muestra por conveniencia siendo una familia nuclear que asiste por iniciativa para resolver su motivo de consulta. El procedimiento llevó de seis sesiones de evaluación y dos</p>	<p>otros, no se puede entender a la familia si no se cuenta con un buen diagnóstico inicial como terapia estructural de Minuchin (1990), la terapia integrativa de Ackerman (1994), el modelo McMaster de Epstein y cols. (1998), el genograma de McGoldrick y Gerson (1985). Sin embargo, todas consideran necesario tener un momento inicial de evaluación de la información que ofrecen los miembros de la familia” (p. 165). “El método de evaluación colaborativa representa un nuevo enfoque a la salud mental, el tratamiento se centra en un diagnóstico preciso, supervisar los progresos, el empleo de multi-disciplinas en el tratamiento y la colaboración con los pacientes, sus familias y otros (Frankel, 2009). El método colaborativo subraya la cooperación entre el sistema familiar y el terapeuta para el logro de las metas que contrarresten su motivo de consulta. Mientras el terapeuta facilita y amplía las alternativas de cambio con el uso de instrumentos y la realimentación de las evidencias” (p. 166). “Observación. Se fundamenta en la observación participante (Hernández-Sampieri, 2007) donde el observador interactúa con los sujetos observados” (p. 167). “Entrevista inicial. Basada en el modelo familiar (Andolfi, 1993), que consta de cuatro estadios: a) social: se recibe a la familia y socializa con ella, b) focalización del problema: se define la situación o motivo de consulta, c) interactivo: se les pide a los familiares que hablen entre sí, d) objetivo de la</p>	<p>Narrativa, 4. Enfoque Triádico, 5. Terapia Estructural de Minuchin, 6. La Terapia Integrativa, 7. El Modelo McMaster y 8. El Genograma, en ese sentido todas aquellas premisas tienen algo en común y es la importancia de la información que suministra cada integrante de la familia. Por otra parte, el método de evaluación colaborativa propone el compromiso entre los diferentes sistemas que hacen parte de la situación de enfermedad, haciendo alusión al paciente, su familia, profesionales de la salud, psicoterapeuta, etc., donde todos aportan a un enfoque de salud mental, lo anterior, se encuentra conectado con la observación participante, haciendo referencia a que el observador hace parte e interactúa con los sujetos observados. Durante la entrevista inicial,</p>
--	---	--	---

	<p>sesiones de seguimiento después un semestre para supervisar los progresos mediante la instrumentación diagnóstica aplicada en la primera y la segunda etapa. El análisis de los resultados muestra que existe eficiencia del modelo colaborativo como intervención en el tratamiento familiar. Porque se reportan progresos de la fase de intervención a la fase de seguimiento, con una disminución importante de la sintomatología. En el funcionamiento familiar se dieron pocos cambios pero existentes, dentro de algunas áreas de la familia como el afecto. En las conductas de riesgo del paciente identificado se presentaron cambios muy favorables en las conductas problema de la escuela y el hogar, así como en el consumo alimenticio. Se pone por entredicho el factor del sesgo en la deseabilidad social, ya que existen algunos datos contradictorios en la</p>	<p>terapia: formulación concreta de los logros deseados” (p. 167). “Manual para la escala de funcionamiento familiar. (Espejel, 1997). Consta de 40 reactivos que evalúan nueve áreas: Territorio o centralidad, roles, jerarquías, límites, modos de control de conductas, alianzas, comunicación, afectos y psicopatología. Cada área incluye de 3-5 preguntas. Familiograma Datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones. Se aplicó para discriminar sensiblemente la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia” (p. 167). “The family Apgar (Smilkstein, 1978). Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10. Revisa cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve)” (p.167). “Manual y guía de Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (house, tree, person) (Buck, 1995). Es una técnica proyectiva que consigna el dibujo de una casa, un árbol y una persona. Se realizó para evaluar la relación simbólica del hijo con el padre y la madre, siendo estos últimos las figuras de árbol y casa respectivamente” (p. 168). “Test Guestáltico Viso-Motor (Bender, 1968). Son 9 tarjetas con figuras geométricas que se administran, iniciando con la figura A, y posteriormente del 1 al 8. Este se aplicó para</p>	<p>el psicoterapeuta transita por cuatro etapas orientadas a la interacción social con la familia, definición del problema, dialogo entre los diferentes integrantes del sistema y formulación de logros terapéuticos. El autor a su vez nos propone instrumentos de evaluación psicológica como lo son la escala de funcionamiento familiar, el cuestionario de la función familiar (The family Apgar), la técnica de dibujo proyectivo, el Test Guestáltico visomotor, el test del dibujo de la familia, el test gráfico del dibujo de un animal, The Mc-Master Model of Family Functioning: a view of the normal family y el genograma familiar, dichas herramientas nos permitirán complementar la información adquirida durante los encuentros conversacionales con el paciente y su familia.</p>
--	---	--	---

	<p>información que proporcionó la familia sobre todo en la fase de seguimiento. Se propone este modelo de evaluación colaborativa para la replicación de casos similares, así como en el peritaje con familias, en el área psicopedagógico o en el campo de la investigación del tratamiento familiar” (p. 164).</p>	<p>determinar el nivel de maduración del paciente identificado y los desajustes emocionales (Koppitz, 1975)” (p. 168).</p> <p>“Test del dibujo de la Familia (Corman, 1967). Aplicado para evaluar el estado emocional del paciente identificado respecto a su ambiente familiar. La técnica consiste sencillamente en solicitar al niño que dibuje una familia” (p. 168).</p> <p>“Test Gráfico del Dibujo de un Animal. (Maganto, 1987). La técnica consiste en solicitar al niño que dibuje cualquier animal que desee. Para este caso se adaptó mencionando que primero dibujara el animal que le gusta, segundo, el que le disgusta y finalmente el que quiere ser. Se utilizó para evaluar la maduración y conflictiva actual, además de analizar la identificación con los tipos de animales dibujados” (p. 168).</p> <p>“The Mc-Master Model of Family Functioning: a view of the normal family. (Epstein et al. 1983) El modelo integra seis dimensiones del funcionamiento familiar: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Respuesta Afectiva, Involucramiento Afectivo, Control de Conducta. Describe las propiedades de estructura y organización del grupo familiar y los patrones de transacción de los diferentes miembros” (p. 168).</p> <p>“Genograma (McGoldrick & Gerson, 1985). Permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia. Se grafica mediante símbolos</p>	
--	--	--	--

		geométricos y se obtiene en la entrevista o en los datos de identificación familiar” (p. 168 - 169). “Diagnóstico Estructural (Umbarger, 1999). Herramienta que sirve para representar por medio de diagramas la estructura de la familia. Se maneja con símbolos que confeccionan el mapa estructural, utilizados para las fronteras, alianzas, desviación de conflictos, etc.” (p. 169).	
BIBLIOGRAFÍA	Lopez, I. (2011). Evaluación Colaborativa como Intervención en el Tratamiento Familiar: Estudio de Caso. <i>Revista de Psicología GEPU</i> , 2(1), 164 - 180. Universidad Vasco de Quiroga/México. Recuperado de http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/3984/1/Evaluaci%C3%B3n%20Colaborativa%20como%20Intervenci%C3%B3n%20en%20el%20Tratamiento%20Familiar,%20Estudio%20de%20Caso.pdf		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
11. Gastritis; Reflujo gastroesofágico; Adhesión terapéutica; Regulación emocional; Intervención cognitivo-conductual.	“Las enfermedades gastrointestinales (EG) tienen alta prevalencia e implican un alto costo económico, social y personal, y se sabe que las emociones negativas desencadenan o exacerban los síntomas. Los pacientes con EG muestran escasa adhesión al tratamiento médico, y a pesar de los resultados favorables de las intervenciones psicológicas	“Las conductas que revelan la falta de adhesión a las prescripciones médicas están asociadas frecuentemente a la ignorancia, convicciones o creencias, actitudes de los mismos pacientes o de las personas con quienes viven, falta de motivación, escasas habilidades de autocontrol y dificultades para cambiar los hábitos de vida.” (p. 259). “los factores que afectan positiva o negativamente la adherencia terapéutica a tratamientos prolongados se pueden dividir como sigue: a) Factores relacionados con el paciente, como el poco o ningún conocimiento acerca de la	Este estudio permite conversar con otros enfoques de la psicología con respecto a las formas de intervención con pacientes con alguna enfermedad de alto costo, en este caso, gastrointestinales. Sus comprensiones y tratamientos conllevan a concluir que se centran en una intervención individual y con cambios a nivel

	<p>para coadyuvar el tratamiento médico de estos problemas, los avances farmacológicos han hecho de lado tales intervenciones; sin embargo, la respuesta al tratamiento médico es incompleta porque se excluyen variables conductuales y emocionales que influyen en dichas enfermedades. Por ende, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la regulación emocional de pacientes con EG. Participaron tres mujeres, una con gastritis, otra con reflujo gastroesofágico y una con ambos padecimientos. Se utilizó un diseño de sujeto único para estudio de casos. Se empleó un autorregistro conductual para recolectar datos de adhesión, frecuencia e intensidad de emociones y síntomas, además del Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario Estado-Rasgo de la Expresión</p>	<p>enfermedad y su tratamiento (...) b) Factores relacionados con la enfermedad, como estados emocionales inducidos por la enfermedad incompatibles con la adherencia al tratamiento (...) y c) Factores relacionados con el equipo de salud, como la carencia o deficiencia de entrenamiento de médicos, enfermeras, asistentes sociales y demás acerca de la adhesión al tratamiento” (p. 259). “se han empleado varias técnicas de modificación de conducta para complementar el tratamiento médico (...) las cuales incluyen el entrenamiento para reducir la ansiedad (biorretroalimentación, técnicas de relajación...), el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, solución de problemas, habilidades interpersonales, etc.) y la extinción o supresión de respuestas de ansiedad mediante desensibilización sistemática, manejo de contingencias y demás” (pp. 259-260). La intervención estuvo compuesta por: 1. Psicoeducación, el cual buscaba que “el paciente pudiera identificar la importancia del tratamiento psicológico y la relación entre su enfermedad y su comportamiento.” (p. 263). 2. Adhesión al medicamento, brindando “estrategias para tomar adecuadamente los medicamentos y siguiera las indicaciones médicas.” (p. 263), (entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, manejo de contingencias y control de estímulos) 3. Adhesión al régimen alimenticio y al ejercicio físico, entrenando habilidades sociales y solución</p>	<p>comportamental para disminuir alguna conducta que se considere que no permite el avance de los tratamientos médicos. Sus intervenciones ni mejores ni peores que el enfoque sistémico, muestran otras formas para trabajar el ámbito clínico desde la salud médica y mental de las personas.</p>
--	--	--	---

	<p>del Enojo. Se obtuvieron además indicadores fisiológicos durante sesiones que incluyeron protocolos de relajación. Las pacientes mostraron cambios favorables en las conductas de adhesión y regulación emocional, lo que se tradujo en la disminución de sus síntomas.” (p. 257).</p>	<p>de problemas. 4. Regulación emocional (reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación diafragmática) 5. Prevención de recaídas.</p> <p>“los resultados muestran que la intervención resultó efectiva en dos de las tres pacientes del estudio, ya que mostraron cambios favorables en la conducta de adhesión al tratamiento médico y adquirieron habilidades para la regulación emocional, lo que repercutió en la disminución de sus síntomas. (...) las técnicas empleadas en el módulo de adhesión al régimen alimenticio fueron efectivas, toda vez que dotaron a las pacientes de estrategias para disminuir el costo de respuesta de esta conducta y adherirse a su régimen de alimentación.” (p. 268).</p> <p>“Evitar conductas de riesgo como la automedicación, el sedentarismo y el consumo de alcohol, abaco, café, chocolate y refrescos, es condición que complementa el tratamiento farmacológico” (p. 269).</p> <p>“La paciente 2 no mostró cambios en la variable de regulación emocional (ansiedad y enojo) al no mostrar una adecuada adhesión a las indicaciones médicas, y es probable que tampoco la haya tenido a las recomendaciones para su regulación emocional. Es importante repetir que esta paciente tenía problemas familiares y económicos durante la intervención y que se agravaron al final, lo que también pudo dificultar que siguiera las indicaciones médicas y</p>	
--	---	--	--

		psicológicas.” (p. 269).	
BIBLIOGRAFÍA	Caballero Suárez, N. P.; Pérez Sánchez, I. N.; Herrera Cornejo, M. A.; Manrique, M. A. & Sánchez Sosa, J. J. (2012). Efectos de una intervención cognitivoconductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. <i>Psicología y Salud</i> , 22(2), 257-273. Recuperado de: http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/550/940		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
12. Diabetes mellitus, embarazo, intervención psicológica.	“En el campo de la salud se sabe que la intervención oportuna conlleva un mejor resultado y pronóstico respecto de aquello que se atiende y la intervención a la salud mental no es una excepción. Por una parte, la psicología, dentro de las instituciones, centra su atención en pacientes que acuden a ella por encontrarse médicamente enfermos, o bien porque experimentan un proceso que debe ser médicamente atendido. Ambas circunstancias tienen un efecto en la esfera psíquica y emocional del individuo, cuya respuesta no puede ser	En los pacientes medicados se encuentra que hay “un efecto en la esfera psíquica y emocional del individuo cuya respuesta no puede ser considerada como psicopatológica, ya que se trata de una reacción esperada frente a los hechos que enfrenta” (p. 99). Malestar psicológico, se toma como “aquella respuesta emocional reactiva a un evento o circunstancia que no cumple con los criterios nosológicos para un trastorno mental, no obstante que presenta una incomodidad subjetiva (...) implica cambios emocionales y conductuales de intensidad variable, de curso breve, rápida evolución y buen pronóstico” (p. 99). Para la intervención de estas enfermedades, “las instituciones cuentan con diferentes disciplinas en la atención integral del paciente. (...) diferentes servicios de interconsulta que, más que esfuerzos aislados, ejercen acciones integrales y articulados en beneficio de las necesidades de los pacientes”	El artículo permite evidenciar la importancia del trabajo interdisciplinar en las instituciones de salud con pacientes que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad de alto costo, la cual trae consigo distintos cambios en los estilos de vida de las personas y sus familiares, lo que a su vez genera cambios a nivel emocional, conductual y relacional. En ese momento, es cuando la intervención psicológica juega un papel importante, con el fin de darle las herramientas, acompañar y fortalecer los recursos de las

	<p>considerada como psicopatológica por tratarse de una reacción esperada frente a los hechos que se enfrentan. Por otra parte, la especialización ha llevado a que la intervención concentre a diferentes disciplinas en la atención integral del paciente. La interdisciplinariedad tiene un efecto en la relación costo-beneficio dada la necesidad de establecer acciones que posibiliten la prevención de padecimientos mentales, así como la optimización de recursos mediante una derivación y atención selectiva de pacientes. Sin embargo, cuando se trata la salud mental el equipo de salud no siempre tiene bien delimitados los criterios de derivación para atención psicológica. Es por ello que en el presente escrito pretendemos describir algunas pautas que permitan al personal de salud tomar la decisión de solicitar apoyo al personal de psicología para la</p>	<p>(p. 99). “La intervención psicológica en las instituciones de salud puede definirse como aquellos procedimientos que aplicados en este campo tienen como objetivo integrar acciones psicoterapéuticas que redunden en el tratamiento integral de los pacientes, mediante la caracterización y prevención de reacciones emocionales (...) además de aminorar las consecuencias” (p. 99). “El profesional de la salud mental se inserta dentro del equipo de salud institucional para brindar apoyo a aquellos casos que en las alteraciones emocionales constituyen una barrera para el tratamiento eficaz, así como para la detección y prevención tanto de complicaciones médicas como emocionales del paciente” (p. 100). Existen tres motivos de consulta que prevalecen en el contexto de la enfermedad de alto costo, siendo estos: 1. Cuando se ven alterados los “patrones de conducta” en la vida del paciente. 2. Cuando se ve alterado la estabilidad emocional, individual, de pareja y/o familiar. 3. Cuando se evidencia riesgo psicológico potencial en su salud global. Objetivo de las intervenciones: “Cómo el evento médico repercute en la vida de aquel que lo padece y de su experiencia emocional” (p. 100). Algunos indicadores y observaciones clínicas puede contribuir a identificar aquellos casos importantes de atención psicológica, siendo estos:</p>	<p>personas que pasan por dicho momento, para que, de esta manera, se logre convivir con la enfermedad y ajustarse a los nuevos hábitos que adquieren los pacientes y sus familiares. Así, el objetivo debe ser promover y permitir que el tratamiento sea eficaz y se prevengan situaciones de malestares psicológicos, sociales y comportamentales. Hay diversas situaciones por las que las personas en una institución de salud llegan a consulta, las cuales son mencionadas en el artículo y por lo que se requiere que los demás profesionales estén atentos para remitir cuando deban realizarlo. Eso permite cuestionar si el papel de la psicología clínica es requerida como algo necesario en todo el proceso de la enfermedad, o sólo cuando se presente alguna de esas situaciones.</p>
--	--	---	---

