

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Toda pérdida impacta de cierta manera en nuestras vidas, ya sea intensa o leve, una pérdida puede abarcar desde algo tan simple como la experiencia de perder una lapicera o algo tan conmovedor como la pérdida de salud, la pérdida de algún familiar o la noticia de nuestra propia muerte; todo depende del valor emocional que se le asigne. Es a partir de esa idea que Kübler-Ross plantea cinco fases de duelo o pérdida: negación, ira, negociación o pacto, frustración o depresión y aceptación.

Entonces, si se relaciona las mencionadas fases de duelo con la posibilidad de nuestra propia muerte a partir de una enfermedad crónica o terminal genera muchas incógnitas, pues la muerte es un “tabú”, el cual no nos agrada hablar o comentar.

Por otra parte con el pasar de los años la aplicación de la psicología en pacientes crónicos renales fue aumentando, debido a la particularidad de la enfermedad, generando en los pacientes una inestabilidad emocional, así también estos pacientes necesitan ser escuchados y asistidos en el transcurso del tratamiento que llega a ser de por vida en la mayoría de los casos

Es ahí que a nivel internacional en España (Pérez Tais, 2014), se plantea la importancia de la atención psicológica a los pacientes con insuficiencia renal crónica, con la implementación de la psiconefrología. Así también en Panamá, (Martínez Lorena, 2012) señala los aspectos psicológicos de los pacientes con insuficiencia renal crónica y su valor en ser atendidos y asistidos psicológicamente.

Así mismo postulados teóricos y prácticos realizados en México, acerca de la psicología y los pacientes crónicos (Romero José, 2009) señala que existen

ciertos aspectos psicológicos del paciente ante la enfermedad crónica que deben ser tomados en cuenta para realizar una intervención y asistencia psicológica de la mejor manera posible.

Sobre las características del estado emocional en esta particular población de estudio, en el país de Cuba (Gonzales, Herrera, López y Nieves, 2011), se destaca la importancia de comparar los postulados de White, Grenyer (1999): *“jerarquía de las pérdidas en el paciente renal”* y Elizabeth Kubler- Ross (1989): *“etapas del proceso de duelo”*, para lograr obtener un mejor análisis y entendimiento de este factor.

Ahora bien en cuanto a la intervención psicológica en pacientes renales, en Perú (Medina Jorge, 2009), artículos explicativos, señalan la importancia de informar acerca de la enfermedad al paciente y trabajar con aspectos como: la frustración, motivación y actitudes entres otros que se hacen presente en estos sujetos, para así, alcanzar lo que significa el entendimiento pleno del cambio en el estilo de vida, y las acciones correspondientes que se deben realizar para alcanzar la estabilidad psicológica del paciente renal.

Finalmente en Bolivia se puede decir que existe un vacío científico, en cuanto se refiere a la elaboración del duelo, ya que existen investigaciones realizadas en Tarija por parte de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” (Mendoza, 2009; Maigua, 2013) se centraron en analizar las características psicológicas de esta población.

Es ahí donde nace la incógnita científica que motiva a realizar la presente investigación:

“¿Cuál es la fase de duelo por la que atraviesan los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?”

1.2 JUSTIFICACIÓN

Afrontar una pérdida de tal magnitud como en el caso de perder la salud por estar atravesando una enfermedad crónica o terminal rompe con los esquemas tradicionales de lo que es debido y no hablar, es decir, abrir la mentalidad de la sociedad tarijeña ante estos problemas tan cercanos a los ciudadanos y los cuales son ocultados de cierta manera por los comentarios que deja esta problemática.

Cabe resaltar que con esta población ya se trabajó anteriormente, pero solo analizando las características psicológicas de los sujetos (Mendoza, 2009; Maygua 2013), y no así lo que se desea en el presente trabajo de investigación que es el descubrir las fases de duelo que atraviesan los pacientes de la mencionada unidad.

En el aspecto práctico, la presente investigación, se contribuye beneficiando a los pacientes crónicos, pues ellos necesitan un apoyo humano con la comprensión de la situación por la cual atraviesan. Y se da a conocer a la sociedad la importancia de atender a estos pacientes debido por la particularidad de su enfermedad y todo lo que conlleva.

En cuanto a la importancia científica se puede mencionar que es un tema el cual tiene mucho campo por explorar, pudiendo ser este el inicio de una serie de investigaciones, ya sean, centradas en una fase determinada del duelo o algún estudio distinto con estos sujetos.

En referencia al aporte teórico es la exploración de las características que presentan las distintas fases del duelo planteadas por E. Kübler-Ross, con la utilización de *la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de salud*, y una entrevista a profundidad que de paso a la fluidez de expresión de los sujetos designados para realizar la investigación.

El aporte metodológico en esta investigación es la elaboración de una entrevista en profundidad, como parte importante de la entrevista clínica, y una técnica de gran relevancia para la práctica profesional.

Los resultados obtenidos dan paso a nuevas investigaciones sobre esta temática tan poco analizada, y no sólo con estos sujetos, sino también con otros sujetos que estén en un proceso crítico de pérdida de la salud.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

“¿Cuál es la fase de duelo por la que atraviesan los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?”

2.2 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la fase de duelo por la cual atraviesan los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explorar las características de las fases de duelo que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.
2. Definir los niveles de ansiedad, irritabilidad, pensamientos de inutilidad y los problemas de pensamiento, y su relación con las fases de duelo en los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.
3. Explorar la concepción acerca de la muerte y el temor hacia la misma en los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

2.3 HIPÓTESIS

1. La fase de duelo por la cual atraviesan los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija es de negociación o pacto.
2. Los niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica son elevados en comparación a los demás factores de depresión, irritabilidad, pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento y, relacionados con el proceso de duelo en cuanto por la pérdida de salud, debido a todo lo que significa superar la mencionada pérdida.
3. Los pacientes de la unidad de hemodiálisis del H.R.S.D.D., consideran que la muerte es algo natural y normal, y no sienten el temor hacia la misma..