	<p>atención de los pacientes; en particular se harán algunas consideraciones hacia la paciente diabética que cursa con un embarazo de riesgo.” (p. 98).</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Manifestaciones clínicas de carácter físico (presencia múltiple de síntomas médicos, tomado como somatización).2. Manifestaciones clínicas de carácter afectivo (desamparo, aflicción, tristeza, inadecuación, confusión, impotencia, ansiedad, miedo, impulsividad, agresión, hiperactividad, culpa, intolerancia, entre otros).3. Características relacionadas al funcionamiento global (dificultades en el desempeño de actividades cotidianas, problemas en la interrelación de pareja, familiar y/o social, limitaciones en la experiencia de bienestar)4. Recursos psicológicos personales (“sensación personal hacia la (in)capacidad para resolver las demandas de la vida y lo que ésta impone” p. 101).5. Presencia de eventos críticos evidentes, como por ejemplo: relacionados con procesos de maduración (adolescencia, p.e.), con procesos reproductivos (embarazo, imposibilidad reproductiva, pérdida gestacional, p.e.), con proceso de enfermedad (detección y diagnóstico, cambios en estilo de vida.6. Dificultades en la adherencia terapéutica (falta de apego a los planes terapéuticos, relación médico-paciente, actitud pasiva hacia el tratamiento, inasistencia a consulta, entre otros).7. Hospitalización (“dejar de ejercer roles familiares, sociales, laborales” (p. 103), etc; alteración brusca del ritmo de vida).8. Estresores sociales (desorganización del	
--	---	--	--

		funcionamiento en relaciones de pareja, familiares, laborales y/o sociales y carecer de redes de apoyo). 9. Iniciativa propia (motivación).	
BIBLIOGRAFÍA	Pimentel-Nieto, Diana, Morales-Carmona, Francisco, Sánchez-Bravo, Claudia, & Meza- Rodríguez, Pilar. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. <i>Perinatología y reproducción humana</i> , 27(2), 98-105. Recuperado en 28 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200005&lng=es&tlng=es .		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) SISTÉMICOS TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
13. Adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, programa de intervención biopsicosocial.	“La investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la	“la OMS (2005) se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: «Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente», «Es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas»” (p. 536). “El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas. La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van	Teniendo en cuenta que el ser humano es multidimensional, este tratamiento (biopsicosocial) decidió integrar estas dimensiones al estudiar sobre la adherencia al tratamiento, una variante que ha demostrado su importancia a la hora de intervenir con personas con enfermedades de alto costo. Así, y partiendo de una intervención de corte cognitivo-conductual, se encontró que la intervención incluyendo estas dimensiones es más completa e integral, pues

	<p>ciudad de Cali, Colombia. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos (p = 0,000; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.” (p. 535)</p>	<p>más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.” (p. 536)</p> <p>Las siguientes variables relacionados con eso: del paciente, del tratamiento, de la enfermedad y de la relación médico-paciente</p> <p>“el programa de intervención biopsicosocial demostró también ser efectivo en los niveles totales de adherencia, ya que un porcentaje significativo de pacientes se mantuvo en un nivel alto de adherencia al final del programa.” (p. 543)</p> <p>“El programa de intervención biopsicosocial estuvo conformado por tres componentes: psicoeducativo, adherencia al tratamiento y manejo del estrés.” (p. 544)</p> <p>“la intervención grupal cognitivo-conductual orientada a mejorar los niveles de adherencia en las enfermedades crónicas ha demostrado efectividad en diversos estudios (Hegel, Ayllon, Thiel, & Oulton, 1992; McAuley, 1993) porque aporta estrategias que permiten mejorar los niveles de conocimiento acerca de la enfermedad y las consecuencias de la falta de cumplimiento, incrementa el nivel de autoeficacia, modifica las creencias erróneas que interfieren en la vinculación activa del paciente con el tratamiento” (p. 545).</p>	<p>genera cambios en variables relevantes de una persona en tratamiento médico.</p> <p>Esta es otra forma de comprender las maneras como se ha intervenido desde la psicología con personas en situación de enfermedad.</p>
<p>BIBLIOGRAFÍA</p>	<p>Holguín, L.; Correa, D.; Arrivigalla, M.; Cáceres, D. & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. <i>Univ. Psychol.</i> 5(3), 535-347. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
<p>14. Calidad de vida, paciente, pareja, intervención psicológica.</p>	<p>Objetivo: La calidad de vida (QOL) es un constructo multidimensional que incluye, el bienestar psicológico, físico y relacional.</p> <p>Método: Se realizó una revisión sistemática y un meta-análisis de estudios controlados aleatorios publicados entre 1980 y 2012 de las intervenciones realizadas con pacientes de cáncer y sus parejas, dirigidas a mejorar la calidad de vida. Con el uso de software bibliográfico y revisión manual, dos evaluadores independientes revisaron 752 artículos con un proceso sistemático para conciliar el desacuerdo, produciendo 23 artículos para la revisión sistemática y 20 para el meta análisis.</p> <p>Resultados: Se llevaron a cabo mayoría de los estudios en poblaciones cáncer de próstata y de mama. Los participantes</p>	<p>“... las relaciones sociales se encuentran entre los factores más estudiados que contribuyen a la calidad de vida (QOL). Entre estas relaciones, la relación del paciente con su cónyuge o pareja se considera de suma importancia ya que los pacientes con cáncer lo identifican como su fuente de apoyo más importante. El diagnóstico y tratamiento de cáncer, sin embargo, pueden afectar todos los aspectos de la calidad de vida de los pacientes y sus parejas. Los pacientes deben hacer frente a los cambios en su rol y la angustia provocada por los efectos físicos secundarios y la incapacidad funcional asociada con el cáncer y el tratamiento. Sus parejas no sólo deben hacer frente a la posible pérdida de su compañero de vida (el paciente), sino también convertirse en expertos en la prestación de apoyo físico y emocional durante estas situaciones en la que ellos mismos están bajo un estrés extremo. El hacer frente a los tratamientos contra el cáncer también puede desafiar los patrones de comunicación una pareja establecida, los roles y responsabilidades. Por lo tanto, no es sorprendente que algunas parejas informan que la experiencia con el cáncer les unió más, y otros informan experimentar dificultades de adaptación y comunicación importantes que pueden resultar en sentimientos de disminución de la intimidad y una mayor incidencia de conflictos interpersonales”.</p>	<p>La intervención desde el área de psicología con pacientes oncológicos ha estado encaminada a la calidad de vida de dichas personas en torno a sus relaciones sociales, ya que el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de la enfermedad da lugar a cambios en el contexto interaccional donde se ha observado que el rol del cuidador juega un papel importante frente a la lucha contra la enfermedad y es generalmente la pareja quien asume dicha responsabilidad, en el caso de situaciones de estrés también se ha presentado configuraciones del holón conyugal en los patrones de comunicación que si bien en algunas ocasiones la experiencia se ha leído desde el fortalecimiento en otros momentos se</p>

	<p>del estudio (N = 2.645) fueron principalmente de mediana edad (media = 55 años) y blancos (84%). Para los pacientes, el tamaño medio ponderado efecto (g) a través de estudios fue (IC del 95% = desde 0,12 hasta 0,32) 0,25 para los resultados psicológicos (17 estudios), 0,31 (IC del 95% = 0,11-0,50) para los resultados físicos (12 estudios), y 0,28 (IC del 95% = 0,14-0,43) para los resultados de relación (10 estudios). Para las parejas, el tamaño del efecto promedio ponderado fue de 0,21 (IC del 95% = 0,08 a 0,34) para los resultados psicológicos (12 estudios) y 0,24 (IC del 95% = 0,6-0,43) para los resultados de relación (7 estudios).</p> <p>Conclusión: Por lo tanto, las intervenciones basadas en la pareja tuvieron efectos pequeños pero beneficiosos en términos de mejora de los múltiples aspectos de la calidad de vida para los pacientes y sus parejas. Aún</p>	<p>(p. 1689)</p> <p>“Los enfoques tradicionales para hacer frente a la calidad de vida después de un diagnóstico de cáncer se han centrado en el paciente o en la pareja del paciente. Sin embargo, ambos miembros de la pareja y su relación se ven profundamente afectadas por la experiencia del cáncer. Por lo tanto, hacer frente al cáncer se ha caracterizado como un asunto diádico, y una cantidad creciente de literatura que involucra intervenciones basadas en el sistema de la pareja ha surgido en las últimas dos décadas. Poco se sabe actualmente sobre la eficacia de las intervenciones basadas en estas relaciones, y hay una necesidad de un análisis crítico de estas intervenciones para determinar si se puede mejorar tanto la calidad de vida del paciente y como de la pareja. Aunque ha habido varios avances notables en este ámbito, ninguno ha evaluado la eficacia de las intervenciones basadas en la pareja y en varios aspectos de la calidad de vida para ambos miembros de la pareja” (p. 1689).</p>	<p>comprende desde la dificultad con respecto a la adaptación y disminución de la intimidad.</p> <p>Nos llamó la atención el hecho de que los enfoques tradicionales anteriormente focalizaron su intervención en alguna de las partes, es decir, en el paciente o su pareja, no obstante, las nuevas investigaciones han aportado la importancia de comprender la experiencia del cáncer desde el empalme de un sistema construido por la diada para afrontar las necesidades a nivel de salud y relacional, sin embargo hasta el momento poco se sabe de la eficacia de las intervenciones orientadas a la calidad de vida de las dos personas implicadas (paciente - pareja).</p>
--	---	--	--

	<p>quedan preguntas con respecto al tipo de intervenciones que deben generarse y por cuánto tiempo. La identificación teórica de los mediadores y de las características clave que se distinguen a partir de las intervenciones de los pacientes puede ayudar a fortalecer sus efectos sobre la calidad de vida del paciente y pareja.” (p. 1688).</p>		
BIBLIOGRAFÍA	<p>Badr, H., & Krebs, P. (2013). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. <i>Psycho-Oncology</i>, 22(8), 1688-1704. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3200/epdf</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
15. Guía clínica, psicología, mujeres, diabetes, embarazo	<p>“La presente guía clínica responde a la necesidad institucional y de la psicología de avalar su ejercicio profesional en psicología clínica con base en evidencias científicas. Las alteraciones endocrinológicas, en particular, la diabetes mellitus, tienen una alta</p>	<p>“La experiencia de la enfermedad y el estilo de vida afecta más que la enfermedad en sí misma. Se ha detectado que los siguientes estresores sociales contribuyen a la depresión: baja escolaridad, bajo ingreso económico, ser adolescente, ser madre soltera y tener hijos pequeños, debido a que estos factores ponen a la mujer en desventaja . La presencia de estado de ánimo depresivo se asocia con problemas de adherencia terapéutica, control glucémico, complicaciones por diabetes,</p>	<p>Las enfermedades crónicas presentan una panorámica amplia de posibilidades donde se evidencia que dentro de la intervención psicológica hay mucho por hacer.El presente artículo nos permite una visión interesante frente a las dinámicas relacionales que se perciben como patológicas y la sintomatología que se</p>

	<p>prevalencia en nuestro país, ya que son padecimientos que afectan la vida reproductiva de la mujer y su estado emocional. El presente trabajo documenta las principales alteraciones emocionales en esta población y los factores asociados a su presencia, detección e inserción de apoyo psicológico con objetivos vinculados a las necesidades de las mujeres, relacionados con el proceso de la enfermedad y/o de atención médica, así como con los objetivos institucionales, dado el evento reproductivo.”</p>	<p>funcionamiento global y calidad de vida. . Las reacciones depresivas de las mujeres con diabetes, se asocian a la pérdida de la función endocrina y a las limitaciones que éstas enfrentan en la vida social y familiar. Haber o no planeado el embarazo y las condiciones de salud pregestacional en la que la mujer se encuentra, son aspectos importantes en un primer momento para determinar los riesgos en el embarazo y su aceptación, además de matizar la experiencia emocional hacia el mismo. El 59% de las mujeres con diabetes gestacional no planearon su embarazo. En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres que planearon su embarazo presentaron menor estrés psicosocial y síntomas de ansiedad y depresión, que aquellas mujeres que no planearon su embarazo. En mujeres con diabetes gestacional se considera importante evaluar las creencias personales sobre la enfermedad, así como los riesgos y la necesidad individual de información. No obstante, en otros estudios se ha encontrado que el diagnóstico de diabetes gestacional no contribuye en forma adversa con el estado emocional de las mujeres diabéticas.El estado de ánimo de mujeres con diabetes gestacional, se asocia con el grado de control glucémico.” Pimentel, D. (2007)</p>	<p>presenta en mujeres con una realidad médica compleja.” la depresión, la ansiedad” y diferentes estados de ánimo son la garantía que este tipo de enfermedades se muestran como realidades adversas complejas de tratar.</p>
--	---	---	--

BIBLIOGRAFÍA	Pimentel, D. (2007) Guía Clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum ; PAG : 54-68
--------------	--

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
16. Enfermedad renal crónica, programa preventivo renal, tasas de filtración glomerular, terapia de reemplazo renal, supervivencia	Describimos las características clínicas de la población atendida en el programa de prevención renal (PP) del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) entre los años 2010 y 2014, el tiempo promedio de seguimiento, el tipo de acceso al ingreso a terapia de reemplazo renal (TRR) y la supervivencia a 3 meses de aquellos que requirieron TRR	<p>Estudio observacional descriptivo en mayores de 18 años atendidos en PR, con tasa de filtración glomerular estimada (eTFG) por Cockcroft Gault , se realizaron análisis descriptivos de las características sociodemográficas y clínicas de la población del estudio, tipo de acceso al ingreso a TRR y supervivencia a 3 meses.</p> <p>La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia para todos los estadios alrededor del 10% (1-4). Según la cuenta de alto costo (CAC) en Colombia para el año 2013, se diagnosticaron 2, 579,739 pacientes con alguna enfermedad precursora de ERC y de estos, 975.479 tenían diagnosticado algún estadio de ERC, siendo el 0.94% pacientes en estadio 5 (1). En EEUU actualmente 500000 pacientes se encuentran en terapia de reemplazo renal (TRR) y se calcula que para el año 2030 esta cifra va a ascender a más de 2 millones de personas, con el subsecuente incremento en el consumo de recursos que a la fecha se estima en 23 billones de</p>	Este artículo permite una revisión conceptual de tipo médico sobre la enfermedad renal crónica, y pone sobre la mesa la posibilidad de entender la enfermedad desde punto de vista biológico de igual manera brinda estadísticos significativo sobre la enfermedad, adicionalmente informa que en el Hospital Universitario San Ignacio existe un equipo multidisciplinario que trabaja desde la prevención de la enfermedad y el acompañamiento a los pacientes diagnosticados con ERC.

dólares al año . Adicionalmente, estos pacientes tienen una importante carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad al ser comparados con la población general (HR 3.2 IC 95% 3.1-3.4), con tasas de muerte de 20% por año en aquellos que requieren TRR (6).

La detección temprana de estos pacientes es fundamental con el objetivo de realizar intervenciones de forma oportuna para retrasar la progresión de la enfermedad y así disminuir la probabilidad de requerir TRR o de morir.

A nivel mundial se han diseñado estrategias de detección basadas en la creación de programas multidisciplinarios para el manejo de la ERC en nuestro país ésta iniciativa ha sido liderada por el gobierno a través de la Cuenta de Alto Costo (CAC), favoreciendo la creación de equipos de trabajo en diferentes programas enfocados en la atención del paciente con patología renal, ejemplos de estos son los programas de Salud renal, renoprotección y lo pre diálisis . En el mundo existe evidencia sobre la eficacia de intervenciones individuales en retrasar la progresión de la enfermedad renal, sin embargo es escasa la evidencia acerca del impacto de estrategias organizacionales. **En HUSI, a partir del 2009, existe el Programa Preventivo Renal que tiene como objeto la atención de pacientes con compromiso renal severo (función renal menor del 20%). Está liderada por un equipo**

		<p>multidisciplinario conformado por nefrología, enfermería, nutrición, trabajo social y psicología, es importante evaluar a profundidad las características y evolución de este grupo poblacional en estos 4 años de atención y conocer el impacto de las intervenciones utilizadas en este programa sobre /a progresión de la enfermedad y la supervivencia los primeros tres meses posterior al ingreso a diálisis.</p>	
BIBLIOGRAFÍA	<p>Contreras, K. (2014) Características clínicas de los pacientes manejados en el programa ambulatorio de prevención renal del Hospital: Universitario San Ignacio (HUSI) en el periodo 2010-2014. Trabajo de grado presentado a la Facultad de medicina como requisito parcial para optar al grado de Especialista en nefrología Pontificia Universidad Javeriana</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (TEÓRICOS, METODOLÓGICOS E INTERVENTIVOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
17. VIH/SIDA, consejería, psicoterapia.	<p>“En el Perú los enfermos infectados con el VIH y sus familiares deben afrontar numerosas dificultades y crisis, tales como la notificación de la enfermedad, el tratamiento médico en las diversas etapas de afección, el costo de los medicamentos, la agravación irreversible, la necesidad de cuidados prolongados en</p>	<p>El virus del VIH se presenta con más proporción en personas de sectores socioeconómicos más bajos, los cuales a su vez, presentan niveles elevados de psicopatología, “bajo nivel educativo, estructura familiar inestable, escasos ingresos salariales y consumo elevado de alcohol y sustancias psicoactivas. Por tanto, antes de contraer la infección estas poblaciones ya tienen considerables problemas de salud física y mental” (p. 214). “La notificación de la enfermedad requiere tacto, experiencia y conocimiento. (...) Debemos</p>	<p>Para poder desarrollar cualquier tipo de intervención, es importante tener en cuenta los niveles socioculturales y económicos en los cuales se presenta la enfermedad, de manera que se pueda reconocer las posibles afectaciones con las que ya llegan las familias y pacientes portadoras de la enfermedad. Es importante generar</p>

	<p>ambientes extrahospitalarios, el fallecimiento inminente, las situaciones de duelo y el apoyo proporcionado de algunos grupos de ayuda mutua. En este trabajo se describen algunos procedimientos psicológicos aconsejables para manejar dichas dificultades, incidiendo fundamentalmente en la resolución de los problemas generados por el próximo deceso, la posibilidad de suicidio, así como las controversias actuales sobre la eutanasia y la autoeliminación asistida” (p. 213).</p>	<p>escoger entonces el momento apropiado para comunicar la noticia de la infección (...) procuramos siempre darle aliento y esperanza” (p. 214).</p> <p>El equipo interventivo está constituido por médicos, psicólogos, enfermeras, sociólogos, trabajadores sociales, religiosos, auxiliares voluntarios, entre otros; considerado como “comunidad terapéutica (p. 214). Tienen como objetivo “curar, aliviar y dar apoyo físico y psicológico al paciente y sus familiares” (p. 214).</p> <p>Respecto a la muerte, los autores mencionan dos tipos de estas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A tiempo: La persona muere cuando “se esperaba” (p. 215). - Destiempo: Fallecimiento inesperado o prematuro (persona joven). <p>Reacciones ante la muerte por etapas (Kluber-Ross):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choque y negación. - Ira (¿Por qué yo? P. 216) orientar a los familiares. - Regateo - Depresión - Aceptación <p>Frente a la parte de intervención, los focos han estado centrados en aumentar la habilidad para “afrentar las dificultades” (p. 218), psicoeducación sobre la enfermedad, y consecuencias de la misma (“cambios bruscos o graduales en la autonomía personal, el trabajo, la</p>	<p>conversaciones con el equipo terapéutico (médicos, enfermeras, sacerdotes, trabajadores sociales, sociólogos, entre otros) sobre el tacto, trato y acompañamiento que se tiene con las familias y pacientes de enfermedades de alto costo, pues se comprende la importancia de estos profesionales para conllevar con la carga que implica una enfermedad de este tipo.</p> <p>El término de autonomía que se evidencia dentro del texto, también hace referencia a la decisión del paciente frente a su propia vida y la continuidad de la misma desde una “vida artificial”.</p> <p>La psicoterapia se ha centrado en modelos de afrontamiento y psicoeducación, que si bien se evidencia su relevancia, puede quedarse corta frente a todo lo que implica experimentar una situación de este índole.</p> <p>Por último, el texto nos remite a la autora Kluber-Ross quien</p>
--	---	---	---