2.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Categorías	Indicadores	Escala
FASES DEL DUELO	Se define como fases de duelo al proceso por el cual la gente lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica.	1.-Negación	1.1 Desinformación. 1.2 Egoísmo. 1.3 Negatividad. 1.4 Poco interés por la enfermedad.	-Nunca. -Pocas veces. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		2.-Ira	2.1Desesperación. 2.2Impaciencia. 2.3Distanciamiento familiar-social. 2.4 Irritabilidad. 2.5 Agresividad	-Nunca. -Pocas veces. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		3.-Negociación o pacto	3.1Predisposición frente al tratamiento. 3.2Promesas. 3.3 Ver por la conveniencia personal. 3.4 Aumento de Fe. 3.5 Aumento de esperanza. 3.6 Optimismo.	-Nunca. -Pocas veces. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		4.-Depresión o frustración.	4.1 Preocupación. 4.2 Decaimiento. 4.3 Sentimiento de debilidad. 4.4 Insomnio o hipersomnia. 4.5 Pérdida de apetito 4.6 Pérdida de energía. 4.7Disminución de la capacidad de pensar.	-Nunca. -Pocas veces. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		5.-Aceptación	5.1 Paciencia. 5.2 Esfuerzo. 5.3 Madurez psicológica. 5.4 Estabilidad emocional. 5.5 Serenidad.	-Nunca. -Pocas veces. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.

Variable	Definición Conceptual	Categorías	Indicadores	Escala
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.	<p>Se entiende a la ANSIEDAD como un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad como respuesta frente a estímulos que pueden ser externos o internos que son percibidos como una amenaza.</p> <p>En cuanto a la DEPRESIÓN se comprende como: Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo, presentación de problemas orgánicos y disminución de las funciones psíquicas</p>	1.- Depresión	2.1 Preocupación. 2.2 Decaimiento. 2.3 Sentimiento de debilidad. 2.4 Insomnio o hipersomnia. 2.5 Pérdida de apetito 2.6 Pérdida de energía. 2.7 Disminución de la capacidad de pensar.	-Nunca. -Casi nunca. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		2.-Ansiedad.	1.1 insomnio. 1.2 Miedo. 1.3 Tensión muscular. 1.4 Respiración agitada. 1.5 Pensamientos molestos. 1.6 Preocupación. 1.7 Estado de ánimo inestable.	-Nunca. -Casi nunca. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		3.-Inutilidad.	3.1 Auto percepción errónea. 3.2 Temor a errar 3.3 Dificultad para iniciar actividades. 3.4 Pensamientos molestos. 3.5 Irritabilidad 3.6 Problemas orgánicos y musculares (vista y temblores)	-Nunca. -Casi nunca. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		4.-Irritabilidad.	4.1 Impaciencia. 4.2 Sensación constante de rabia. 4.3 Ira. 4.4 Cansancio. 4.5 Pensamientos molestos.	-Nunca. -Casi nunca. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.
		5.-Problemas de pensamiento	5.1 Dificultad para concentrarse. 5.2 Negativismo. 5.3 Miedo a perder el control. 5.4 Deseos de estar solo. 5.5 Sentimientos de soledad. 5.6 Pesadillas y terrores nocturnos	-Nunca. -Casi nunca. -A veces. -Casi siempre. -Siempre.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 FASES DE DUELO

Elisabeth Kübler Ross fue una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense, una de las mayores expertas mundiales en la muerte, personas moribundas y los cuidados paliativos. Su libro: *Sobre la muerte y el morir*, en el año 1969, expone su conocido modelo de Kübler-Ross por primera vez. En esa y otras doce obras, sentó las bases de los modernos cuidados paliativos, cuyo objetivo es que el enfermo afronte la muerte con serenidad y hasta con alegría.

En su libro “Sobre la muerte y los moribundos” la autora define cinco fases de duelo por las cuales atraviesan las personas ante la noticia inminente de una pérdida, estas se relacionan con la propia pérdida de salud ante una enfermedad terminal o crónica. Las fases que plantea la autora son las siguientes: Negación, Ira, Pacto o Negociación, Depresión o Frustración y Aceptación.

3.1.1 NEGACIÓN

La primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recupera gradualmente. Cuando la sensación inicial de estupor empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: "No, no puedo ser yo". Como en nuestro inconsciente somos todos inmortales, para nosotros es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte. Dependerá mucho de cómo se le diga, de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable, y de cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales.

También se descubrió que muchos de los pacientes han usado la negación cuando se encontraban con miembros del personal del hospital que tenían que usar esta forma de actuar por sus propias razones. Estos pacientes pueden ser muy meticulosos a la hora de escoger diferentes personas entre los miembros de la familia o del personal con los que hablar de su enfermedad o de su muerte inminente, mientras fingen una mejoría con los que no pueden tolerar la idea de su fallecimiento. Es posible que esta conducta del enfermo explique la discrepancia de opiniones existente con respecto a la necesidad que tiene un paciente de saber que su enfermedad es fatal.¹

3.1.2 IRA

En contraste con la fase de negación, esta fase de ira, según la Dra. K. Ross, es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. Los doctores no son buenos, no saben qué pruebas hacer ni qué dieta prescribir. Tienen a los pacientes demasiado tiempo en el hospital o no respetan sus deseos de privilegios especiales. Permiten que les metan en la habitación un compañero lastimosamente enfermo cuando ellos pagan tanto dinero para tener un poco de soledad y descanso. Para estos pacientes en la etapa de la ira, las enfermeras se convierten en blanco de su disgusto aún más a menudo, de acuerdo a la autora mencionada. En cuanto han salido de la habitación, tocan el timbre y se enciende la luz en el mismo minuto en que empiezan su informe para el siguiente turno de enfermeras. Si sacuden las almohadas y estiran las sábanas, les acusan de no dejar nunca en paz a los pacientes, y cuando los dejan solos vuelve a encenderse la luz para pedir que les arreglen mejor la cama.

¹ KUBLER-ROSS ELISABETH, "**SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS**", EDICIONES GRIJALBO S.A, ESPAÑA, 1993 PAG 64.

La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lágrimas, culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cual sólo sirve para aumentar la incomodidad y el disgusto del paciente.

El problema está en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente y se preguntan de dónde puede venir su enojo. Tal vez uno mismo también estaría disgustado si todas las actividades se le vieran interrumpidas tan prematuramente; si todos los proyectos que habían forjado fueran a quedarse sin acabar, o fuera a acabarlos otro; si se hubiera ahorrado un dinero ganado para disfrutar de unos cuantos años de descanso y diversión, para viajar y dedicarse a sus aficiones, y se encontrara con que "esto no es para mí". ¿Qué se haría con esa rabia, sino descargarla sobre las personas que probablemente iban a disfrutar de todas aquellas cosas? Personas que corren a su alrededor con aire de estar muy ocupadas sólo para recordarle que ya ni siquiera pueden ponerse de pie.

Personas que ordenan exámenes desagradables y hospitalización prolongada con todas sus limitaciones, restricciones y gastos, y que, al terminar el día, pueden irse a su casa y disfrutar de la vida. Personas que dicen que estén quietos para que no haya que volver a empezar la infusión o la transfusión, cuando sienten deseos de salir de su propio pellejo y hacer algo para saber que todavía funcionan a algún nivel.

A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja. Tal vez ponga la televisión y se encuentre un grupo de alegres jóvenes que ejecutan un baile moderno, y eso le irrite, porque todos sus movimientos son dolorosos o están limitados. Tal vez vea una película del oeste en la que matan a la gente a sangre fría mientras los espectadores continúan bebiendo sus cervezas. Los comparará con su familia o con el personal que le atiende.

Tal vez escuche las noticias, llenas de destrucción, guerra, incendios y tragedias, lejos de él, sin preocuparse por la lucha de un individuo que pronto será olvidado. O sea, que este paciente hace todo lo posible para que no se le olvide. Alzará la voz, pedirá cosas, se quejará y pedirá que se le atienda, quizá como un último grito: "Estoy vivo, no se olviden de eso. Pueden oír mi voz. ¡Todavía no estoy muerto!"

Un paciente al que se respete y se comprenda, al que se preste atención y se dedique un poco de tiempo, pronto bajará la voz y reducirá sus airadas peticiones. Se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y al que permiten funcionar al nivel más alto posible, mientras pueda. Se le escuchará sin necesidad de que tenga un berrinche, se le visitará sin que suene el timbre tan a menudo, porque hacerle una visita no es un deber, sino un placer. La tragedia es quizá que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando, el origen, no tiene nada que ver, o muy poco, con las personas que se convierten en blanco de sus iras. Sin embargo, cuando el personal o la familia se toman esta ira como algo personal y reaccionan en consecuencia, con más ira por su parte, no hacen más que fomentar la conducta hostil de paciente. Pueden esquivarlo y hacer más cortas las visitas o pueden dar argumentos innecesarios para justificar su visita, sin saber que, muy a menudo, aquello es totalmente irrelevante.²

3.1.3 PACTO O NEGOCIACIÓN

La tercera fase, que plantea la Dra. K. Ross., la fase de pacto o negociación, es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. Si no fue capaz de afrontar la triste realidad en el primer período y se enojó con la gente y con Dios, en el segundo, tal vez pueda llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable: "Si Dios ha

² KUBLER-ROSS ELISABETH, "**SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS**", EDICIONES GRIJALBO S.A, ESPAÑA, 1993 PAG 74-76.

decidido sacarme de este mundo y no ha respondido a mis enojadas súplicas, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente."

La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente los guardan en secreto o los mencionan entre líneas. En las entrevistas que realizó la autora destacó el número de pacientes que prometen "una vida dedicada a Dios" o "una vida al servicio de la Iglesia" a cambio de vivir más tiempo. Muchos de los pacientes también prometían dar partes de su cuerpo, o todo él, "a la ciencia", si los médicos usaban su conocimiento de la ciencia para prolongar su vida.

Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, y por lo tanto sería muy útil que el personal de los hospitales no pasara por alto este tipo de comentarios de los pacientes. Si un médico, enfermero o psicólogo, puede averiguar si el paciente se siente culpable por no asistir a la iglesia con más regularidad o si tiene deseos hostiles inconscientes y más profundos que provocan esta sensación de culpabilidad. Por esta razón se considera tan útil que haya un contacto profesional entre las diferentes personas encargadas del cuidado del paciente, ya que, a menudo, el enfermero es el primero que se entera de aquellas preocupaciones³. (Entonces el psicólogo o médico les siguen el rastro hasta que el paciente se libra de sus temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa "la fecha del vencimiento").

3.1.4 FRUSTRACIÓN O DEPRESIÓN

Cuando el paciente desahuciado o crónico no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u

³ KUBLER-ROSS ELISABETH, "**SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS**", EDICIONES GRIJALBO S.A, ESPAÑA, 1993 PAG 111,113 Y 114.

hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. Esta pérdida puede tener muchas facetas: una mujer con cáncer de pecho puede reaccionar ante la pérdida de su figura; una mujer con cáncer de útero puede tener la impresión de que ya no es una mujer.

La autora señala que, al tratamiento y la hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras; tal vez ya no se podrán permitir pequeños lujos al principio, y cosas necesarias más tarde. Las inmensas sumas que cuestan estos tratamientos y hospitalizaciones en los últimos años, han obligado a muchos pacientes a vender todo lo que tenían; no han podido conservar una casa que habían construido para cuando fueran viejos, no han podido mandar a un hijo a la universidad, y quizá no han podido hacer realidad muchos sueños.