		<p>vida social y los ingresos” p. 218). Enfocando las intervenciones no sólo hacia el paciente, sino incluyendo la familia y la comunidad terapéutica. A la familia, es importante escucharla frente a su propia experiencia y dificultades, comprendiendo y respetando los límites que establezcan en la recepción de ayuda terapéutica.</p> <p>Frente al tema de la eutanasia, los autores mencionan: “se debe respetar el principio de autonomía del paciente cuando desea que no usen procedimientos para prolongar una vida artificial” (p. 219).</p> <p>“La consejería constituye un elemento fundamental en el tratamiento de pacientes infectados con el VIH, en cualquiera de sus etapas, especialmente en las fases terminales de la enfermedad, donde no sólo se interviene con el enfermo, sino que se resuelven numerosas dificultades con la familia” (p. 222).</p>	<p>ha investigado sobre las fases por las que atraviesa un paciente y su familia al conocer de la enfermedad y su diagnóstico.</p>
BIBLIOGRAFÍA	<p>Lucho, M. L., & Jerí, R. (2013). Consejería y psicoterapia en el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i>, 60(3), 213-225. Recuperado en: http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1412/1441</p>		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
18. Cáncer, Cuidador, impacto físico, psicosocial y económico,	“El objetivo de este artículo es proporcionar una visión general de los problemas que enfrentan los cuidadores de las personas diagnosticadas	“Los roles del cuidador: Las actividades de cuidado son variadas y numerosas, incluyendo el cuidado personal, la movilidad, el transporte, la comunicación, tareas del hogar, gestión y coordinación de la atención médica,	La evaluación psicológica ha estado orientada a tener en cuenta categorías tales como el impacto físico, psicosocial y económico, específicamente

<p>intervenciones psicológicas.</p>	<p>con cáncer, con especial énfasis en el impacto físico, psicosocial y económico.</p> <p>Una revisión de la literatura, identifica al cáncer como uno de los problemas de salud más comunes, que recibe cuidados informales, teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidadores asumen este papel, a causa de la responsabilidad familiar, sin tener otra opción para proporcionar la atención. Para algunos, este rol puede extenderse por varios años y llegar a ser equivalente a un empleo a tiempo completo, con cargas significativas para la salud, el impacto psicosocial, y las cargas financieras.</p> <p>Tener una mejor comprensión de los roles amplios y críticos que los cuidadores juegan en el entorno oncológico y el impacto de éstos en su salud y bienestar pueden ayudar en el apoyo a los cuidadores con estas tareas y dirigir servicios e intervenciones hacia los</p>	<p>administración de medicamentos y terapias, apoyo emocional, ayuda con el cuidado personal, la organización de citas, servicios sociales, ayuda con las actividades sociales, manejo del dinero, ir de compras, preparación de comidas, llamadas telefónicas y manejo de las finanzas” (p. 1).</p> <p>“Impacto de cuidados físico, psicosocial y económico: Dado el impacto potencial de cuidar a una persona con cáncer, el grado de carga experimentado ha sido el centro de una considerable cantidad de investigación, la carga del cuidador se define como la medida en que los cuidadores sienten que su estado físico o emocional de salud, la vida social y el estado financiero han sufrido como consecuencia de cuidar. A pesar de la prestación de cuidados que tienen un impacto significativo en los cuidadores el bienestar y sus necesidades son frecuentemente considerados secundarios a las del paciente o se pasan por alto (p. 2).</p> <p>“Impacto en la salud física y estilo de vida: Una revisión reciente de Stenberg et al encontró que la mayor parte de problemas físicos prevalecientes reportados por los cuidadores incluyen los trastornos del sueño, fatiga, dolor, pérdida de fuerza física, la pérdida de apetito y pérdida de peso. En un estudio australiano de los cuidadores, más de la mitad reportó que el cuidado había afectado directamente su salud física en general, incluyendo cansancio y agotamiento (54,5%); problemas en la espalda, el cuello y los hombros</p>	<p>desde el punto de vista del cuidador de un paciente diagnosticado con cáncer, pues se comprende que las numerosas responsabilidades que debe asumir trae consigo impactos que se verán reflejados en su calidad de vida cómo se describirán a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud Física: sueño, fatiga, dolor, pérdida de fuerza, apetito y peso, agotamiento, cansancio, dolores en el cuerpo, problemas de presión arterial, corazón, artritis, digestivos e intestinales, estrés. 2. Impacto en las actividades sociales: los cuidadores tienden a disminuir la participación en entorno sociales debido a que su atención y preocupación se centran en las nuevas demandas que
-------------------------------------	---	---	--

	<p>más necesitados” (p. 1).</p>	<p>(33,8%); problemas de presión arterial y / o del corazón (12,6%); artritis (10%); enfermedades relacionadas con el estrés (6,6%); de aptitud física y el peso (5,5%); problemas digestivos e intestinales (4,6%); y las piernas y problemas en los pies (4,6%)” (p. 2).</p> <p>“Impacto en las actividades sociales las relacionales: Los cuidadores a menudo informan que tratar de participar en actividades sociales, sino renunciar como resultado de la preocupación por el paciente mientras están ausentes. En un estudio realizado por Payne y otros, cuidadores más jóvenes en particular sintieron que el cuidado hace incidir sobre su propia vida, y les resultaba difícil expresar sus propias necesidades, a menos que se les preguntó específicamente lejos de la vista del paciente ” (p.3).</p> <p>“Impacto en financiera y estado de trabajo: El cuidado también parece reducir las probabilidades de una persona de ser empleados, y muchos cuidadores no pueden trabajar, tiene que tomar una licencia sin goce de sueldo, tienen un menor número de horas de trabajo, se encuentran en puestos de trabajo con remuneración más baja, o trabajar desde casa para manejar las demandas del cuidador. Reducción en el trabajo remunerado también contribuyó al aislamiento social, impactos financieros a largo plazo de la prestación de cuidados incluyen la pérdida de los ahorros para la jubilación” (p. 4).</p> <p>“Impacto positivo de dar cuidado: ... los</p>	<p>conlleva la situación de enfermedad de su ser querido donde su vida personal posiblemente podría pasar a un segundo plano.</p> <p>3. Impacto financiero y de trabajo: el cuidador tiende a disminuir sus horas laborales y sus ingresos se reducen, ya que en ocasiones debe solicitar licencias no remuneradas para hacer frente a las necesidades de la situación de enfermedad.</p> <p>4. Impacto positivo de dar cuidado: Los cuidadores si bien visibilizan las dificultades en torno a la experiencia de enfermedad, también reconocen los aprendizajes adquiridos tras asumir dicha responsabilidad haciendo referencia a</p>
--	---------------------------------	---	---

		<p>cuidadores fueron capaces de identificar los aspectos positivos de su papel. Cuando los síntomas de los pacientes eran de menor importancia, el tiempo juntos fue descrito muy emotiva como "un tiempo precioso", lo que permitió la exploración de las emociones y la expresión del amor para el paciente", "... reportaron estar orgullosos y satisfechos de haber conseguido el papel de cuidador, de la felicidad a través del tiempo de calidad con el paciente, la capacidad de explorar y resolver problemas, y los sentimientos de valor y autoestima" (p. 4).</p> <p>"Ayudar a los cuidadores: Las intervenciones de atención de apoyo: ... los tres tipos de intervenciones se ofrecen normalmente a los cuidadores: psicoeducativa, entrenamiento en habilidades de afrontamiento (, comunicación y habilidades de resolución de problemas), y la orientación terapéutica" (p. 4).</p>	<p>tiempo de calidad, identificación de emociones mediadas por el amor por el otro, la capacidad de resolver problemas y el fortalecimiento de la autoestima.</p> <p>Por otra parte, la psicología realizó una apuesta para ayudar a los cuidadores a través de las siguientes intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación. 2. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. 3. Orientacion Terapeutica.
BIBLIOGRAFÍA	<p>Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. <i>Journal of Oncology Practice</i>, 9(4), 197-202. Recuperado de http://jop.ascopubs.org/content/early/2012/12/03/JOP.2012.000690.full.pdf</p>		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
19. Enfermedad Crónica, Influencia familiar, Impacto familiar, Abordaje	<p>"Las llamadas Enfermedades Crónicas se están constituyendo en un fenómeno cada vez más frecuente en nuestro país. En</p>	<p>"La enfermedad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de cáncer, por ejemplo, se hará sentir en todo el sistema familiar, viéndose afectados</p>	<p>La enfermedad crónica desde el punto de vista sistémico tiene como herramienta fundamental de análisis todo el sistema del consultante en</p>

psicológico integral	<p>la actualidad, es raro encontrar a una familia que no haya transitado en algún momento de su existencia por una experiencia de cronicidad en alguno de sus miembros. Dado este contexto, el presente trabajo tiene como propósito describir las numerosas implicancias y consecuencias que la enfermedad crónica involucra a nivel familiar. Asimismo, buscará también resaltar su doble vía de influencia: la importancia de la familia en el desarrollo de la enfermedad, por un lado, y el impacto de la enfermedad sobre la familia, por el otro. Finalmente, concluirá respecto de la importancia y urgente necesidad de incluir, desde el comienzo mismo de la enfermedad, al grupo familiar como un todo en un abordaje psicológico integral”</p>	<p>todos los miembros de la familia. Algunas familias sufrirán un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tendrán capacidad de adaptación y saldrán con éxito de la crisis. En el caso de crisis de salud agudas, que se resuelven en cuestión de días, semanas o meses, la prioridad será una buena atención biomédica. Aquí, las demandas psicosociales sobre las familias podrán ser intensas, pero tendrán un límite temporal. En el caso de afecciones crónicas sin embargo, las incertidumbres y ambigüedades a menudo se prolongarán hasta un futuro lejano, frecuentemente con la expectativa de que la enfermedad del paciente empeore y termine con su. Con el tiempo será inevitable que se instale en la unidad familiar una seria tensión psicosocial, pudiendo ésta evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactará en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufrirá al igual que el paciente, pudiéndose generar cambios catastróficos dentro del seno familiar . De este modo, el presente trabajo tiene como objeto central resaltar la importancia y necesidad de incluir al cuidador principal y a la familia en un abordaje integral del paciente crónico. Entiende que de no realizarse una intervención adecuada y oportuna sobre el paciente y todo su núcleo familiar, este último verá rápidamente afectada su calidad de vida y comprometido su</p>	<p>el presente artículo se nos sugiere que es indispensable realizar un trabajo con todos los contextos del consultante para favorecer una estrategia interventiva apropiada a la situación actual.</p> <p>Las variables o las categorías de análisis para el trabajo de grado se deben analizar primordialmente desde la perspectiva de la experiencia y de las historias de vida.</p>
----------------------	---	---	---

		funcionamiento y salud general” Crivello, M.(2013)	
BIBLIOGRAFÍA	Crivello, M.(2013) <i>implicancias y consecuencias de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar</i> . Revista virtual de la facultad de psicología y pedagogía de la Universidad Del Salvador. Páginas 24-36		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
20. Cancer, intervenciones, psicooncología.	<p>“Propósito: Este estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones psico-oncológicas en la angustia emocional y la calidad de vida en pacientes adultos con cáncer.</p> <p>Métodos: Se realizaron búsquedas en bases de datos bibliográficas para identificar ensayos controlados aleatorios que comparan intervenciones psico-oncológicas. Las principales medidas fueron la angustia emocional, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. Los resultados se evaluaron durante tres períodos de tiempo: después del tratamiento, menos de 6 meses, y más de 6 meses. Se</p>	<p>“La revisión bibliográfica muestra que las terapias psicológicas pueden ayudar a los pacientes con cáncer mediante el aumento de sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento, mejorando su ajuste emocional, calidad de vida y habilidades de afrontamiento; mejorando su satisfacción con la atención; mediante la mejora de su salud física y adaptación funcional; mediante la reducción de los síntomas relacionados con el tratamiento, relacionados con la enfermedad; aumentando la conformidad de los pacientes con tratamientos tradicionales; mediante la mejora de los indicadores del sistema inmune; y por el aumento de la duración de la supervivencia o tiempo hasta la recurrencia”.</p> <p>“En consecuencia, nos dimos cuenta de la necesidad de realizar una revisión más crítica de esta literatura para identificar áreas en las que existen construcciones dirigidas a reducir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer, así como las áreas en las que se requiere</p>	Las terapias psicológicas focalizan su intervención a orientar al paciente y su familia sobre información comprensible de la enfermedad y tratamiento, a su vez las sesiones van encaminadas a mejorar el ajuste emocional, la calidad de vida y las habilidades de afrontamiento y capacidad de sobrevivencia.

	<p>aplicaron técnicas estándar de meta-análisis para los datos publicados y no publicados de los estudios recuperados. Los análisis de sensibilidad y meta-regresión se utilizaron para explorar la heterogeneidad.</p> <p><i>Resultados Se recuperaron 198 estudios (que cubren 22,238 pacientes) que reportan 218 comparaciones de tratamiento y control. No se observaron efectos pequeños y medianos significativos para la psicoterapia y la psicoeducación individual y de grupo. Estos efectos se mantuvieron, en parte, en el mediano plazo (\leq 6 meses) y largo plazo ($>$ 6 meses). Los efectos</i></p>	<p>una mayor investigación. Mediante la identificación de las deficiencias metodológicas en la literatura existente, se hacen recomendaciones para mejorar el diseño de futuros estudios en esta área. Como esta literatura se extiende por más de 40 años, esta revisión también exploró el cambio durante el transcurso de tiempo en los trabajos publicados y en la calidad metodológica de los estudios de intervención”.</p>	
--	--	---	--

a corto plazo fueron evidentes para el entrenamiento en relajación. Los estudios que preseleccionaron participantes de acuerdo a un mayor nivel de angustia produjeron grandes efectos después del tratamiento. Se encontró que con intervenciones más largas que produce efectos más sostenidos. A menudo no se informaron los indicadores de la calidad del estudio. Se encontró sesgo en la muestra de las publicaciones para algunos efectos, sobre todo en la psicoterapia individual y ejercicios de

	<p><i>relajación</i></p> <p>Conclusión Varios tipos de intervenciones psico-oncológicas, se asocian con efectos significativos de pequeña y mediana magnitud sobre la angustia emocional y la calidad de vida. Estos resultados deben ser interpretados con precaución, debido a la baja calidad de la información en muchos ensayos” (p. 7).</p>		
BIBLIOGRAFÍA	<p>Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, JCO-2011.</p>		

CATEGORÍA DE INDAGACIÓN (16)	CONFIGURACIÓN Y RECONFIGURACIÓN DE LA EXPERIENCIA Y LAS HISTORIAS DE ENFERMEDAD		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
1. sufrimiento; cáncer; final de vida; malestar emocional; factores asociados;	“Objetivo: Examinar la experiencia de sufrimiento y su relación con problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales en pacientes	“El sufrimientos se ha definido como una amenaza a la integridad de la persona (Cassell, 1999) y, más recientemente, como una experiencia multidimensional y dinámica de estrés severo que ocurre ante eventos de amenaza a la integridad de	Este trabajo nos permite articular la multidimensionalidad del ser humano y resalta la importancia de tener en cuenta

<p>psicológico; social; físico; espiritual.</p>	<p>oncológicos. Método: 98 enfermos de una institución oncológica en cuidados paliativos participaron en el estudio. Se examinó el grado de sufrimiento, la intensidad y amenaza de síntomas y problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, el grado de ajuste y de conciencia de enfermedad y las estrategias de afrontamiento. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos. Resultados: Aproximadamente el 50% de los participantes manifestaron un sufrimiento moderado. Los problemas más frecuentes fueron malestar general, astenia, alteración del estado de ánimo, pérdida de la autonomía, tristeza, preocupación por el futuro de la familia y sufrimiento. Un sufrimiento moderado a severo se asoció con mayor dificultad en el ajuste general y uso de la estrategia de</p>	<p>la persona y donde los procesos regulatorios” (p. 424). “Dado que los procesos de evaluación e intervención deben tener en cuenta la complejidad, la multidimensionalidad y la subjetividad de los síntomas y experiencias que acompañan el sufrimiento, es esencial conocer profundamente las causas y los factores que contribuyen en un momento determinado a la experiencia de sufrimiento de los pacientes en cada contexto social y cultural, a fin de proporcionar la mejor atención posible.” (p. 425). “Se llevó a cabo un estudio de diseño transversal, descriptivo y correlacional, usando un muestreo por conveniencia.” (p. 425) “Se diseñó un instrumento que permitió identificar: el grado de sufrimiento, la intensidad (en una escala de 0 a 10) y el grado de amenaza (en una escala de 0 a 4) de los síntomas físicos (dolor, somnolencia, náuseas, astenia, disnea, insomnio, inapetencia y malestar general), psicológicos (estado de ánimo general, ansiedad, miedo, depresión, pérdida del interés, irritabilidad, culpa y pérdida de la autonomía), problemas sociales (sentimientos de soledad/abandono, dificultades de comunicación, sentirse una carga para los demás, satisfacción con el apoyo social percibido, problemas económicos, problemas del entorno social, problemas relacionados con el futuro de la familia) y espirituales (desesperanza, satisfacción con la vida, deseos de morir, sentido</p>	<p>estos aspectos al momento de comprender el sufrimiento de las personas con alguna enfermedad de alto costo. Las dimensiones son la social, psicológica, espiritual y física, buscando su correlación con las estrategias de afrontamiento frente a los cambios que generan los síntomas y tratamientos de la enfermedad de alto costo. Importante resaltar que dentro de la dimensión psicológica, encontraron relación directa y significativa con la pérdida de la autonomía, pues hay dependencia de otras personas. Sin embargo, esto permite la movilización de las redes de apoyo de la persona puesto que la dimensión social se activa y permite el desarrollo y comprensión de la enfermedad de maneras distintas. Y esto, a su vez, permite afrontar la situación y el sufrimiento desde el apoyo que otras personas brindan, incluyendo el apoyo interdisciplinar.</p>
---	---	---	--