A esto puede añadirse la pérdida del empleo debido a las muchas ausencias o a la incapacidad de trabajar, y las madres y esposas tienen que ser las que ganan el pan, privando a los niños de la atención que les dispensaban antes. Cuando son las madres las que están enfermas, los niños tendrán que ir a vivir fuera de casa, contribuyendo a la sensación de tristeza y culpabilidad de las pacientes. Todo el que trata con pacientes conoce muy bien todas estas razones de depresión. Lo que a menudo tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado o crónico para disponerse a salir de este mundo. Si se tuviera que señalar una diferencia entre estas dos clases de depresión, se diría que la primera es una depresión reactiva, y la segunda una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta, y se debería tratar de una forma completamente diferente de la segunda.

Una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompañan a la depresión. A una mujer que está preocupada por no seguir siendo una mujer, se le puede alabar algún rasgo específicamente femenino; se le puede convencer de que sigue siendo tan mujer como antes de la intervención quirúrgica. La prótesis de pecho ha contribuido mucha a la auto-estimación de la paciente que tiene cáncer de pecho. El médico o el psicólogo pueden hablar de las preocupaciones de la paciente con el marido para que éste contribuya a mantener la auto-estimación de la paciente.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Nuestra reacción inicial ante las personas que están tristes, generalmente es intentar animarlas, decirles que no miren las cosas desde una óptica tan torva o desesperada. Se les incita a mirar el lado alegre de la vida, todas las cosas positivas y llenas de colorido que les rodean. Esto, a menudo, es una expresión de una propia necesidad, de la incapacidad para tolerar una cara larga durante un período prolongado de tiempo.

Puede ser una actitud útil cuando se trata del primer tipo de depresión de los pacientes desahuciados. A una madre, le ayudará saber que los niños juegan muy contentos en el jardín del vecino, porque están allí mientras su padre está en el trabajo. A una madre, puede ayudarle saber que continúan riendo y bromeando, yendo a fiestas y trayendo buenas notas de la escuela: todo ello son manifestaciones de que funcionan con normalidad a pesar de su ausencia prolongada.

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen

tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. No debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente. Sería absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes cuando perdemos a una persona querida.

El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste. Este segundo tipo de depresión generalmente es silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el paciente tiene mucho que compartir y necesita muchas comunicaciones verbales y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones.

En el dolor preparatorio no se necesitan palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose al lado de la cama, en silencio. Éstos son los momentos en los que el paciente puede pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que le espera que de lo que deja atrás. Son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que traten de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla.⁴

3.1.5 ACEPTACIÓN

Finalmente K. Ross. Expone que, si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su "destino" no le

⁴ KUBLER-ROSS ELISABETH, "**SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS**", EDICIONES GRIJALBO S.A, ESPAÑA, 1993 PAG 115-119.

deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad.

Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Éste no es un sueño evasivo o un período de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa. No es un "abandono" resignado y desesperanzado, una sensación de "para qué sirve" o de "ya no puedo seguir luchando", aunque también se pueden oír afirmaciones como éstas. (Indican el principio del fin de la lucha, pero no son síntomas de aceptación.).

La autora señala que no hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegará el momento del "descanso final antes del largo viaje". En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente.

Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen solo, o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar.

A menudo pide que se limite el número de gente y prefiere las visitas cortas., ese es el momento en que se ha de desconectar la televisión. Entonces la

comunicación se vuelve más mudas que orales. El paciente puede hacer un simple gesto con la mano para invitar a que el psicólogo o médico se siente un rato. Puede limitarse a agarrar la mano y pedir que estén allí sentados en silencio. Estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas en presencia de una persona moribunda o enferma crónica. Se puede por ejemplo escuchar juntamente el canto de un pájaro al otro lado de la ventana. Esta presencia sólo es para confirmar que se estará disponible hasta el final.

Así también se puede hacerle saber simplemente que está muy bien no decir nada cuando ya hay quien se ocupa de las cosas importantes y sólo es cuestión de esperar a que pueda cerrar los ojos para siempre. Esto puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo. Cuando ya no hay conversación, una presión de la mano, una mirada, un recostarse en la almohada pueden decir más que muchas "ruidosas" palabras. Es cuando el servicio del hospital no interrumpe, cuando la enfermera no entra a tomar la temperatura y la mujer de la limpieza no está barriendo el suelo: ese pequeño momento privado que puede completar el día después de la ronda del médico, cuando no hay nadie para interrumpir. Es poco rato, pero es reconfortante para el paciente saber que no le olvidan cuando no puede hacerse nada más por él. También es agradable para el visitante, porque le muestra que la muerte no es esa cosa espantosa y horrible que tantos quieren esquivar.

Hay unos pocos pacientes que luchan hasta el final, que pelean y conservan una esperanza que hace imposible alcanzar esta fase de aceptación. Son los que dirán un día: "No puedo seguir haciéndolo", el día que dejan de luchar. En otras palabras, cuanto más luchen para esquivar la pérdida o muerte inevitable, cuanto más traten de negarla, más difícil les será llegar a esta fase final de aceptación con paz y dignidad.

La familia y el personal del hospital pueden considerar estos pacientes tenaces y fuertes, pueden fomentar la lucha por la vida hasta el final, y pueden convencerles implícitamente de que aceptar el propio fin es considerado un abandono cobarde, un engaño o, peor todavía, un rechazo de la familia.

Entonces, ¿cómo se sabe si un paciente está abandonando la lucha "demasiado pronto"? ¿Cuándo se creó que un poco de ánimo por su parte combinado con la ayuda de la profesión médica podría darle la oportunidad de vivir más? ¿Cómo se puede diferenciar esto de la fase de aceptación, cuando el deseo de prolongar su vida a menudo choca con su deseo de descansar y morir en paz?

Si no somos capaces de distinguir estas dos fases, hacemos más mal que bien a nuestros pacientes, veremos frustrados nuestros esfuerzos y convertiremos su muerte en una última experiencia dolorosa.⁵

3.2 LA INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal es un trastorno parcial o completo de la función renal. Existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua y, asimismo, aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo. La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica.⁶

3.2.1 CLASIFICACIÓN

La insuficiencia renal se clasifica en dos categorías:

3.2.1.1 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA)

⁵ KUBLER-ROSS ELISABETH, "**SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS**", EDICIONES GRIJALBO S.A, ESPAÑA, 1993 PAG 147-150.

⁶ SWEARINGEN, P." **MANUAL DE ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. INTERVENCIONES ENFERMERAS Y TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARIOS**". ESPAÑA. ELSEVIER MOSBY 2008.PAG 274

Es un síndrome clínico de inicio rápido, apareciendo aproximadamente en horas o días y caracterizado por una pérdida rápida de la función renal con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina. La uremia es el proceso en que la función renal disminuye hasta un punto en que aparecen síntomas en múltiples sistemas del organismo. La IRA se asocia a menudo con la oliguria (disminución de la diuresis hasta menos de 400 ml/día). Esta enfermedad es **reversible**, pero presenta una tasa de mortalidad del 50%.⁷

3.2.1.2 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

Consiste en una destrucción progresiva e **irreversible** de la función de ambos riñones. Los estadios se definen según el grado de función renal. Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, se trata de la enfermedad renal en estado terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesitándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente.⁸

3.2.2 CAUSAS

La enfermedad renal puede ser consecuencia de muchas causas diferentes, varios tipos de infecciones del tejido renal (glomerulonefritis) pueden dejar secuelas irreversibles que han de afectar su funcionamiento normal, también, la elevada presión arterial en forma persistente (hipertensión) puede causar un profundo daño del riñón, la diabetes, en estadios avanzados, es causa

⁷ SWEARINGEN, P." *MANUAL DE ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. INTERVENCIONES ENFERMERAS Y TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARIOS*". ESPAÑA. ELSEVIER MOSBY 2008.PAG 276

⁸ SWEARINGEN, P." *MANUAL DE ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. INTERVENCIONES ENFERMERAS Y TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARIOS*". ESPAÑA. ELSEVIER MOSBY 2008.PAG 280

frecuente de la enfermedad renal y el consumo excesivo de algunos medicamentos también puede ser causante de una disminución gradual de la función renal. Existen asimismo causas de orígenes congénitos o hereditarios de enfermedad renal, tales como la enfermedad poliquística del riñón y anomalías de las vías urinarias.⁹

3.2.3 TRATAMIENTO

Los tratamientos más habituales para esta enfermedad son los siguientes:

3.2.3.1 HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis purifica y filtra la sangre por medio de una máquina que libra al organismo temporalmente de desechos nocivos, y de sal y agua en exceso. La hemodiálisis ayuda a controlar la tensión arterial y le ayuda al organismo a mantener el balance adecuado de sustancias importantes como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato.¹⁰

3.2.3.2 DIÁLISIS

La diálisis peritoneal es otro procedimiento que retira el exceso de agua, desechos y sustancias químicas del cuerpo. Esta clase de diálisis utiliza la membrana interna que reviste el abdomen para filtrar la sangre. Esta membrana, llamada peritoneo, actúa como el riñón artificial.¹¹

⁹ HOLECHEK M. *"INTERVENCIÓN ENFERMERA: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"*. ESPAÑA. ELSEVIER, 2004.PAG. 25

¹⁰ HOLECHEK M. *"INTERVENCIÓN ENFERMERA: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"*. ESPAÑA. ELSEVIER, 2004.PAG. 133

¹¹ HOLECHEK M. *"INTERVENCIÓN ENFERMERA: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"*. ESPAÑA. ELSEVIER, 2004.PAG. 137

3.2.3.3 TRASPLANTE

En el trasplante renal se coloca un riñón sano de otra persona en el cuerpo del paciente mediante una cirugía. El riñón donado cumple las funciones que los dos riñones enfermos realizaban.¹²

3.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Los pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal y en la que la persona se enfrenta a un tratamiento como la hemodiálisis pasa por un proceso de adaptación, en el cual uno de los elementos más importantes son las emociones y su actitud para enfrentar esta enfermedad. De la enfermedad física puede derivarse problemas subyacentes como la autoestima de la persona, su imagen corporal y dificultades centradas en sus relaciones cotidianas.

La importancia de trabajar los aspectos emocionales que produce esta enfermedad, es que precisamente estos factores emocionales pueden facilitar, agravar o causar mayor dificultad en la vida del paciente y sus familiares. Esas dificultades pueden aparecer en diferentes formas como la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento.

Por ser una enfermedad de evolución crónica con repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente, incluyendo a sus familiares, entendemos la necesidad de un trabajo interdisciplinario que busca la atención global del individuo enfermo (médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos). **Una de las principales dificultades enfrentadas por quien se enferma es la amenaza a su integridad y la pérdida del control interno y del medio ambiente.**

En la sesión de hemodiálisis, el paciente pasa de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose casi totalmente dependiente de la persona que lo atiende y de la máquina.

¹² HOLECHEK M. *"INTERVENCIÓN ENFERMERA: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"*. ESPAÑA. ELSEVIER, 2004.PAG. 142

Esta dependencia puede generar emociones como miedo, negación, pérdida de control. Existe incertidumbre, lo cual es una experiencia bastante difícil de enfrentar. El psicólogo entonces trabaja con la expresión de estas emociones, la aceptación de la enfermedad y del tratamiento, lo cual se convierte en un proceso doloroso.

Existen cinco etapas que el paciente puede presentar durante este proceso: **negación, rabia, negociación, depresión y aceptación**. Por otra parte el paciente renal convive con el estrés. El estrés es una respuesta fisiológica a una demanda de origen exterior o interior del sujeto. Cuando el organismo se encuentra sometido de manera prolongada al estrés, el individuo se encuentra más frágil y por lo tanto más vulnerable tanto física como psicológicamente (depresión).