	<p>afrontamiento de pensamiento desiderativo. Un menor sufrimiento se asoció con estrategias de reestructuración cognitiva y evitación de problemas. Conclusiones: Se resalta la importancia de atender los aspectos subjetivos de la experiencia. Cualquier síntoma o problema tiene el potencial de generar sufrimiento, en la medida en que sea percibido como amenazante, y los procesos regulatorios con los que cuenta la persona impidan la adaptación.” (p. 423)</p>	<p>de vida, conexión, dignidad y paz consigo mismo).” (p. 425). “En la dimensión psicológica, la correlación fue directa y significativa con pérdida de la autonomía, ansiedad, alteración del ánimo, tristeza, culpa y anhedonia.” (p. 432). “Los niveles elevados de sufrimiento se asociaron, al igual que lo encontrado en el estudio de Wilson et al. (2007), con problemas de índole biomédica, psicológica y espiritual: astenia, ansiedad, tristeza, anhedonia, desesperanza, deseo de morir, pérdida de la dignidad, pérdida del control y dificultad en la adaptación a la enfermedad; hecho que demuestra la necesidad de realizar una intervención integral a través de un equipo multidisciplinario.(...) el malestar asociado a cada problema depende del significado atribuido por cada individuo en un momento particular” (p. 433). La poca relación encontrada entre la dimensión social y el grado de sufrimiento, se puede explicar “si se tiene en cuenta que los enfermos contaban con una adecuada disponibilidad de apoyo sociofamiliar, lo que manifiesta la tendencia cultural existente en Colombia a proteger y acompañar activamente a las personas” (p. 433) por tanto, aquellos “que cuentan con un buen apoyo sociofamiliar experimentan menor malestar y mayor bienestar asociado a la enfermedad” (p. 434). “La dificultad en la adaptación y aceptación de la</p>	<p>Por esto, es relevante que la intervención se genere en conjunto con otras disciplinas, la familia y otras instituciones. Por último, no todas las experiencias de enfermedad son vistas como negativas, destructivas o que impiden el desarrollo personal, familiar y social, sino que es posible construirse desde aspectos positivos. Todo depende desde el punto donde se observe.</p>
--	--	--	---

	<p>enfermedad, en conjunto con la pérdida de control y un alto coste percibido, se pueden entender como manifestaciones del agotamiento de los recursos personales para afrontar la enfermedad así como la indefensión producida por la enfermedad.” (p. 434).</p> <p>“Focalizarse en los aspectos positivos de la experiencia, así como evitar pensar o hablar acerca de una enfermedad con la que ya han convivido durante mucho tiempo, les permita mantener una sensación de normalidad en la vida cotidiana y dar continuidad a su existencia, pues se constituyen en estrategias centradas en el significado” (p. 434)</p>	
BIBLIOGRAFÍA	<p>Krikorian, A. & Limonero, J. T. (2015). Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. <i>Avances en Psicología Latinoamericana</i>, 33(3), 423-438. Recuperado de: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0ahUKEwjt97v9nOXOAhXD7CYKHfFABMsQFghJMAc&url=http%3A%2F%2Frevistas.urosario.edu.co%2Findex.php%2Fapl%2Farticle%2Fdownload%2F3247%2F3050&usg=AFQjCNEszgpX3eIFCoof4FrHuSxHEXbmDQ</p>	

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) SISTÉMICOS TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
2. depresión, enfermedad médica, pacientes hospitalizados, inventario de depresión de beck, escala de depresión y ansiedad	“El presente estudio pretendió evaluar la presencia de depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas, en una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a	“De acuerdo con Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer (2003), la comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o también que la condición física desarrolla o incrementa la depresión (...) Cassem (1995) anota que en algunos grupos puede incrementarse esta cifra en un 50%, dependiendo de la complejidad de la enfermedad	La depresión es uno de los temas más relevantes al investigar lo correspondiente al tema de la salud mental en pacientes con enfermedad de alto costo. Sin embargo, y teniendo en cuenta los hallazgos de las autores, es

<p>hospitalaria.</p>	<p>quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los datos fueron procesados a través SPSS 11.5, el cual arrojó los siguientes resultados: 1) Una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. 2) Una prevalencia de trastorno depresivo del 11% de la muestra según el HADS. 3) Mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos. Estos hallazgos corresponden a lo referido en la literatura al señalar la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.” (p.</p>	<p>general y la discapacidad asociada.” (p. 61). “la frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario” (p. 62). “los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre un 10 a 60 %” (p. 62). Frente a esto, las autoras mencionan que es común encontrar “reacciones emocionales negativas en los pacientes, las cuales alteran el funcionamiento general, la adhesión al tratamiento, la morbimortalidad y los costos de atención en salud.” (p. 62), temas importantes de considerar. Es importante revisar la preparación del grupo hospitalario frente a esta problemática, puesto que algunos estudios revelan que “el grupo de médicos analizados poseían un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos en cuanto a diagnóstico, etiología y manejo terapéutico” (p. 63) “El síndrome depresivo no solamente genera impacto en el paciente, sino en todo su entorno familiar, pues no sólo enfrentan el sufrimiento causado por la enfermedad misma, sino también se evidencia una alteración del funcionamiento cotidiano, modificaciones de los papeles sociales de la familia y un incremento de posibilidades de divorcio (...) la enfermedad médica comórbida con la depresión, genera baja adhesión al tratamiento” (p. 64).</p>	<p>posible mencionar que el hecho de ser un tema estudiado, se hayan generado todas las intervenciones a través de guías o protocolos que permitieran el tratamiento idóneo y adecuado para la depresión. Por esto, consideramos importante tener en cuenta la sintomatología estudiada frente al tema, con el fin de</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No hacer siempre de lo mismo, sino innovar frente a los nuevos hallazgos sobre la depresión. 2. Incluir dentro de las intervenciones psicológicas el tema de la depresión, no con el fin de centralizarlo en eso, pero tampoco cayendo en el extremo de ignorar sus efectos en el paciente y sus familiares. 3. Orientar las intervenciones también hacia los equipos médicos, con el fin de brindarles las herramientas que requieran frente al manejo de situaciones de este tipo.
----------------------	---	--	---

	59).	<p>“Se trata de un estudio de tipo descriptivo, ya que pretende evaluar los niveles de depresión presentes en la muestra a través de las variables de análisis; sin una mayor pretensión explicativa” (p. 65).</p> <p>“la prevalencia de depresión en este estudio es alta ya que constituyó casi la mitad de la muestra evaluada, (...) lo cual es alarmante dado que las consecuencias de la depresión en los pacientes hospitalizados dificultan la adhesión al tratamiento (...), más lenta la recuperación del paciente (...) alteran el pronóstico y curso de la enfermedad (...) incrementan el riesgo de mortalidad (...) aumenta el número de días de hospitalización (...) y por consiguiente los costos económicos de la enfermedad” (p. 74). “Los prejuicios sociales mantenidos alrededor de la depresión dificultan la adhesión al tratamiento en estos pacientes” (p. 78).</p> <p>“Las personas acompañadas por sus hermanos puntuaron una media de 21.17. (...) la falta de apoyo social es un factor de riesgo de la depresión” (p. 76)</p> <p>“los pacientes que nunca han acudido a un profesional de la salud mental presentaron una tendencia a puntuar más alto en las medias, esto podría deberse a que el paciente no reconoce la depresión como un problema de salud mental y por lo tanto no busca alternativas de tratamiento, al creer que esta patología no requiere intervención terapéutica” (p. 77).</p>	4. Inclusión de los familiares en el tema, reconocimiento que también terminan afectadas por la situación que viven, escuchándolas y teniéndolas en cuenta dentro de las intervenciones que se generen.
--	------	--	---

BIBLIOGRAFÍA	<p>Agudelo Vélez, D. M.; Lucumí Acelas, L. M.; Santamaría Quiroga, Y. J. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. <i>Pensamiento Psicológico</i>, Vol. 4 (10), pp. 59-83. Recuperado en: http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/93/277</p>
--------------	--

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) O TEÓRICOS	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
<p>3. Enfermería; Diálisis renal; Adaptación psicológica</p>	<p>“Objetivo: Conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis, frente a las dificultades inherentes a la enfermedad. Métodos: Estudio cualitativo descriptivo, realizado con 30 personas que viven con problemas renales crónicos en una unidad de hemodiálisis en el noreste de Brasil. Los datos fueron recolectados de enero a marzo de 2013 a través de una herramienta de entrevista semi-estructurada y analizados según el análisis de contenido, modalidad temática. Se utilizó como referencia la teoría de coping.</p>	<p>Es importante comprender que la “Insuficiencia Renal Crónica está relacionada con una disminución en la tasa de filtración, junto con la pérdida de las funciones de regulación endocrina, renal y excretor” (p. 148). Los autores mencionan que los tratamientos para esta enfermedad constituyen una “experiencia difícil y dolorosa” (p. 148) por lo que los pacientes deben “adaptarse a los cambios, como los nuevos hábitos alimenticios, la rutina se modifica, dependencia de la familia y la pérdida de la autonomía. Y esto conduce a cambios en su integridad física y emocional.” (p. 148). “Los estudios sobre las estrategias de supervivencia en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis analizan positivamente la participación de la familia y el equipo de atención, que se consideran como medidas de apoyo en la cara de situaciones difíciles. Por otra parte, la fe, la religión y la resistencia se pueden utilizar como medidas para abordar y comprender los factores estresantes” (p. 148). “la relevancia del estudio es conocer las estrategias</p>	<p>Este estudio, realizado en Brasil, permiten comprender más a fondo sobre la enfermedad de Insuficiencia renal crónica, la cual trae consigo la aplicación de tratamientos que son dolorosos para la persona, malestares psicológicos y cambios en su propia vida y la de sus familiares, quienes son una red de apoyo muy importante para el tratamiento de la misma. Se evaluaron algunos actores que permiten comprender un poco más a fondo las intervenciones que a nivel psicológico se pueden llevar a cabo con ellos y sus redes, reconociendo la importancia de las enfermeras y servicios médicos en su avance y</p>

	<p>Resultados: Las categorías que surgieron de las entrevistas fueron: apoyo a la familia; apego a la religión/creencias; negación y evasión; y la resistencia.</p> <p>Conclusión: La manera de manejar las dificultades inherentes a la enfermedad fue revelado por las estrategias que se basan en la emoción como en la cuestión de supervivencia. Por lo tanto, se han hecho esfuerzos para administrar o cambiar los problemas iniciales, así como los intentos de sustituir o regular el impacto emocional de la enfermedad.” (p. 147)</p>	<p>de adaptación psicológicos en pacientes con insuficiencia renal crónica, para la estructuración de modelos de atención cálidas y humanas que no tienen en cuenta solamente biológica, pero el psicosocial, con el objetivo de atención integral y multidisciplinaria en nefrología.” (p. 148)</p> <p>“Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, desarrollado en una unidad de referencia en la hemodiálisis en el noreste de Brasil” (p. 148).</p> <p>“el apoyo familiar configuran como importante herramienta psicológica adaptación a los acontecimientos estresantes que resultan de la terapia de hemodiálisis.” (p. 150).</p> <p>“el apoyo de la familia debe ser considerada por el equipo de salud y la enfermería como una parte decisiva en el cuidado renal crónica. Por el momento el paciente a combatir la enfermedad, la familia tiene la oportunidad de evitar los factores de estrés, suavizando el impacto que genera el tratamiento de diálisis, lo que permite una evaluación positiva por parte del paciente acerca de su calidad de vida” (p. 151).</p> <p>“Los participantes dijeron que enfrentan la enfermedad, situaciones adversas y las dificultades inherentes a tratar favorablemente con la fe en Dios y el apoyo de la religión (...) La creencia en Dios, el optimismo y el pensamiento positivo originado a partir de la confrontación con el foco en la religión ejercen una gran influencia sobre el desarrollo de respuestas de adaptación a situaciones difíciles de la enfermedad. (...) Vale la pena mencionar que la</p>	<p>comprensión de la enfermedad. Entre estos factores incluyeron: Resiliencia, negación y evitación, aferro a una religión y/o creencia, apoyo de la familia,</p>
--	--	---	---

	<p>búsqueda de las prácticas religiosas puede elevar la negación del problema, dando a la solución de este problema a un ser divino.” (p. 151).</p> <p>“La negación o evitación, como escape de la realidad, o intento de adaptarse a su nueva condición, hace que la persona a dejar de buscar ayuda para su salud física y emocional, la disminución de su red de apoyo.” (p. 152).</p> <p>“En este sentido, se destaca el papel de las enfermeras como el principal agente de proceso de la capacidad de recuperación del paciente en hemodiálisis, ofreciendo formas de entender acerca de la enfermedad” (p. 152).</p> <p>“se observó en los discursos que la resiliencia se configura como una capacidad de dar un nuevo sentido a la vida, debido a varios cambios de naturaleza emocional, social, económica y familiar.” (p. 152).</p> <p>“el individuo resiliente demuestra una actitud optimista ante la vida, el mantenimiento de un equilibrio dinámico durante y después de los conflictos del tratamiento contra la enfermedad, lo que permite a ti mismo para superar las presiones de su mundo, el desarrollo de la auto - confianza y un sentido de auto-protección que no ignore apertura a la nueva, para cambiar la realidad que subyace” (p. 153).</p> <p>“La reacción frente a la enfermedad y las estrategias utilizadas por los individuos, a partir de ahí, parecen ser factores importantes que deben tenerse en cuenta para la promoción de la salud y la calidad de</p>	
--	--	--

		vida de esta clientela. La comprensión de las medidas de adaptación permitirá que el equipo de salud para ofrecer un apoyo adecuado a fin de evitar actitudes pesimismo y abatimiento hacia delante a vivir con la enfermedad.” (p. 153).	
BIBLIOGRAFÍA	Da Silva, R. A. R.; De Souza Neto, V. L.; De Oliveira, G. J. N.; Oliveira da Silva; B. C.; Texeira Rocha, C. C.; Rodrigo Holanda, J. R. (2016). <i>Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico</i> . Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lang=pt		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
4. Calidad de vida, factores biopsicosociales, enfermedad crónica	<p>“Con base en un diseño transversal, se evaluó la calidad de vida y su relación con factores biopsicosociales en 240 participantes, 120 de los cuales vivían con una patología médica crónica prevalente en Atención Primaria de Salud. El principal instrumento utilizado fue el WHOQoL-Bref de la OMS. Se encuentran como variables relacionados significativamente con la calidad de vida la edad, la satisfacción con la salud, el afecto positivo, la balanza de afectos, la satisfacción con</p>	<p>“La Calidad de vida (CV) puede ser definida como el estado o sentimiento de bienestar derivado de la evaluación tanto objetiva como subjetiva del grado de satisfacción de la persona en distintas dimensiones de su vida.” (p. 208).</p> <p>“el grupo de patologías cardiovasculares es el que presenta un mayor porcentaje de personas que evalúan de manera negativa su CV, a diferencia de las patologías de tipo endocrina, que en casi un 28% de los casos la evalúan como buena” (p. 210)</p> <p>Se “refuerza la idea de que la presencia de una enfermedad crónica afecta la evaluación de la CV de una persona.” (p. 211)</p> <p>Se encontró, además, que “más que el paso del tiempo propiamente tal, pudiese ser el paso del tiempo viviendo con la enfermedad, sin embargo, no se encontró relación significativa entre el tiempo viviendo con la enfermedad y la CV reportada.(...) podría indagarse más en el grado de adaptación y de</p>	<p>Este trabajo permite comprender diferentes variables que tienen relación y cierto nivel significativo con respecto a la Calidad de vida de personas que sufren de alguna enfermedad crónica, de manera que permite generar intervenciones a partir de estas relaciones. Sin embargo, los autores comentan la importancia de estudiar estos factores con respecto a la diferenciación de enfermedades crónicas y su tratamiento, puesto que consideran que son variables que son distintas</p>

	<p>la vida y la efectividad de la medicación y de manera inversa con el afecto negativo. No se encuentra relación entre la calidad de vida y el sexo, el apoyo social objetivo y el tiempo viviendo con la enfermedad.” (p. 208)</p>	<p>aceptación de la enfermedad, que probablemente no esté vinculado directamente al paso del tiempo sino a otras variables” (p. 211).</p> <p>“Con relación al apoyo social, se encuentra que la CV se halla vinculada solamente al apoyo social subjetivo a nivel de la muestra total (...) tornándose más importante el sentimiento de saber que se tiene apoyo (vinculado posiblemente a una mayor importancia a valores de pertenencia, colectivismo y cooperativismo), más que la presencia real de este apoyo.” (p. 212).</p> <p>Se evidencia, además, “la influencia que tiene el equilibrio afectivo en la calidad de vida de las personas (no solo en las afectadas por una enfermedad), llegando algunos autores a plantear este componente como una medida más de calidad de vida” (p. 212)</p> <p>También se halló “una relación significativa entre el control percibido de la enfermedad y la CV; esto es, a mayor percepción de control de su enfermedad, mayor calidad de vida, presumiblemente esta vinculación pueda tener un contexto cultural o bien algunos elementos externos estén influyendo en este sentimiento de control” (p. 213)</p> <p>“existe un relación significativa entre la efectividad de la medicación y la calidad de vida. Esto puede tener su explicación en las características del tratamiento y la medicación, la cual puede ser tan efectiva que deja de convertirse en un elemento consciente vinculado a la calidad de vida general.” (p. 213).</p>	<p>dependiendo de la enfermedad con la que se relacionen, debido a la sintomatología, la información que se conozca de esta, y el impacto del tratamiento en la vida de las personas.</p> <p>Todo esto, nos ayuda a comprender algunos de los factores importantes a tener en cuenta a la hora de conversar con profesionales y/o personas que padezcan de una enfermedad crónica.</p>
--	--	---	--