Existen tres fases que aparecen con el proceso de aceptación del tratamiento:

- **Primero** existe una fase de luna de miel, en el cual el paciente se somete al tratamiento y siente mejoría.
- **Segundo** existe un período de desencanto y desánimo: disminuye y hasta desaparece los sentimientos de confianza y las expectativas disminuyen. Se empiezan a preguntar: ¿cuánto tiempo? ¿qué sucederá si paro el tratamiento? Los sentimientos de desamparo y tristeza dominan a los afectos durante este período.
- **Tercero** y como última etapa existe un período de adaptación. Se caracteriza por el inicio de la aceptación de las limitaciones propias de la enfermedad y de las complicaciones originadas en el tratamiento de hemodiálisis.

El paso hacia este nuevo período se da gradualmente en todos los pacientes y es un momento marcado por fluctuaciones entre el bienestar físico y emocional. La intensidad de estas fluctuaciones varía de paciente a paciente y en el mismo paciente varía con el tiempo. El trabajo del psicólogo se enfocará entonces en dar el espacio para que el paciente externalice y deje aflorar sus emociones, apoyándolo e

invitándolo a verbalizar sus sentimientos. El paciente necesita tener a alguien que lo escuche, lo comprenda y comparta con él sus necesidades.¹³

3.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CRÓNICO

Hablar de una paciente crónica indica que una persona sufre una enfermedad de larga evolución, la mejoría de los síntomas es lenta, pasajera y casi nunca está asintomático. El término crónico tiene un efecto negativo tanto en los familiares del paciente, la sociedad como en los médicos, quienes no aceptan con agrado responsabilizarse en el tratamiento. Por una parte porque el éxito de una mejoría es muy remoto, por otro lado los familiares tratan de abandonarlo en la institución médica que le ha recibido.

El paciente crónico en el seno familiar origina tensiones, confusiones, desánimo y sentimiento de culpa en sus familiares respecto a los cuidados que brindan al paciente, situación que repercute en el estado general del paciente crónica originando;

3.4.1 Necesidad de seguridad. Su prolongada enfermedad produce necesidad de dependencia hacia sus familiares y su enfermedad; insatisfacción general que no hace esfuerzos para colaborar en sus cuidados, mostrando así que su enfermedad requiere de mejores atenciones.

3.4.2 Angustia de ser rechazado. Su actitud y su estado de ánimo pesimista determinan que el paciente crónico experimente angustia a ser rechazado no solo por sus familiares, sino también por otras personas por lo tedioso que resulta su cuidado no solo desde el punto de vista económico, sino por el tiempo que tienen que dedicar en su atención y cuidado.

¹³ MARTÍNEZ LORENA. "ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA".3 de Diciembre de 2012. De: <http://www.saludpanama.com/aspectos-psicologicos-de-la-insuficiencia-renal-cronica>, recuperado el 09 de julio de 2016

3.4.3 Temor al abandono y soledad. Su larga enfermedad debilita su estado físico, su función social y sus aspiraciones de recuperación, por lo que experimenta temor que sus familiares le abandonen y se encuentre a merced de su soledad.

3.4.4 Miedo a la Invalidez. Las experiencias y las vivencias que tiene el paciente crónico en el transcurso de su enfermedad, el desmedro de sus energías físicas y psíquicas, su necesidad de dependencia, tiene miedo a la Invalidez permanente, lo que determina que cada vez se abandone a los cuidados de los demás posibilitando su invalidez.

3.4.5 Desconfianza en el Médico. El paciente crónico en su relación con sus médicos tratantes se percata que no muestran mayor interés por su enfermedad, por lo que desconfía que haya algún médico que pueda hacer algo mejor para superar su estado y vuelva a valerse por sí mismo. ¹⁴

3.5 LA ENFERMEDAD COMO PÉRDIDA EN EL PACIENTE CRÓNICO

La enfermedad toma un significado de pérdida que se enumeran en cuatro puntos:

3.5.1 PÉRDIDA DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Para pacientes con insuficiencia renal crónica existe una alternativa para continuar con vida y es la diálisis, esta alternativa la única en sus vidas, abriendo un antes y después de ella. El autoconcepto del paciente se ve mermado ante la inserción del catéter, de tal intervención se vierten expectativas respecto al nuevo miembro artificial que será parte de su cuerpo.

¹⁴ ROMERO YAURI JOSE."ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD". DE <http://www.ilustrados.com/tema/683/Aspectos-psicologicos-paciente-frente-enfermedad.html#PSICOTERAPEU>. RECUPERADO EL 19 DE JULIO DE 2016

La diálisis se debe convertir en un evento cotidiano para el resto de su vida y esta periodicidad señala al paciente el constante enfrentamiento con la enfermedad. El autoconcepto es la representación de una realidad multidimensional en la que ciertas dimensiones adquieren más valor para algunos individuos, mientras que otras dimensiones resultan más relevantes para otros... el autoconcepto puede ser considerado como un reflejo de las percepciones de sí mismo acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo, el autoconcepto se nutre de la percepción de personas significativas del entorno social del paciente, y si existe congruencia en la relación entre el autoconcepto del paciente con la percepción de la familia produce el fortalecimiento de la autoestima del paciente.

3.5.2 PÉRDIDA DE STATUS SOCIAL-FAMILIAR Y PROFESIONAL

La enfermedad crónica degenerativa se refleja sobre la imagen corporal, otorgando al cuerpo un notorio deterioro y transformación. La impotencia sexual, la palidez y la cavidad necesaria para la diálisis en padecimientos renales, hacen que el paciente tenga una percepción de su organismo poco satisfactoria, se modifica el significado del cuerpo y ello provoca aislarse del entorno social. Gradualmente la fatiga es parte consecuente de las características del padecimiento, remitiendo al paciente a contextos que le exigen un mínimo de fuerza física (de transportación por ejemplo) hacia una comodidad que salvaguarde su integridad, el paciente se siente más seguro en casa, que en un ambiente fuera del hogar, el deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad van a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio será vivido con hostilidad (envidia o incompatibilidad), favoreciendo el egocentrismo así como el retraimiento y la introversión de los pacientes, todo ello como resultado del control de la afectividad y de la represión de la impulsividad. El paciente lucha con un duelo permanente que va diezmando actividades

laborales, sociales y familiares. En la medida que avanza la enfermedad, el paciente adquiere expectativas distintas a un futuro útil para los suyos y para él mismo.

3.5.3 PÉRDIDA DE LA LIBERTAD Y DE LA AUTONOMÍA

Se describe otro aspecto fundamental en el paciente, que fluctúa en cierto momento de la enfermedad en actitudes de pasividad, dependencia y resignación, pero no es recurrente en todos los casos. Primeramente se enfatiza una postura que resiste a ésta nueva modalidad de vivir. En las primeras etapas de la insuficiencia renal crónica, prácticamente se puede tener una normalidad en su vida, el paciente todavía percibe una relación favorable en su autoconcepto y de los familiares también. La familia tiene un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, aunque al ayudar potencian los sentimientos de inutilidad y las actitudes hostiles de los pacientes, esto puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. El paciente por lo general se resiste frente a la sumisión y tiene una disputa para reivindicar su propia autonomía e independencia, esta rivalidad entre rechazo-aceptación y dependencia-independencia, se refleja en su percepción del proceso de diálisis.

Los puntos anteriores mostraron a grosso modo aspectos que hacen mención del modelo de salud contemporáneo: biopsicosocial. La pérdida de la salud, hace referencia hacia el aspecto biológico. La pérdida del estatus, remite al aspecto social. La pérdida de la autonomía y la libertad, encaja en el aspecto psicológico, por los factores por los que el paciente pierde estas facultades. No por ello debemos concebir estos tres puntos como entes ajenos al modelo antes mencionado, se encuentran evidentemente interrelacionados, pero para una descripción se muestran de esa forma.

3.5.4 EL PACIENTE CRÓNICO Y SU PERCEPCIÓN ANTE LA MUERTE

El proceso en la enfermedad del paciente crónico conlleva una serie de pensamientos de su estado de salud, que va repercutiendo con un vislumbramiento latente y constante de su muerte. El tema de la muerte está presente en el vivir de cada día: en las complicaciones mortales, en el descenso de la esperanza de vida, en el fallecimiento de los compañeros de diálisis, etcétera. Esto con lleva a la necesidad de trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina de los cuidados diarios o en las mismas sesiones de diálisis¹⁵

3.6 COMPONENTES A TOMAR EN CUENTA PARA DEFINIR LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Se reconoce que en los pacientes con enfermedades crónicas, es frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que desencadenan depresión en la persona enferma. Es evidente que cuanto más severa sea la enfermedad, es más probable será que la depresión la complique.

La reconocida depresión compuesta, que se refiere a cuando este estado emocional o síntoma coexiste con otra enfermedad psiquiátrica o médica, se caracteriza por una magnitud mayor del efecto depresivo y usualmente es más resistente al tratamiento.

En la ERC desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente el paciente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud.

¹⁵ VARGAS, IBAÑEZ Y JIMÉNEZ. "REDES SOCIALES DE APOYO EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA". 2 DE JUNIO DE 2002. RECUPERADO DE: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/21695/20431>, EL 19 DE JULIO DE 2016.

Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad crónica comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad.

White y Grenyer, al evaluar las pérdidas del paciente renal establecen una lista de factores que pasa por la dimensión individual de cada persona enferma:

1. Salud
2. Libertad
3. Imagen corporal
4. Hábitos diarios
5. Autonomía
6. Autoestima
7. Bienestar físico
8. Rol familiar
9. Rol como pareja
10. Sexualidad
11. Trabajo
12. Tiempo libre
13. Vida comunitaria
14. Sueños y aspiraciones

15. Estilo de vida

16. Capacidad de elegir

En este sentido resulta interesante la propuesta de autores como Elizabeth Kübler- Ross (1989) que plantean el tránsito de estas personas por cinco etapas de un proceso de duelo para elaborar estas pérdidas:

– Fase I. Negación.

– Fase II. Ira.

– Fase III. Negociación o pacto.

– Fase IV. Depresión o frustración.

– Fase V. Aceptación.

Explorar las maneras individuales de transitar por la elaboración del duelo y la jerarquización de las pérdidas, constituye una oportunidad para encontrar con mayor nivel de precisión los posibles factores protectores y la capacidad de resiliencia como premisa para la estructuración de las alternativas terapéuticas.

En este sentido el estudio de los estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la ira se hacen ya de carácter obligatorio al pretender describir y explicar la manera individual de subjetivar la enfermedad crónica.

En el caso particular de la Enfermedad Renal Crónica resultan limitadas las investigaciones que profundicen en aspectos psicológicos de estos pacientes, al respecto se han podido identificar algunas cuestiones que si bien requieren de mayor nivel de profundidad y sistematización abren la puerta a un camino

prácticamente inexplorado en relación a determinados factores psicológicos asociados a esta afección.¹⁶

¹⁶ **GONZALES, HERRERA, LÓPEZ Y NIEVES.** *"CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"*. 1 DE DICIEMBRE DE 2011, DE <http://www.psicologiaincientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>. RECUPERADO EL 19 DE JULIO DE 2016.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación está centrada en el área clínica, ya que se analizan factores psicológicos internos como emociones y sentimientos, así también los mecanismos de defensa que utilizan las personas en situaciones tan delicadas como una pérdida.

El tipo de investigación utilizada para el presente trabajo es descriptiva, ya que, el propósito es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis se miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga.