BIBLIOGRAFÍA	<p>Urzúa M, Alfonso. (2008). Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. <i>Terapia psicológica</i>, 26(2), 207-214. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200007&lang=pt</p>		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
5. Calidad de vida, conducta de afrontamiento, insuficiencia renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante de órganos	<p>“Se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica, la prueba de calidad de vida WHOQOL-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1985). Se encontró que los pacientes en tratamiento de trasplante</p>	<p>“Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo.” (p. 10)</p> <p>“Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha et al., 2003).” (p. 11).</p> <p>“Álvarez et al. (2001) sostienen que los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud (...) En relación al tratamiento Kimmel (2001) afirma que la posibilidad de escogerlo es una</p>	<p>El artículo contribuye a la comprensión de la calidad de vida frente a pacientes que tienen como tratamiento la hemodiálisis, en comparación con aquellos que han tenido cirugías de trasplante de riñón, encontrándose que estos últimos perciben tener una mayor calidad de vida global que los primeros; puesto que refieren sentir que recuperan un poco de su vida anterior al diagnóstico y la autonomía que les permite tener una visión del futuro mucho más clara.</p> <p>Adicional a esto, sostienen que pese a los cambios de vida, relaciones y contextos que vive la persona, sugieren</p>

	<p>reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, con estudios universitarios, casados y empleados. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos” (p. 9)</p>	<p>variable que influye sobre medidas psicológicas de la calidad de vida, en parte porque les da una sensación de no haber perdido el control sobre su salud. La calidad de vida tiene que ver con la adaptación del paciente a su tratamiento” (p. 11). “El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1985), se entiende como ‘aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo’ ” (p. 12). “Participaron 120 pacientes de los cuales 80 pertenecían a la unidad renal de la Clínica San Rafael, 40 en el tratamiento de hemodiálisis, 40 en diálisis peritoneal y 40 pacientes que asistían Colombiana de trasplantes en la Clínica de Marly y la Clínica San Rafael de la ciudad de Bogotá (...) Instrumentos: Ficha sociodemográfica (...), World Health Organization Quality Of Life-100 (...), Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento” (p. 14). “Como se puede observar, los pacientes trasplantados tienen puntuaciones más altas que los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal en la mayoría de variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida. En las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal tienen puntuaciones similares” (p. 15). “A nivel general, se encontró que los pacientes</p>	<p>la necesidad de trabajar en conjunto con las familias, brindando herramientas de afrontamiento frente a la situación experimentada.</p>
--	--	---	--

		<p>trasplantados comparados con los pacientes de hemodiálisis presentan puntuaciones más altas en la variable calidad de vida global, lo que indica que pueden estar más satisfechos con su salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente, y en general con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos de su calidad de vida.” (p. 20)</p> <p>“Teniendo en cuenta las comparaciones realizadas se puede decir que el trasplante renal genera en los pacientes una mejor calidad de vida global, probablemente porque es el tratamiento en el cual los pacientes, a pesar de continuar con el uso estricto de medicamentos y supervisión permanente del equipo médico, tienen más autonomía y un nivel de funcionamiento similar al experimentado antes de la aparición de la enfermedad.” (p. 21)</p> <p>“Es fundamental que la intervención psicológica brinde más herramientas a los pacientes en relación con las estrategias de afrontamiento que emplean frente a la enfermedad, para que éstas estén orientadas tanto al problema como a la emoción, ya que limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes, mientras que el uso mixto centrado en la emoción y luego en el problema tendría mayores beneficios para situaciones estresantes que se presenten en el futuro (Cassaretto et al., 2007)” (p. 25).</p>	
--	--	--	--

BIBLIOGRAFÍA	Hernández, P. A. A., López, L. C. C., & Anacona, C. A. R. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. <i>Revista Colombiana de psicología</i> , 17, 9. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
6. Construcción narrativa de la experiencia familiar del cáncer. Afrontamiento familiar. Identidad familiar y personal e historias futuras. Protocolo de investigación/intervención.	“El objetivo de este estudio fue diseñar un protocolo de investigación/intervención que permitiera comprender las narrativas familiares que organizan la experiencia del cáncer en un hijo menor de edad en el Servicio de Oncohematología Pediátrica del Hospital de la Misericordia y su relación con el afrontamiento de la enfermedad, que a su vez posibilitará la emergencia de relatos alternos que permitieran el cambio narrativo y re-significarán tal experiencia. El trabajo de investigación/intervención se desarrolló bajo un diseño de estudio de caso con tres familias, cuyos hijos se encontraban en tratamiento en el hospital. Se llevaron a	Construcción narrativa de la experiencia familiar del cáncer: “La interacción es la base de los sistemas humanos, por esto, se les concibe como relacionales. Tal interacción se realiza a través del lenguaje y es en el lenguaje donde se generan los significados, tanto en lo verbal, como en lo no verbal; de igual manera los interlocutores pueden ser otros o nosotros mismos” (p. 23). “Las personas en la constante interacción social lingüística encuentran sentidos implícitos en lo dicho y de esta forma, surgen nuevos significados y se transforman algunos ya existentes, lo que lleva a las personas a reorganizar la experiencia” (p. 25). “Las descripciones sobre las cuales las personas construyen los problemas pueden estar influidas por discursos culturales y políticos, por lo tanto, en una cultura como ésta en la que se ha considerado que las patologías son inherentes al individuo, en lugar de darles una explicación relacional, la persona puede construir narrativas que tengan un efecto perjudicial, impulsándola a adjudicar sus problemas a su identidad, personalidad o comportamiento. No obstante, creemos que los fenómenos no se	La construcción narrativa de las familias frente a un evento no normativo como es el caso de la enfermedad nos permite comprender la dinámica relacional del sistema en términos de significados y replanteamiento de la vida en torno a la situación novedosa, así mismo la experiencia humana se reorganiza frente a la realidad a partir de la interacción lingüística entre varios sistemas (familiar e institucional) donde se observarán posiblemente discursos dominantes culturales en la historia de vida de las familias. El cáncer como metáfora o como opción para resignificar la vida nos

	<p>cabo cinco sesiones con cada familia desde los planteamientos de la conversación terapéutica en escenarios conversacionales reflexivos que permitían legitimar y validar los relatos dominantes de la familia, constituyéndose un espacio para la emergencia de lo atípico que posteriormente era ampliado para la co-construcción de narrativas alternas. Así, en cada uno de los casos, se evidenció una transformación en las narrativas dominantes sobre la enfermedad y por ende, una reorganización de la experiencia familiar más satisfactoria. Por lo anterior concluimos que el protocolo de investigación/ intervención que diseñamos para este estudio constituye una poderosa herramienta terapéutica para el trabajo con las familias de niños con cáncer” (P. 11).</p>	<p>producen al interior de un individuo, sino que se construyen en las interacciones sociales” (p. 26). “En el medio hospitalario, la interacción de las personas con los miembros del equipo de salud se da dentro de un contexto lingüístico caracterizado por cierta predominancia del discurso médico, por lo que la construcción narrativa de la experiencia del cáncer se hace también a partir de las comprensiones que las personas desarrollan en tal interacción lingüística. De este modo, su experiencia no sólo se organiza sobre la base de relatos acerca de experiencias cercanas o comunes a otros casos, sino también, a las impresiones del equipo de salud en la interacción con las familias” (p.26). “Somos coautores de una narración en constante cambio que deviene en nuestra mismidad, y por ende, en la co-creación de estas narraciones de identidad, hemos estado siempre inmersos en la historia de nuestro pasado narrado y en los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas” (P. 63). “En algunos casos, la experiencia de familia se narra como ligada a determinados acontecimientos, con lo que queda implícita la idea de que estos representan oportunidades para que la familia se constituya a sí misma como “familia”. Existe entonces una especie de circularidad en la que la familia determina su propia identidad a través de la participación en el evento, y a su vez, es el acontecimiento el que determina quién está incluido</p>	<p>permite comprender que cada integrante de un sistema familiar puede percibir la enfermedad como un sinonimo de muerte o por el contrario una posibilidad de generar aprendizajes en torno a las estrategias de afrontamiento a partir de la construcción de relatos alternos que contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida. La familia afronta cambios en términos estructurales para responder a las demandas inmediatas de la enfermedad, por tal razón, dichas transformaciones movilizan a los integrantes del sistema a nuevas formas de interacción mediados por configuraciones en los roles, funciones y expectativas a futuro que a su vez alimentan la identidad familiar.</p>
--	--	---	---

		<p>en la familia” (p. 64).</p> <p>“Los seres humanos necesitamos “coexistir” para sobrevivir y crecer. El contexto natural que permite tal cosa es la familia, grupo este que debe elaborar pautas de interacción que construyan la estructura familiar, la cual tiene como fin regular el funcionamiento de los miembros de la familia, delimitar sus posibilidades de comportamiento y permitir la interacción entre cada miembro familiar. Gracias a una estructura viable, la familia puede llevar a cabo sus funciones fundamentales que son: fomentar la individuación mientras brinda un sentimiento de pertenencia” (p. 65).</p> <p>“La vida con una enfermedad grave puede tener efectos en la familia en términos de reorganización, cambios en los roles de sus miembros, responsabilidades de sus miembros en relación con la enfermedad e incluso cambios en las expectativas familiares con respecto al futuro” (p. 67).</p>	
BIBLIOGRAFÍA	<p>Fonseca, J y Jiménez, L (2006). El cáncer como metáfora o como opción para re-significar la vida: Narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. Universidad Santo Tomás. Bogotá.</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) SISTÉMICOS TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
7. Resiliencia familiar, estrés familiar, crisis familiar, familias	“En este artículo se presenta el concepto resiliencia familiar, revisando sus antecedentes históricos,	“La resiliencia familiar se define como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de	Pese a que la resiliencia familiar es un tema que ha sido trabajado en los últimos años con bastante interés

<p>multiproblemáticas, intervención.</p>	<p>desarrollos actuales y posibles aplicaciones en el campo de la intervención clínica, psicosocial y de salud con familias altamente vulnerables. Este enfoque permite articular los aportes teóricos y empíricos de campos hasta ahora inconexos, como las ciencias del desarrollo, la terapia familiar y la intervención biopsicosocial con familias y niños vulnerables. Se distingue entre el riesgo crónico, la crisis significativa o la tensión familiar, en cuya presencia se activan procesos de resiliencia diferentes. La resiliencia familiar se define como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades</p>	<p>funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades familiares.” (p. 103). “Riesgo y Vulnerabilidad Familiar” (p. 109) “Las familias resilientes logran construir un sistema de creencias compartido que las orienta hacia la recuperación y el crecimiento.” (p. 115) “El enfoque de la resiliencia familiar se nutre de la resiliencia individual, en especial del esquema que tensiona factores de riesgo y vulnerabilidad versus factores protectores y de recuperación. Pero a su vez ha desarrollado conceptos específicos, al entender la crisis como un desequilibrio entre demandas, capacidades y significados construidos por la familia (Patterson, 2002a, 2002b), o la visualización de los sistemas de creencias, procesos organizacionales y patrones de comunicación y resolución de problemas, como procesos articuladores de la resiliencia familiar (Walsh, 2003, 2004, 2007) (...) Modelo ecosistémico de Resiliencia Familiar.” (p. 123). “Proponemos que la resiliencia familiar se defina como el <i>conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés, para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrar recursos y necesidades familiares, y aprovechar las oportunidades de su entorno.</i>” (p. 124). Los autores identifican tres escenarios posibles para la activación de la resiliencia familiar, y describen que “El tercer escenario identifica un evento con</p>	<p>desde la psicología y diversas áreas del conocimiento, consideramos importante tenerla en cuenta para esta investigación no como una variable principal, sino como un concepto que puede contribuir a las diferentes formas de comprender y configurar las relaciones familiares en torno a la enfermedad diagnosticada. De esta manera, la resiliencia surge como un concepto para reconocer los recursos familiares en situaciones de crisis, y trabajar a partir de estos reconfigurar la experiencia de la enfermedad dentro del sistema. Adicional a esto, permite comprender las formas como se puede intervenir sistémicamente ante una situación como estas.</p>
--	---	--	---

	familiares. Quedan numerosos aspectos metodológicos que resolver, como evaluar familias integralmente, la necesidad de estudios longitudinales y de investigación especialmente diseñada a partir de este enfoque.” (p. 103)	alto nivel de exigencia y estrés (ej., un diagnóstico de grave enfermedad)” (p. 124). En ese sentido, reconocen que “se puede estimular la resiliencia familiar desde nuestro rol profesional, ya sea: disminuyendo las demandas y tensiones que sobrepasan a la familia, facilitando su capacidad de contrapeso; promoviendo y movilizand o sus capacidades” (p. 125). “Los diseños de investigación en resiliencia familiar debieran ser longitudinales, incluir mediciones anteriores y posteriores a una crisis y recolectar información a nivel familiar (no únicamente individual); asimismo, deben ser sensibles al contexto de la familia y a los estresores Examinados.” (p. 126)	
BIBLIOGRAFÍA	Gómez, E. & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. <i>Revista de psicología</i> , 19 (2), 103 - 132. Recuperado de: http://www.anales-ii.ing.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17112/17840 (2010)		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
8. Insuficiencia renal crónica terminal, hemodiálisis, calidad de vida relacionada con la salud, KDQOL-36	“Objetivo: analizar la relación existente entre las variables edad, tiempo en tratamiento, sexo, apoyo familiar percibido, salud mental, estado de salud percibido y la calidad de vida (CV) Método: Se evaluaron	“el objetivo de esta investigación fue analizar la relación existente entre variables psicosociales que la literatura menciona con mayor frecuencia vinculadas a la CVRS en HD: edad, tiempo en tratamiento, sexo, apoyo familiar percibido, salud mental, estado de salud percibido y la CVRS en pacientes hemodializados” (p. 136). “Se debe considerar además la importancia de	Lo más interesante que se encontró dentro de este estudio, fue la prevalencia que le dan al rol del psicólogo, especialmente el clínico, para el acompañamiento a los pacientes con insuficiencia

	<p>128 pacientes del Hospital Clínico Regional y de un Centro de diálisis privado, ambos de la ciudad de Antofagasta.</p> <p>Se utilizó el cuestionario específico para CV en enfermedad renal KDQOL-36™ y los instrumentos Apgar Familiar y GHQ-28. Se analiza la relación existente entre cada dimensión de la CV evaluada y los factores mencionados. Resultados: No se encuentra relación entre la CV el tiempo viviendo con la enfermedad, como tampoco con la edad o el sexo. Las diversas dimensiones en salud mental son de las evaluadas las que presentan un mayor grado de correlación con las dimensiones de calidad de vida. Conclusiones: La salud mental es un elemento modulador de la CV, en tanto otros como el sexo, el tiempo de diálisis o la edad de los participantes no</p>	<p>implementar programas de ayuda psicológica para los pacientes, las redes de apoyo, además de capacitaciones para el equipo sanitario implicados en el tratamiento sustitutivo renal, y de esta forma lograr que conozcan las herramientas necesarias para evitar el deterioro y mejorar la CVRS” (p. 136).</p> <p>“La presente investigación se enmarca bajo un tipo de diseño no experimental de tipo transeccional correlacional.” (p. 136)</p> <p>“Se esperaba que los participantes con mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis presentaran una peor CVRS, dado el desgaste propio de la enfermedad (Muñoz et al., 2006), sin embargo, en los participantes en este estudio el tiempo en tratamiento no interviene de manera significativa en la evaluación de su CVRS.” (p. 139).</p> <p>“La gran mayoría de los pacientes declara tener una familia normofuncional. Pese a que se hipotetizaba que los pacientes que perciben tener una familia normofuncional, presentarían una mejor CVRS que los pacientes que perciben una familia disfuncional” (p. 139).</p> <p>“la ansiedad, la disfunción social y la depresión, afectan la CVRS. Donde más comprometida se encuentre la salud física y mental, mayor será la presencia de disfunción social, ansiedad y depresión.” (p. 139)</p> <p>“Los datos obtenidos nos permiten identificar líneas de acción a ser incorporadas en el quehacer del psicólogo de la salud y del psicólogo clínico que trabajan con pacientes dializados, a fin de que a</p>	<p>renal crónica, con el fin de buscar estrategias que le permitan mejorar su calidad de vida desde el momento del diagnóstico; así mismo, orientar, intervenir y acompañar el proceso familiar, activando las redes de apoyo y convirtiéndose en una de estas.</p> <p>Hubo resultados que arrojó el estudio, en los cuales los autores consideran que debe intervenir el psicólogo (depresión, ansiedad, entre otros).</p>
--	---	--	---

	constituyeron elementos relevantes en esta evaluación.” (p. 135).	través de la intervención en estas, pueda aumentarse el bienestar de los pacientes que deben someterse al tratamiento de diálisis.” (p. 139).	
BIBLIOGRAFÍA	Urzúa, Alfonso, Pavlov, Ruth, Cortés, Roberto, & Pino, Vanessa. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. <i>Terapia psicológica</i> , 29(1), 135-140. Recuperado en: http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art14.pdf		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
9. La atención de salud; Familia; Los cuidadores familiares; Enfermedad crónica; La investigación cualitativa	<p>“Un ensayo que tiene como objetivo reflexionar sobre la experiencia de la atención en situación crónica de la familia, el aumento de la comprensión de la familia como el cuidador principal. Se basa en el enfoque integral en los estudios llevados a cabo en tres búsquedas matriz de experiencias de cuidado de la familia. Hemos tomado tres ejes para organizar nuestras reflexiones: a) la conformación de la atención familiar en situación crónica, destacando los múltiples costos incurridos para la familia, que pueden agotar el</p>	<p>“La creación de redes de apoyo, integrado por las personas que están cerca de los pacientes, tales como familiares y amigos, es necesario en la búsqueda y obtención de recursos, en cantidad y calidad suficientes, en diversas situaciones de prestación de atención experimentado a lo largo del tiempo.” (p. 79).</p> <p>“Las redes de apoyo compuestas de relaciones menos estrechas y menos afectividad, es decir, aquellos que están fuera del círculo familiar, también son necesarias; se producen más de vez en cuando, pero no son menos importantes para asegurar el mantenimiento de la atención.” (p. 79).</p> <p>“Nuestro propósito era hacer un llamamiento a los profesionales de la salud, sobre todo enfermeras, para reflexionar sobre la participación de los servicios de salud en las redes construidas por las familias y hacer hincapié en la necesidad de prácticas profesionales para ser moldeados por el cuidado familiar, prestándole apoyo.” (p. 79).</p>	<p>Este trabajo nos permite comprender la importancia de la atención como profesionales de la salud a las familias como principales cuidadoras y redes de apoyo de los pacientes con alguna enfermedad crónica, pues refiere que hay un desgaste físico, emocional y psicológico de todos aquellos que se enfrentan a la enfermedad.</p> <p>Además, permiten entender que esta situación conlleva además a una reconfiguración en los roles y las funciones de los familiares, de manera que se auto-organizan en torno al</p>

	<p>potencial de la atención y establecer o aumentar su vulnerabilidad si no está respaldada por el apoyo redes y sustento; b) reordenamientos de la familia para el cuidado, dando visibilidad a cuidar núcleos en los que muchos miembros de la familia seres comparten el cuidado, dinámico, plural y cambiante camino; c) La atención de la familia de modelado auto cuidado, que apunta a la gama de posibilidades de la persona que se ocupe de las condiciones enfermas con el apoyo de las personas cercanas a ellos. Aprendemos que la familia ocupa de sí mismo en la vida cotidiana y en la experiencia de la enfermedad, la creación de redes que pueden proporcionar apoyo y sustento. Por lo tanto, los profesionales en las prácticas de salud deben ponerse en forma de manera longitudinal y muy personal, por</p>	<p>“es nuestro entendimiento de que las familias son las principales cuidadoras de sus miembros, ya que se encuentra dentro de este ambiente que una serie de acciones de atención se concibe y se proporciona a miembros de la familia durante toda su vida.” (p. 79).</p> <p>“Es importante mencionar que las familias proporcionan atención con los recursos disponibles para ellos. Este potencial se debilita la atención en situaciones de vulnerabilidad, que puede continuar y / o tener un impacto considerable sobre las posibilidades concretas de cuidado.” (p. 79).</p> <p>“Las rutinas familiares son donde se produce este proceso en términos de repetición y repentina y / o eventos inestables, que deben ser reorganizado de acuerdo con las posibilidades de cada individuo y cada familia. Entre estos eventos, enfermedades movilizan los recursos energéticos y de la familia cuando se trata de la prestación de atención. Los efectos de la enfermedad deben ser gestionados de acuerdo a todas las situaciones posibles de miembros de la familia de forma individual y las familias en su conjunto” (p. 80).</p> <p>“La naturalización de la experiencia del cuidado de las familias, que es esencial para la vida, culmina en la asignación de la responsabilidad moral de la atención , como resultado de la historia familiar y socialización de los miembros de la familia, entre otros factores. Por lo tanto, se trata de los valores familiares y la afectividad entre las personas” (p. 80).</p>	<p>diagnóstico y situación vivida.</p> <p>Por otra parte, describen que estas situaciones llevan a las familias a sufrir de grados de vulnerabilidad que pueden ser enfrentados con el apoyo de las instituciones y las herramientas que estas puedan enseñarles.</p> <p>Respecto a la autonomía, se refieren a esta desde el concepto de auto-cuidado, mencionando que pese a que los pacientes cambian sus hábitos y empiezan a depender de otros, esto no significa que no puedan desarrollar o mantener recursos e intereses frente al cuidado de sí mismos. Asimismo, mencionan que ningún ser humano es completamente autónomo, pues siempre necesitará la ayuda de otras personas para su propio desarrollo. En ese sentido, el paciente no pierde su autonomía, sino que se re-configura desde el auto-cuidado y cambia algunos de</p>
--	--	---	--

	<p>referencia a la atención de la familia, apoyándolo en lo que es la suya propia.” (p. 78)</p>	<p>“diversos gastos están cubiertos por las familias , como consecuencia de la enfermedad en sí y un sinnúmero de demandas de prestación de atención. En términos generales, estos gastos se presentan como: a) el desgaste - entendida como la energía y el potencial de los familiares que llevan a cabo como resultado de los esfuerzos caretaking; b) los gastos - Considerado como el aumento de los esfuerzos necesarios que van más allá de la rutina de la familia, que son aún más esenciales para la prestación de la atención, como resultado de la exacerbación de enfermedades recurrentes; y c) los residuos - entendida como el estrechamiento hacia abajo de posibilidades para los proyectos de vida de la familia, dada la falta de apoyo a las familias” (p. 80).</p> <p>“la vulnerabilidad de la familia se crea o aumenta como resultado de la falta de apoyo para el cuidado de la familia por parte de los servicios de salud y los profesionales, ya que el potencial de la familia disminuye con el tiempo en vista de las demandas de asistencia, que están constantemente renovado y aumentado en las condiciones crónicas.” (p. 80).</p> <p>“Parece que el "apoyo" de la experiencia de la enfermedad y el tratamiento recibido puede ser un elemento esencial, tanto en la génesis y la posibilidad de superar las vulnerabilidades. Para este tipo de apoyo, el potencial para la atención está implícito y reforzado en los movimientos de la positividad o negatividad, compuesto de diferentes niveles - personal, familiar, comunitaria y el sistema</p>	<p>sus hábitos, apoyándose en sus redes.</p>
--	---	--	--

		<p>de salud.” (p. 81).</p> <p>“Las responsabilidades formales del sistema de salud, incluidas las obligaciones éticas y legales respecto a la atención de las personas y familias, refuerzan la exigencia de ayudar en la experiencia de la atención” (p. 81).</p> <p>“Los estudios que se centran en la experiencia de la familia con el cuidado muestran que las familias se reorganizan mediante la conformación de las unidades de cuidados ; esta noción atenúa la presencia de ‘cuidadores principales’ (...) Suponemos que el apoyo necesario para el bienestar de los individuos y familias con enfermedades se lleva a cabo sobre la base de las relaciones familiares, sobre todo, lazos de parentesco” (p. 82).</p> <p>Entre los elementos que se incluyen dentro de estas “unidades de cuidados” se pueden mencionar: 1. Cercanía emocional, 2. antecedentes familiares y eventos importantes, 3. Atención potencial y condiciones familiares, 4. Apreciación de acciones de atención.</p> <p>“reordenamientos de la familia para el cuidado están relacionados con el potencial de atención de cada persona, que se llama auto-cuidado (...) incluso mientras se experimentan condiciones crónicas que imponen límites y restricciones en su vida diaria, las personas pueden seguir manteniendo un cierto grado de auto-cuidado con el tiempo, que varía en función de la calidad y posibilidades” (p. 82).</p> <p>“el cuidado personal también se presenta desde una perspectiva relacional, que se refiere a las</p>	
--	--	---	--

		<p>experiencias de vida compartidas, que abarca todas las modalidades de atención y fundada en el conocimiento compartido; es decir, que se forma por la interdependencia o co-autonomía. Por lo tanto, se relaciona con una serie de posibles situaciones personales, así como aquellos que son compartidos, especialmente con personas estrechamente relacionadas.” (p. 82).</p> <p>“la sinergia de los esfuerzos dedicados a la atención - cuidado de la familia, el cuidado personal y redes - debe ser la referencia para los servicios de salud y los profesionales en la organización de las prácticas de cuidado de la salud para que sea realidad y sobre todo el destinado a personas enfermas y familias, lograr una mayor eficacia y contribuir a la reducción del dolor que es el resultado de cansancio, los gastos y pérdida de potencial de cuidado. Sólo de esta manera deberíamos llamar a nuestras prácticas profesionales "cuidado" en su dimensión deseable y sustantiva.” (p. 83).</p>	
BIBLIOGRAFÍA	<p>Bellato, Roseney, Araújo, Laura Filomena Santos de, Dolina, Janderléia Valéria, Musquim, Cleciene dos Anjos, & Corrêa, Geovana Hagata de Lima Souza Thaines. (2016). The family experience of care in chronic situation. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>, 50(spe), 81-88. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100081&lang=pt</p>		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
10. Enfermedades crónicas, género, cuerpo, relaciones	“Las personas con enfermedades crónicas tienen que lidiar de forma	“Una de las cualidades básicas de las enfermedades crónicas, responsable de parte importante de sus impactos sobre las personas que con ellas viven, es	Una enfermedad crónica no solo involucra a la persona que ha sido diagnosticada si

<p>interpersonales, ocupaciones, familia, pareja y sexualidad.</p>	<p>permanente con ellas en las áreas física, psíquica y simbólica de la individualidad, pero el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana, por lo que está obligado a trascender dicha individualidad en aras del mantenimiento de las relaciones interpersonales, espejo fundamental desde el cual los sujetos reconstruyen su imagen social y personal. Las ocupaciones, remuneradas o no, pueden verse limitadas y reestructuradas a partir de la necesidad de los cuidados sistemáticos de la salud, lo que puede producir inestabilidades económicas con resonancias en la estructura y dinámica familiar. La familia es la fuente de apoyo por excelencia, en especial la pareja. La vivencia de sexualidades limitadas pudiera ser más el resultado</p>	<p>justamente la cronicidad. Esta propiedad o condición impone en primer lugar lidiar de forma permanente con ella en los espacios físico, psíquico y simbólico de la individualidad; pero también demanda de forma obligatoria trascender dicha individualidad, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana. Las relaciones interpersonales en general, las ocupaciones, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan. Por tanto, son los/as amigos/as, los/as compañeros/as de trabajo, los familiares y la pareja quienes se convertirán en los principales actores, testigos y convivientes de dichos procesos” (p. 490). “Alrededor de los diferentes procesos de enfermedad se erigen sistemas de significaciones donde se integran elementos relacionados con su devenir histórico, información más o menos acreditada a la que se ha tenido acceso, creencias personales, experiencias de otras personas, incluso la propia representación de la vida. Dichos significados pueden involucrar teorías acerca de la causalidad, evolución y pronóstico, suelen sostener una intensa connotación normativa, y pueden expresar perspectivas acerca de la relación entre el ser humano y el mundo circundante. Y lo que es más importante, siempre sostienen una fuerte carga valorativa” (p. 491). “Los juicios de valor que acompañan estas</p>	<p>no de igual manera implica que otros sistemas participen del mismo desde diferentes niveles de interacción tales como la familia, los amigos, el contexto laboral y hospitalario, el ámbito económico, social y cultural, en ese sentido, los significados que la persona construye van estar mediados por la relación con su entorno y demás sujetos con los cuales se relacione, así mismo va configurando sus procesos identitarios a partir de la adaptación frente a la experiencia novedosa. Por otra parte, el sistema familiar inicia la lucha contra la enfermedad teniendo en cuenta los procesos de autonomía versus dependencia, pues los efectos secundarios de los tratamientos dan cuenta de deterioros a nivel físico y psicológico del paciente que lo limitan a llevar a cabo tareas de excesiva actividad física u otras acciones de su</p>
--	--	--	---

	<p>de cómo la enfermedad y ella misma se construyen y abordan, que consecuencia directa del proceso de enfermedad. Es importante explorar las dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas en sus diferentes áreas de expresión, y comprender cómo sus actores participan en sus procesos de salud, como vía para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida”(p. 488).</p>	<p>significaciones son automáticamente depositados sobre las personas que viven con estas enfermedades, creándose una visión estereotipada y en mucho desacreditada sobre ellas, y que se resume en etiquetas con pretensiones identitarias tales como: "diabético/a", "cardiópata", "canceroso/a", "nefrótico/a", "enfermo/a". Las cargas valorativas y significados que acompañan estas etiquetas no son solamente impuestas desde lo externo sino también asumidas internamente, en tanto el sujeto comparte la cultura que sostiene estas representaciones” (p. 491).</p> <p>“Es común encontrar que como resultado de los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de enfermedad, se produzcan cambios en el desempeño de las labores. Este es uno de los aspectos que mayor distrés genera pues conduce a los individuos a reestructurar su cotidiano de vida, a veces durante un tiempo considerable dedicarse solo al cuidado de la propia salud, aprender a desenvolverse en nuevos espacios sociales con nuevas normas y exigencias (como los espacios de salud), y quizás también a orientar las capacidades, potencialidades y la búsqueda de autonomía hacia nuevas direcciones” (p. 492).</p> <p>“Los estudios en personas con insuficiencia renal crónica, por su parte, muestran que la gravedad de la enfermedad, el hecho de que se acompañe usualmente de otros trastornos, y el carácter invasivo y altamente exigente en términos de tiempo de los tratamientos, impiden al paciente en</p>	<p>cotidianidad de índole social, por tal razón, el diagnóstico demanda configuraciones con respecto a la estructura familiar para responder a las nuevas obligaciones que estarán orientadas a nuevas comprensiones por parte del sistema en torno aquellas capacidades y potencialidades a fortalecer de la persona diagnosticada con el fin de promover su individuación.</p> <p>También es importante reconocer que el procesos de enfermedad trae consigo cambios en términos de la estabilidad económica del sistema familiar, pérdida del trabajo y aspectos de sexualidad de la pareja.</p>
--	--	---	---

		<p>muchas ocasiones conseguir o mantener un trabajo, lo cual conduce a un mayor deterioro de su calidad de vida. Los pacientes expresan de forma explícita que su salud física interfiere en su trabajo y demás actividades diarias, que su rendimiento es menor que el deseado, que se sienten limitados y que presentan dificultades para realizar ciertas actividades” (p. 492).</p> <p>“Una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida es el sentido de autonomía de la persona, lo cual está muy relacionado con la posibilidad de desarrollar sus actividades cotidianas” (p. 492).</p> <p>“Las enfermedades crónicas pueden producir "dependencias", problema que ha adquirido gran magnitud en los últimos años. Entendida como estado permanente de falta o pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, implica la demanda de atención de otras personas y ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria” (p. 493).</p> <p>“La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica” (p. 493).</p> <p>“Está bien documentado que las dificultades sexuales a menudo acompañan a las enfermedades crónicas (fallo renal crónico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer). Su influencia puede ser</p>	
--	--	---	--

		"directa" sobre la función sexual, pero también "indirecta", a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga, la astenia y el dolor" (p. 494).	
BIBLIOGRAFÍA	Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i> 2011;37(4):488-499. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
11. Aspectos psicosociales, calidad de vida y enfermedades crónicas.	“El objetivo de la siguiente revisión teórica fue estudiar el impacto de las variables psicosociales sobre la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Se plantea el concepto de salud como un comportamiento asociado al estilo de vida; se define el concepto de calidad de vida y sus principales aspectos multidimensionales; se justifica la importancia de evaluar la calidad de vida en enfermos crónicos. Adicionalmente, se resumen algunos trabajos en los que se ha evaluado el importante	“La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior” (p. 127). “La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de	La persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad crónica experimenta la situación desde su subjetividad, el cual abarca su bienestar físico, social, psicológico y espiritual siendo categorías que se relacionan constantemente generando procesos de retroalimentación, en ese sentido la persona va configurando su relato teniendo en cuenta sus comprensiones en torno al concepto de calidad de vida asociado a la enfermedad y a

	<p>papel que juegan diferentes variables psicológicas y sociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud en cinco enfermedades crónicas: infarto, diabetes, cáncer, VIH-SIDA, insuficiencia renal” (p. 125).</p>	<p>bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina ‘felicidad’, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de ‘estado de bienestar’”. (p. 128).</p> <p>“Schwartzmann (2003) nos habla de calidad de vida, y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir. Puede decirse sin temor a equivocación, que estas necesidades sólo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social” (p. 128).</p> <p>“Desde el punto de vista subjetivo, podríamos afirmar que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional.</p>	<p>la salud.</p> <p>Con respecto a lo anterior, es importante tener en cuenta que la persona diagnosticada debe responder tanto a sus necesidades individuales como sociales, ya que dicha dinámica le posibilitará promover su calidad de vida en correspondencia a su capacidad de sobrevivir a las adversidades.</p> <p>La persona realiza una valoración de su estado de salud a partir de una respuesta cognoscitiva y una reacción emocional que estará mediada por el mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro.</p>
--	--	--	--

		<p>Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales” (p.128).</p> <p>“El autor hace mención a la etapa crítica de la enfermedad crónica e identifica una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar” (p. 130).</p> <p>“El funcionamiento social hace referencia, según World Health Organization (2003), al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.” (p. 131).</p>	
--	--	---	--

BIBLIOGRAFÍA	Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. <i>Diversitas v.1 n.2 Bogotá pp. 125-137.</i> Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf		
FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
12. Anotaciones de una Autobiografía	<p>“El género de narrativas personales de enfermedad es relativamente nuevo. El discurso sobre la experiencia de la enfermedad ha estado siempre dominado por el personal sanitario, mientras que la voz del propio enfermo ha empezado a ser oída y leída a partir de la segunda mitad del siglo XX. De hecho, es a partir de finales de siglo cuando se produce una verdadera proliferación del género”</p> <p>“El profesor de sociología de la Universidad de Calgary, Arthur W. Frank, cuenta en su autobiografía de enfermedad cómo a los 39 años sufre un infarto y a los 40 un cáncer (en concreto, sufrió una linfadenopatía). Decide escribir su historia</p>	<p>Se presenta como un relato narrativo de una experiencia vivencial que entrevé una historia significativa dentro del proceso de la enfermedad crónica:</p> <p>“En mi vida he pasado por dos enfermedades que podrían haber sido mortales. Tuve un infarto a los 39 años y cáncer a los 40. Ahora que estas enfermedades han remitido, ¿por qué mirar hacia atrás y escribir sobre ellas? Porque, aunque no exenta de riesgos, toda enfermedad es una oportunidad. Para aprovechar esta oportunidad, necesito continuar con la enfermedad un poco más y compartir todo lo que he aprendido durante este proceso. Una enfermedad grave te sitúa en una posición desde la que se puede atisbar cómo podría terminar tu vida. Desde esa perspectiva, uno está forzado a la vez que autorizado, a pensar de otro modo sobre el valor que tiene su vida. Cuando estás enfermo sigues vivo aunque libre de lo que supone una vida cotidiana, por lo que esta situación te obliga a pararte y pensar por qué vives de un modo concreto, y qué quisieras para ti en el futuro, si es que algún futuro es posible. La enfermedad te quita parte de tu vida, pero, al hacerlo, te da la</p>	<p>El hombre es un ser social para la muerte, quizás ante el evento de verla cercana aún más te preguntas sobre tu sentido de vida, sobre el porque estas en el mundo se despierta el sentido filosófico y antropológico inherente en todos los procesos humanos de buscar qué hacer con el tiempo. Martin Heidegger habla sobre esa dicotomía entre el ser y el tiempo y esa relación sin lugar a dudas nos hace pensar en la prospectiva de tiempo futuro.</p>

	<p>con la esperanza de poder entrar en diálogo con otros pacientes a quienes les ayudaría compartir su experiencia. Publicada en 1991, <i>At the Will of the Body. Reflexions on Illness</i> es un de los ejemplos más emblemáticos y que ha marcado en gran medida algunas de las pautas del género (Couser 1997). El interés de esta autobiografía radica en su idea principal: estar enfermo te enseña a vivir de un modo que quizá no hubieras descubierto sin haber pasado por una experiencia tan radical. El autor va demostrando a lo largo de su historia el lado positivo de la enfermedad, describiendo en detalle su experiencia y cómo ésta puede alterar toda una vida” BAENA, ROSALÍA; (2015).</p>	<p>oportunidad de escoger qué vida te gustaría llevar, frente a un tipo vida que simplemente habías acumulado a lo largo de los años”</p> <p>“Obviamente, existe el riesgo de que la enfermedad continúe y te lleve a la muerte. El peligro es muy real y a veces será inevitable. El peligro que sí puedes evitar es el de apegarte a la enfermedad y utilizarla como excusa para aislarte del mundo y de ti mismo. La enfermedad es algo de lo que hay que recuperarse si puedes; pero la recuperación solo vale la pena para ver cuánto has aprendido sobre la vida que estás recobrando.”BAENA, ROSALÍA; (2015)</p>	
BIBLIOGRAFÍA	Baenia, R. (2015). Reflexiones sobre la enfermedad por Arthur W. Frank. Cuadernos de Bioética XXVI. 503 - 507.		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
<p>13. Cuidadores de familia, enfermedad crónica, vínculo, enfermería y teoría de enfermería.</p>	<p>“La formación de vínculos en el ser humano tiene su origen en las relaciones de cuidado existentes a lo largo de la vida. Existen teorías que aplican para las situaciones en que el ser humano se encuentra en riesgo o al límite como la situación de enfermedad crónica. Objetivo: describir la forma como se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la díada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. Método: corresponde a la conclusión central de una investigación cualitativa en la que se construyó una teoría sustantiva que describe el proceso por el cual se constituye el “vínculo especial” que surgió con un abordaje de teoría fundamentada. Hallazgos: una estructura teórica que muestra el patrón construido</p>	<p>“La persona con enfermedad crónica puede sentir impotencia, exacerbación del síntoma, fallas en la terapia médica y deterioro físico, entre otros aspectos, que le implican manejar muchos factores al tiempo. Pierde confianza en sus capacidades corporales y en la salud, así como en habilidades de funcionamiento laboral y en las relaciones familiares” (p. 10).</p> <p>“Los cuidadores familiares apoyan en gran medida la sobrevivencia del ser humano en varias etapas del ciclo vital. Al presentarse una enfermedad crónica, las dinámicas familiares incitan a que uno de sus miembros tome la decisión, ya sea propia o por sugerencia de la familia, de asumir el rol cuidador, lo que hace que se inicie una relación caracterizada por intercambios, conexión, trato familiar especial y sentimientos. La experiencia es valorada dependiendo del nivel de confianza y entrega de cada una de las partes, y del significado que se dé a la labor. Este rol de cuidadores, por lo general, lo asumen las mujeres por su tradición de cuidado en las familias” (p. 10).</p> <p>“las relaciones en situaciones de enfermedad crónica tienen una trayectoria y están asociadas a fases de adopción de roles y perfeccionamiento de la labor de cuidado que, en la medida de su mutualidad, permiten el crecimiento de las personas y la díada. Estas relaciones están moduladas por el</p>	<p>La persona que ha sido diagnosticada puede leer su situación de enfermedad desde diferentes perspectivas tales como incapacidad física o mental, irritabilidad frente a los síntomas, fallas en los procedimientos médicos, cambios en el ámbito laboral y social, adicionalmente se generan configuraciones en sus procesos de autonomía y dependencia ya que se activa la red de apoyo, quién será ese familiar que acompañará al paciente durante la lucha contra la enfermedad y a quien se le denomina cuidador, en ese sentido se iniciará una relación caracterizada por intercambios y retroalimentación continua con respecto a las responsabilidades y roles a asumir por cada una de las partes frente a la situación</p>

	<p>en las díadas frente al significado del cuidado en un diagrama representativo producto de una investigación doctoral. Conclusiones: el esquema construido muestra al inicio una separación entre las dos personas de la díada, y a medida que se comparte la experiencia y van haciéndose más cercanos los intereses, la díada alcanza mayor expansión de su conciencia en el cuidado. En el mismo sentido, la funcionalidad de la persona con enfermedad crónica disminuye y el nivel de habilidad de cuidado aumenta” (p. 7)”</p>	<p>tiempo, el contexto, las redes familiares y las sociales” (p. 12). “Resulta importante conocer cómo es el proceso interno de construcción de significados de la labor de cuidarse (en la díada) en caso de enfermedad crónica. Aunque se han identificado aspectos vistos desde cada individuo y características de ellos enmarcadas en la experiencia de cuidado, no se conoce cómo se da este fenómeno desde los dos sujetos como díada” (p. 12-13). “La teoría sustantiva “Trascender en un ‘vínculo especial’ de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible”, tiene como indicador empírico el “vínculo especial” que se establece entre la persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar (con o sin lazos de consanguinidad), en lo que se ha denominado una díada de cuidado. Sobre ese “vínculo especial” gira todo el proceso de cuidado” (p. 14). “Este “vínculo especial” surge de la introspección, de la reflexión y de encontrar significado en la vivencia de cada uno de los integrantes de la díada de cuidado. La necesidad de enfrentar una experiencia difícil que modifica el curso de la vida parece abrir en cada uno de los integrantes de la díada de cuidado un margen de vulnerabilidad, un vacío, una necesidad de apoyo que permita superar las necesidades evidentes que plantea el cambio de la rutina” (p. 14). “El “vínculo especial” no es estático; de manera tímida se insinúa al inicio de la relación como una</p>	<p>novedosa, con respecto a lo anterior, la diada se fortalece a través de interacciones mediadas por la confianza y la mutualidad. La construcciones de significados en torno a el concepto de cuidar no solo están orientados en términos unilaterales, es decir, de cuidador a paciente, si no más bien se comprende a partir de la interacción bidireccional donde también incluye de paciente a cuidador, no obstante dicha premisa solo ha sido investigada desde la particularidad de las percepciones de cada una de las partes y no en la construcción de la experiencia a partir de los sujetos como diada. En ese orden de ideas, se crea un vínculo especial intangible entre la persona diagnosticada y su cuidador para afrontar las demandas de la enfermedad y los cambios en el curso de la</p>
--	--	---	--

		<p>mera posibilidad. Se va reconociendo en la rutina, y en las crisis, cuando la pérdida y el riesgo están presentes, se manifiesta casi con furor. Muchas veces tiene un papel tan prioritario que inhabilita, genera dependencia, es difícil de manejar, pero con el tiempo ese “vínculo especial” madura, se desarrolla, aprende” (p. 15).</p> <p>“En la descripción teórica del proceso encontrado hay tres variables que surgieron en el estudio y que en conjunto dieron paso a plantear el “vínculo especial”. Cada una describe cómo se manifiesta y como aporta en la construcción, estas son: 1) limitación y necesidad de ayuda, 2) el paso del reto o compromiso al logro, y 3) la forma de trascender en un vínculo especial” (p. 15).</p> <p>“La enfermedad crónica que llegó de manera inesperada, y que no es curable, genera temor. La diada percibe cuándo aparecen los síntomas que generan limitación, pérdida de funciones y aislamiento” (p. 16).</p> <p>“Los integrantes de la diada ven de forma distinta la vida y esto les permite encontrar significados no disponibles en otras situaciones rutinarias” (p. 16).</p> <p>“Con respecto a la espiritualidad, y de acuerdo con lo planteado por Sánchez acerca de sus diferentes expresiones, este estudio demuestra que la espiritualidad se manifiesta en un sentido horizontal, frente al mismo cuidador y a la persona con enfermedad crónica con cuestionamientos de tipo existencial, y en un sentido vertical con cuestionamientos y acercamientos a Dios o a un ser</p>	<p>vida en el cual juega un papel importante la introspección, la reflexión y la búsqueda de significado por parte de los sujetos de la diada ante el proceso de cuidado donde dicho vínculo se desarrolla, madura y aprende.</p> <p>La diada identifica situaciones de crisis que giran en torno a los síntomas, tales como la limitación, la necesidad de ayuda, los retos, los logros, la pérdida de funciones y el aislamiento, por tal razón, cada miembro de la diada percibe la vida desde su experiencia particular y esto les permite construir significados alternos de la vivencia teniendo en cuenta en algunas ocasiones la espiritualidad como recurso ante las adversidades, a su vez la diada genera transformaciones en su discurso donde pasa de “me hospitalizaron” o “lo hospitalizaron” a “nos</p>
--	--	--	---

		<p>superior, que son de carácter religioso” (p. 18).</p> <p>“En los resultados expuestos se encontró que a media que disminuía la funcionalidad física, la persona con enfermedad crónica, el cuidador y las díadas encontraban un acercamiento y reflexión positiva acerca de su condición. El hecho de hacerla parte de ellos se reflejó en expresiones como: “nos hospitalizamos”, “nos enfermamos”, que aunque representan despersonalización, evidencian un cambio en el plano de la identidad individual” (p. 18).</p> <p>“Cada sujeto miembro de la díada tiene una perspectiva de la experiencia que, al conjugarse, adquiere una dimensión que no era percibida por cada uno de sus integrantes” (p. 19).</p> <p>“Existen unos significados pragmáticos del cuidado que estuvieron presentes al inicio de la experiencia y de la relación cuando el elemento motivador era de tipo instrumental, con la búsqueda de confort, respuesta afectiva y superación de crisis. A medida que se vivía la experiencia, el significado cambió y generó mayor experticia y nivel de conciencia, a pesar de que se enfrentó mayor disfuncionalidad física de la persona con enfermedad crónica y mayor carga para el cuidador” (p. 19).</p>	<p>hospitalizaron” logrando una identidad relacional.</p>
<p>BIBLIOGRAFÍA</p>	<p>Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichan, 1(11), 7-22. Recuperado de http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1814</p>		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
<p>14. Representaciones sociales, enfermedad física, cáncer, quimioterapia.</p>	<p>“Realizar una revisión de la literatura sobre las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. Resultados: Se encontró que aún en el siglo XXI, el cáncer continúa siendo objeto de representaciones sociales negativas al igual que la quimioterapia; hay un déficit evidente de investigaciones referentes al tema; es un deber profesional incentivar la investigación en este tema para promover el cambio de dichas representaciones tanto en el enfermo como en los cuidadores y profesionales de la salud, propiciando una mejor atención al enfermo de cáncer y en consecuencia una mejor adaptación a los cambios físicos y sociales que implican la enfermedad.”Castaño A. Palacios X. (2013)</p>	<p>Método: “Para esta revisión se hizo una búsqueda de la literatura en bases de datos especializadas a través de la combinación de diversas palabras clave como teoría de las representaciones sociales, representaciones sociales de la enfermedad, cáncer y quimioterapia.Castaño A. Palacios X”. (2013)</p>	<p>Recoger una información precisa y correcta de la enfermedad crónica podría utilizarse como una herramienta para adoptar una posición más correcta frente al evento de una enfermedad crónica. Existe mucha desinformación y mitos y creencias que tienen que ser trabajados con una adecuada información, que permita armarse de estrategias de afrontamiento sólidos que permitan la configuración de escenarios amplios en torno al desarrollo de la enfermedad y la misma capacidad de resiliencia que se tenga.</p>

BIBLIOGRAFÍA	Castaño A. Palacios X. (2013) PSICOONCOLOGÍA. Vol. 10, Núm. 1, 2013, pp. 79-93 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41949
--------------	---

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
15. La experiencia vivida, cáncer incurable, paciente, allegados, de transición, organizativa, psicosocial, existencial.	<p>“El objetivo de este artículo es identificar, evaluar y sintetizar la transición de las historias en pacientes paliativos, y sus personas más cercanas y su transición en el transcurso de un cáncer incurable. En este artículo, las experiencias transicionales se conceptualizan como historias en torno a problemas de organización, psicosociales y existenciales. Más específicamente, la cuestión es:</p> <p>¿Qué tipo de transiciones experimentan los pacientes paliativos y sus allegados durante las vivencias de un cáncer incurable; en particular a las transiciones relativas a cuestiones de</p>	<p>“Experiencias: entendido desde una perspectiva fenomenológica incluyendo una apertura a las experiencias: ‘Una perspectiva fenomenológica incluye un enfoque en el mundo de la vida, una apertura a las experiencias de los sujetos, una primacía de las descripciones precisas, intenta poner entre paréntesis el conocimiento previo y la búsqueda de significados invariantes esenciales en las descripciones’” (p. 11).</p> <p>“Transición: ‘Una transición indica un cambio en el estado de salud, en los roles, en las expectativas, o en las habilidades. Se refiere a los cambios en las necesidades de todos los sistemas humanos. La transición requiere que la persona incorpore nuevos conocimientos, para alterar el comportamiento y por lo tanto para cambiar la definición de uno mismo en el contexto social, de un yo sano o enfermo, o de las necesidades internas y externas, afectando el estado de salud’” (p. 11).</p> <p>“Organizacional: Comprendido dentro la definición de la "cultura corporativa" descrito por Curtin: "La cultura corporativa encarna los</p>	<p>Las experiencias desde una visión fenomenológica nos permite reconocer las descripciones precisas que el paciente, su familia o demás sistemas realizan en torno al concepto de enfermedad y a su vez como se van configurando los conocimientos previos a partir de la incorporación de nuevos significados.</p> <p>El término transición hace referencia aquellos cambios del paciente en su condición de salud, en sus roles, en su perspectiva de vida o en sus capacidades, adicionalmente se tiene en cuenta las transformaciones que demandan todos los sistemas que participan en la experiencia de la enfermedad</p>

	<p>problemas de organización, psicosociales y existenciales?” (p. 9).</p>	<p>valores de la organización que especifican las normas implícita y explícitamente, y dan forma a las actitudes y guías de los comportamientos de los miembros de la organización". Esta opinión se centrará en la cultura corporativa de la organización desde la perspectiva de los pacientes y sus parejas sobre su experiencia con los siguientes ambientes: hospitales, hospicios, asilos de ancianos, atención primaria de salud y unidades de cuidados paliativos especializados salientes” (p. 11).</p> <p>“Psicosocial: Entendido desde la 'oncología psicosocial': 'como una disciplina que se ocupa de todos los intentos clínicos y científicos para aclarar la importancia de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo y la evolución del cáncer. Por otra parte, se ocupa de los factores psicológicos y sociales en el proceso generado al hacer frente a la enfermedad de la familia del paciente y de aplicar este conocimiento de forma sistemática para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de pacientes con cáncer’” (p. 12).</p> <p>“Existencial: Entendido desde una perspectiva fenomenológica descrito por Mackey: 'Heidegger creía que había muchas maneras para que el ser humano sea un ser-en-el-mundo, pero la manera más significativa es ser consciente de su propio Ser'. Es decir, capaz de indagar en su propio ser, capaz de preguntarse acerca de la propia existencia, llamando a este estado "Dasein". En</p>	<p>y como la persona se define así mismo en un contexto social.</p> <p>La persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo y su familia se ven inmersos en un contexto organizacional que es definido desde una cultura corporativa donde las experiencias se encuentran enmarcadas por las normas establecidas en los ambientes hospitalarios, en el cual dicha pauta regula el deber ser del individuo en su actitud y accionar.</p> <p>La Oncología Psicosocial propone la importancia de comprender los aspectos psicológicos y sociales que caracterizan al desarrollo y evolución del cáncer desde la identificación de estrategias de afrontamiento del paciente y su familiar.</p> <p>Desde la perspectiva existencial es fundamental que el paciente y su familia sea consciente de su propio ser y cómo este actúa en el</p>
--	---	--	--

		términos de Heidegger, para el ser humano que existe como “ <i>as-dasein</i> ” es existir 'auténticamente', pues se tiene acceso a la conciencia de su propio ser (y también la posibilidad de no ser) (p. 12).	mundo realizando preguntas orientadas a su existencia y funcionalidad en la situación de enfermedad.
BIBLIOGRAFÍA	Madsen, R., & Uhrenfeldt, L. (2014). Palliative patients' and their significant others' experiences of transitions concerning organizational, psychosocial and existential issues during the course of incurable cancer: a systematic review protocol. <i>JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports</i> , 12(2), 9-25.		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) SISTÉMICOS TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
16. Carcinoma hepatocelular, experiencia de los pacientes,	<p>“Antecedentes: En los Estados Unidos, la incidencia del carcinoma hepatocelular (HCC) está aumentando. Para los diagnosticados con HCC terminal, no existe un tratamiento curativo y la tasa de supervivencia es típicamente de 1 a 2 años. Investigaciones sobre las experiencias de los pacientes, de su enfermedad y tratamiento hacia el final de su vida es limitada.</p> <p>Objetivo: El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias de los pacientes con HCC terminal cuando se</p>	<p>“Nuestro estudio cualitativo se propuso como respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer gastrointestinal. Aparte de la enfermedad y los síntomas relacionados con el tratamiento, los sobrevivientes de cáncer y sus familias se ven afectadas con una severa desmoralización, un sentido de estado disfórico, y otras afectaciones emocionales, como angustia, ansiedad y la depresión. "Teniendo en cuenta la alta tasa de mortalidad entre las personas diagnosticadas con CHC y la falta de investigación sobre experiencias de enfermedad y tratamiento hacia el final de la vida, un estudio reciente trabajó las experiencias de enfermedad de los pacientes a través del tiempo. Los individuos fueron escogidos después de confirmado su cáncer y el contenido de sus percepciones fué analizado en la</p>	<p>Las experiencias de la enfermedad en torno al final de la vida son significativas en la medida que describen las vivencias en torno al afrontamiento y demás emociones que emergieron a partir de la situación de enfermedad, especialmente en temas sobre impactos del cáncer sobre la vida, el miedo a la progresión de la enfermedad, la pérdida y el dolor, herramientas para hacer frente a las mismas y las necesidades de atención.</p> <p>La experiencia del cáncer ha sido construida como un</p>

	<p>acercaban al final de la vida.</p> <p>Métodos: En este estudio se utilizó un diseño descriptivo, prospectivo y longitudinal. Los datos de las entrevistas se obtuvieron de 14 pacientes, con una frecuencia de una vez al mes durante un máximo de 6 meses, para un total de 45 entrevistas. Los datos se procesaron mediante análisis de contenido convencional.</p> <p>Resultados: tres temas principales (percepción de la enfermedad, la decisión de iniciar el tratamiento, y lo navegado durante el tratamiento) y 10 subtemas fueron en todas las experiencias de los pacientes. Los pacientes se enfrentaron a desafíos con las experiencias de sus síntomas, las decisiones de los tratamientos, y la falta de información, afectando a su calidad de vida.</p> <p>Conclusiones: Adquirir conocimientos acerca de los desafíos que enfrentan los</p>	<p>comprensión de lo impactos del cáncer sobre la vida, el miedo a la progresión de la enfermedad, la pérdida y el dolor, además de las estrategias de afrontamiento, y las necesidades de atención, etc” (p. 8).</p> <p>“El estudio reveló que debido a la enfermedad y el dolor además de la progresión del tratamiento y sus complicaciones, muchos sobrevivientes han construido su experiencia con el cáncer como un acontecimiento traumático. La muestra ha informado de varios niveles de la adaptación a la vida diaria y un crecimiento espiritual notable. Mientras que la mayoría de ellos han adoptado estrategias de supervivencia, con una rica variedad de puntos de vista individuales que han generado valiosas oportunidades para los proveedores de atención médica y los investigadores a entender las necesidades de los pacientes al igual que el cómo, cuándo y por qué” (p. 8).</p> <p>“La estructura investigativa capturó las experiencias completas de los encuestados en relación de cómo las percepciones espirituales puede servir como escalones para planificar programas y diseñar posibles intervenciones para el cáncer en general, teniendo en cuenta sus creencias y sistema” (p. 8).</p>	<p>acontecimiento traumático según los discursos de los sobrevivientes donde tuvieron que estar expuestos a diferentes niveles de adaptación a la vida diaria y a un fortalecimiento en términos espirituales, a su vez es importante el reconocimiento de los recursos particulares y relacionales que fueron funcionales para transitar por las etapas del diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad.</p>
--	--	---	--

	pacientes con HCC es crucial para el diseño de intervenciones que optimicen su calidad de vida” (p. 1).		
BIBLIOGRAFÍA	Hansen, L., Rosenkranz, S. J., Vaccaro, G. M., & Chang, M. F. (2015). Patients with hepatocellular carcinoma near the end of life: a longitudinal qualitative study of their illness experiences. <i>Cancer nursing</i> , 38(4), E19-E27.		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS (EPISTEMOLÓGICOS, METODOLÓGICOS) SISTÉMICOS TEÓRICOS O	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
17. Narrativas, acción social, procesos de pensamiento, experiencia, padecer, subjetividad	Narrar es una manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia del padecer, las narrativas median entre el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, por una lado, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones. Crear una narrativa o escucharla, son procesos activos y constructivos que dependen de recursos personales y culturales. Los relatos se constituyen en	“Crear una narrativa o escucharla, es un proceso activo y constructivo que depende de recursos personales y culturales. Las narrativas son medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento de los semejantes, al propiciar contextos para la comprensión de lo que no se ha experimentado personalmente. Para quienes escuchan, conocer una historia pone en movimiento una búsqueda de significados entre posibles significados y surge una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada. Narrar es una manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia, las narrativas son intermediarias del mundo interno de los pensamientos y sentimientos, y por otra parte, el mundo externo de las acciones observables y el	El propósito de este trabajo de grado es construir la narrativa integral de la experiencia e historia de vida de pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica, comprender esta realidad implica un análisis categorial hermenéutico y fenomenológico de la situación particular de cada caso para lograr orientar el self personal y los sistemas amplios que afectan la dinámica emocional de los pacientes.

	<p>medios poderosos de aprendizaje y permiten avanzar en el entendimiento del otro, al propiciar contextos para la comprensión de lo no ha se experimentado personalmente. Para quienes escuchan, conocer una historia pone en movimiento la búsqueda de significados posibles considerados y surge una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada. Explorar las narrativas como un constructo teórico provee de un amplio marco al estimar lo que sucede en los relatos particulares. Este artículo tiene por objetivo reflexionar sobre las narrativas como modalidades del pensamiento que permiten ordenar la experiencia en una realidad en construcción que trata con intenciones, acciones, vicisitudes y consecuencia que marcan su curso. El escrito pretende ser un marco</p>	<p>estado de las situaciones . Explorar las narrativas como un constructo teórico provee de un amplio contexto al considerar lo que sucede en los relatos particulares. Las narrativas son modalidades del pensamiento y ordenan la experiencia en una realidad dinámica que trata con intenciones, acciones, vicisitudes y consecuencias que marcan su curso. Un relato construye dos escenarios, uno en la acción y otro en la conciencia. El primero se enfoca en lo que hacen los sujetos en situaciones particulares, el segundo en lo que involucra acerca de lo que se sabe, se piensa, se siente o no se sabe, no se piensa y no se siente. Los dos escenarios son imprescindibles y distintos; entender el hilo conductor de una historia significa tener noción de los cambios en los esquemas de pensamiento de los sujetos, al mismo tiempo que se expresan en los eventos externos. El significado que se atribuye a los eventos en un relato refleja las expectativas y el entendimiento que se logra en la participación en un mundo social y moral específico. Las narrativas se inscriben en un mundo de significaciones sociales específicas que le atribuyen sentido a las acciones de los sujetos estudiados en situaciones concretas. Las narrativas median en la emergencia de las construcciones de la realidad y son vehículos poderosos en la socialización de valores y visiones del mundo entre quienes comparten un espacio sociocultural.”</p>	
--	--	---	--

	teórico para comprender el fenómeno discursivo de la salud y la enfermedad, sin abordar necesariamente el análisis de procesos específicos o experiencias particulares.		
BIBLIOGRAFÍA	Hamui Sutton, Liz. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. <i>Cuicuilco</i> , 18(52), 51-70. Recuperado en 29 de agosto de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300005&lng=es&tlng=es		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
18. Bioética, cuidado, narrativa, enfermedad, enfermería.	“El cuidado, objeto de estudio de la enfermería, se constituye en un proceso que requiere la mediación narrativa para lograr su eficiencia o, por lo menos, para tener elementos primordiales que lo sustenten. Los actores, enfermera, paciente y contexto, indagan y tratan de responder a las necesidades básicas y a los referentes que se narran desde el cuerpo y desde la enfermedad. La ciencia y la	“Hablar de la narrativa como mediación y como elemento clave en el proceso del cuidado también determina un trasfondo epistemológico que se soporta en los adelantos científicos y tecnológicos. Vilches, adelantándose a su tiempo lo expresa de mejor manera en su obra <i>La migración digital</i> : “Las bases de la nueva narración humanista se hallan en el retorno y la armonía que serán alcanzados a través de las tecnologías” (2001, p. 137). La narrativa y la ciencia como mediaciones en el cuidado suponen unos elementos básicos sobre los cuales se establece la comunicación, el diálogo y el contexto entre la enfermera, el cuidado y el	Llama la atención en este artículo la forma como se presenta la narrativa desde otra ciencia diferente a la psicología, la experiencia metodológica de la narrativa se evidencia como una posibilidad de entender el cuidado paliativo y construido desde la experiencias integral, del paciente.

	<p>tecnología se unen a la narración, establecen medios y mediaciones y enriquecen la comunicación y el diálogo necesarios para la interacción. La forma de decir, de comunicar y recibir mensajes implica, en la mayoría de las ocasiones, metáforas y manejos simbólicos que irónicamente tratan de evadir la realidad y se vuelcan al hecho mismo, a la enfermedad y al cuidado. Una minuciosa revisión de los escritos dedicados a la bioética y a los vericuetos del ciclo de la vida, con relación a la enfermedad, el cuidado, la narrativa y la ciencia, muestra los testimonios y las principales investigaciones que inciden en este ámbito problemático y que refuerzan el planteamiento básico de que el ser humano tiene la necesidad imperiosa de narrar y de que se le responda adecuada, eficaz y eficientemente”</p>	<p>paciente. En primer lugar, surgen los cuestionamientos y las preguntas con sus consecuentes respuestas y su respectivo manejo del lenguaje: hablado, escrito, por imágenes audiovisuales, digital. Lisa Randall, profesora de física de la Universidad de Harvard y catedrática del MIT, manifiesta que: “A veces una manera fructífera de abordar los grandes problemas aparentemente irresolubles es formular preguntas cuyas posibles respuestas están sujetas a la experimentación, y éstas son generalmente preguntas referentes a leyes y procesos físicos que ya conocemos” (2007, p. 383). Los adelantos científicos inciden en las relaciones conceptuales, en la formación de las generaciones que regirán el mundo y, por supuesto, en cada situación personal. Cada día presenta un nuevo horizonte. Nuno Bernardo manifiesta que: “We are in the middle of an information revolution that I think still has some unfinished business to do” (2012, p. 48). El investigador Pierre Joliot no escatima dudas ni escritos para reafirmar que la biología y todas las ciencias y disciplinas afines se encuentran vigentes y en desarrollo pleno: “Estoy convencido de que en biología, como en la mayoría de las disciplinas, lo que se ha descubierto hasta ahora representa únicamente una mínima parte de lo que queda por descubrir” (2004, p. 11” Parra Roza, Omar. (2014) pag 50.</p>	
--	---	--	--

BIBLIOGRAFÍA	<p>Parra Rozo, Omar. (2014). LA ENFERMEDAD CUENTA: NARRATIVA Y BIOÉTICA DEL CUIDADO. <i>Revista Latinoamericana de Bioética</i>14(1), 48-61. Recuperado Agosto 29, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022014000100005&lng=en&tlng</p>
--------------	--

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
19.	<p>“La enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias para mi vida, fueron delineando “la sombra”, es decir, los miedos y las inseguridades de perderme en un estado que parecía y aún parece no acabar pero que ahora se hace más comprensible” EL SENTIDO DE LA SOMBRA. SOBRE MI EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA explora los recónditos sentidos y el impacto de la enfermedad crónica a través del recorrido de la propia experiencia subjetiva de la autora quien padece Leucemia Mieloide Crónica.</p>	<p>¿Cómo evaluar el impacto producido por la aparición de una enfermedad crónica en la vida de una persona? ¿Cómo determinar qué es menos terrible, que te caiga el meteorito y te mate o sobrevivas y enfrenten las consecuencias? Este trabajo es el resultado de una búsqueda de respuestas a estos interrogantes, de la investigación de mi experiencia con una enfermedad crónica en particular. Se trata de un reto desde la antropología por indagar una experiencia subjetiva de padecimiento; de un reto para mí misma como autora al convertirme en mi propio terreno de trabajo; de un reto para quienes están a mi alrededor por compartir su vivencia conmigo; de un reto de una vida que pudo haber sucumbido al impacto. La osadía de atreverme a contarla y analizarla, de hablarles de mí misma, de cosas que son tan íntimas y privadas, de secretos del ser humano que implican miedos, tristezas y alegrías, radica en una búsqueda de luces que ayuden a comprender mejor los</p>	<p>Un trabajo de grado desde una posición de historia de vida, contada desde la antropología para aportar una experiencia vital de un paciente con un diagnóstico de enfermedad crónica. Nos conviene leer con detenimiento el documento para favorecer el análisis que posteriormente se recoja.</p>

	<p>La interpretación y el análisis antropológico de la experiencia conjuga un ir y venir entre lo objetivo y lo subjetivo, un abordaje teórico y metodológico que permitió analizar las narrativas de la enfermedad, tanto por parte de quién la padece, como de su red social. De este modo se develan los principales efectos de la enfermedad, del sufrimiento que produce la incertidumbre y el sentimiento de desintegración de la identidad y las contingencias de la carrera moral de paciente crónico que incluye niveles de la realidad como el económico y el político. La cotidianidad se replantea ante la enfermedad tanto por los efectos agresivos de los tratamientos y el acceso a la atención en salud, como por las nociones de incapacidad o dependencia que producen aún más temor que la muerte. Este trabajo toma el rumbo del futuro incierto que supone</p>	<p>procesos de enfermedad y la atención de la salud, sea desde la antropología, la medicina o la psicología. Radica en querer compartirla para liberarse de la sombra, para que deje de ser el meteorito que derribó la única casa en medio de la pradera. Desde un punto de vista antropológico, esta propuesta reafirma la importancia de la experiencia subjetiva, experiencia de padecimiento en este caso demasiado individual para ser compartida y que por esa misma concepción, para el resto del mundo, puede que nunca deje de ser más que eso, mi experiencia personal, pero que desde la vida misma, desde la antropología, tiene adjudicada toda posibilidad de reflexión.</p>	
--	--	---	--

	la enfermedad crónica, los significados y las interpretaciones de la enferma y de quienes están a su alrededor. Es un intento, desde la Antropología, de escudriñar y dar valor a la mirada de la antropóloga a sí misma y a la enfermedad crónica que, súbitamente, llega a reevaluar hasta lo que se piensa de uno mismo”		
BIBLIOGRAFÍA	Alzate,A. (2005) El sentido de la sombra : sobre mi experiencia de enfermedad crónica. Recuperado 29 de agosto http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/135		

FOCOS	APUESTA DE LOS AUTORES	PRESUPUESTOS SISTÉMICOS (EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS O METODOLÓGICOS)	REFLEXIÓN PARA EL TRABAJO DE GRADO
20 Narración de enfermedad, identidad profesional, ALCESTE.	“El objetivo del presente trabajo fue analizar y describir la modalidad con la que un grupo de trabajadores sanitarios italianos, médicos y enfermeros(as), reconstruyen narrativamente una experiencia propia de	Una experiencia de enfermedad es el terreno en que personal sanitario y pacientes, ambos portadores de culturas complejas, tejen representaciones específicas (Good, 1994). La primera consulta, los análisis de control, la comunicación del diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la adherencia terapéutica y las eventuales hospitalizaciones, son algunas de las	Una experiencia de enfermedad crónica trabaja también la posibilidad de ver otros agentes sociales que tienen también incidencia en la toma de decisiones de los pacientes y en los niveles de afrontamiento de la enfermedad: el médico como agente de cambio, el médico

enfermedad. Participaron 43 profesionistas (28 hombres y 15 mujeres) de entre 25 y 64 años ($X = 45.36$), 27 médicos y 16 enfermeros(as). Para la recolección de datos se utilizó una entrevista narrativa (Atkinson, 2002) y para el análisis del corpus se utilizó el software ALCESTE. Se evidenciaron 4 clases de discurso: C1. Descripción de la enfermedad; C2. Confianza/Desconfianza en el personal; C3. Apoyo familiar/colegas; C4. Identidad profesional. Existe evidencia narrativa de que la experiencia de pasar “al otro lado”, de médico a paciente, cuestiona la identidad personal y profesional de los participantes.”

etapas de un trayecto durante el cual se debe reestructurar la identidad del sujeto que está pasando por este proceso. Partiendo de esta representación, el médico toma un papel importante, convirtiéndose en una referencia significativa para el otro ya que tiene el poder para dar nombre y significado a un evento inesperado y extraño que cambia la existencia y de quien se espera la resolución del problema que ha impedido seguir una ruta canónica, en la vida (Parrello, 2008; Parrello y Poggio, 2008). Drusini (2007) escribe que el paciente, viéndose a sí mismo a través de los ojos del médico, a menudo aprende a renunciar a su experiencia de enfermedad y corporeidad, confiando y entregándose totalmente en las manos del galeno. La enfermedad no es entonces solo un evento orgánico, sino una radical desestructuración de la propia identidad; de pronto el cuerpo y el padecimiento se vuelven el centro de atención, dejando de lado ideales, proyectos, etc.; además, ese cuerpo enfermo no permite continuar con las actividades cotidianas por lo que se vuelve, en las palabras de Good (1994), “un obstáculo que separa del mundo”. En el caso del profesionista de la salud, esta desestructuración es todavía más radical porque una identidad que se ha vivido siempre como “curador/cuidador” se encuentra de improviso como alguien que necesita ser “curado/cuidado” (Galimberti, 2007). PAG 52

como posibilidad de análisis dentro del trabajo de grado.

BIBLIOGRAFÍA

Osorio, M. & Parello, S. (2014). Análisis narrativo de experiencias de enfermedad. *Hablan médicos y enfermeras Revista Semestral. Tercera Época. Año XVIII. Número 30. Febrero – Julio*