Por otra parte también se puede decir que la investigación realizada posee una tipología un tanto exploratoria, debido a que las investigaciones de este modelo son aquellas, que pretenden darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad. Este tipo de investigación se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido Esta clase de estudios son comunes en la investigación del comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población elegida para la presente investigación estuvo conformada por todos los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que acudían a la unidad de hemodiálisis del “Hospital Regional San Juan de Dios”, debido a la situación muy particular que atraviesan los pacientes. El número de los pacientes que acudían a la unidad de hemodiálisis era de 50 sujetos distribuidos en los siguientes horarios: mañana, tarde y noche.

4.2.2 CRITERIO DE SELECCIÓN

Para realizar la investigación se tomó en cuenta a los pacientes de los distintos turnos, quienes fueron seleccionados a partir de la coordinación con el director del área. El sexo de los pacientes no fue un factor determinante para la investigación, es decir no se requería un número exacto de varones y mujeres. La antigüedad dentro de la unidad en calidad de paciente fue variada, se tomo pacientes desde un mes en tratamiento hasta los tres años con el tratamiento del la hemodiálisis. Así también, el nivel socioeconómico de los pacientes elegidos para la muestra fue diverso ya que, este factor es irrelevante para la investigación.

4.2.3 MUESTRA

La muestra tomada en la realización de la actividad fue de diez sujetos, el tipo de muestreo fue no aleatorio (no probabilístico), debido a la dificultad por la que atraviesan la población existente para la investigación, es decir, no todos los pacientes estaban en condiciones de poder ser participes de la investigación debido a la enfermedad, es por ello que se vio la forma más cómoda para poder elegir a la muestra gracias a la colaboración de los medico responsables de la unidad de diálisis, siendo ellos quienes asignaron a los sujetos para que sean evaluados. La muestra está comprendida por cinco sujetos de sexo masculino y cinco de sexo femenino, las

edades de los pacientes elegidos están comprendidas entre los diecinueve años y los sesenta y cinco.

4.3 MÉTODO, TÉCNICAS Y/O INSTRUMENTOS

4.3.1 MÉTODO

El método elegido para la siguiente investigación fue el método empírico – analítico, ya que, este método radica en un modelo de investigación científica, que se basa en la experimentación y la lógica empírica, que junto a la observación de fenómenos y su análisis estadístico, es el más usado en el campo de las ciencias sociales y en las ciencias naturales. Así también tomando las clasificaciones de: Método de la observación científica, que "tiene la capacidad de describir y explicar el comportamiento, al haber obtenido datos adecuados y fiables correspondientes a conductas, eventos y /o situaciones perfectamente identificadas e insertas en un contexto teórico. Y el método de la medición, que se desarrolla con el objetivo de obtener información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto, proceso o fenómeno, donde se comparan magnitudes medibles conocidas. Es la asignación de valores numéricos a determinadas propiedades del objeto, así como relaciones para evaluarlas y representarlas adecuadamente. Para ello se apoya en procedimientos estadísticos.

4.3.2 TÉCNICAS

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Tiene una guía y una serie de preguntas predeterminadas, pero en el proceso de realizar las entrevistas no se siguen necesariamente el orden porque se deja bastante libre al que habla, sin olvidar de centrar la entrevista y objetivos de la investigación. Permite procesar y comparar los resultados de distintos entrevistados; a la vez posibilita improvisar durante la entrevista y ser flexible para adaptarse a las circunstancias específicas.

La finalidad de la entrevista a profundidad en esta investigación es la de corroborar los datos obtenidos en la aplicación del anterior instrumento aplicado, y así mismo definir la fase de duelo por la cual atraviesa el sujeto entrevistado.

4.3.3 INSTRUMENTOS

4.3.3.1 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

Este instrumento está dirigido a evaluar la ansiedad, depresión y tres aspectos relacionados: Inutilidad, irritabilidad y pensamiento automático. Consta de 50 preguntas donde las opciones de respuestas son: *nunca*, *casi nunca*, *algunas veces*, *casi siempre* y *siempre*. El instrumento cuenta con un baremo clasificado con edad y sexo.

El instrumento está dividido de la siguiente manera: depresión, preguntas 1 a 10. Ansiedad, preguntas 11 a 20. Inutilidad, preguntas 21 a 30. Irritabilidad, preguntas 31 a 40. Y finalmente problemas de pensamiento, preguntas 41 a 50.

El modo de distribución de los puntajes es el siguiente: depresión: *nunca* 1pts, *casi nunca* 4pts, *a veces* 7 pts., *casi siempre* 10 pts., y *siempre* 13 pts. Ansiedad: *nunca* 2pts., *casi nunca* 4 pts., *a veces* 6 pts., *casi siempre* 8 pts., y *siempre* 10 pts. Inutilidad: *nunca* 0 pts., *Casi nunca* 1.5 pts., *a veces* 2.5 pts., *casi siempre* 3.5 pts., *siempre* 4.5 pts. Irritabilidad: *nunca* 0 pts., *casi nunca* 1 pts., *a veces* 1.5 pts., *casi siempre* 2.5 pts., *siempre* 3.5 pts. Problemas de pensamiento: *nunca* 0 pts., *casi nunca* 1 pts., *a veces* 2 pts., *casi siempre* 3 pts., *siempre* 4 pts.

4.3.3.2 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

Este instrumento es una revisión a la escala FD-66, que contaba con 66 preguntas para conocer en que fase de duelo se encontraba un paciente terminal, esta revisión fue realizada por *Melina Miaja Ávila* y *José Moral de la Rubia*, llegando a resumir la escala en 38 preguntas, las cuales ayudan a determinar la fase de duelo por cual atraviesa el paciente.

La escala está dividida en seis factores, las cinco fases de duelo más el factor de fe y esperanza. El factor de negación quedó conformado por 7 indicadores (ítems: 1, 7, 13, 19, 25, 29 y 33), el de ira por 6 indicadores (ítems: 2, 8, 14, 20, 26 y 30), el de negociación por 7 indicadores (ítems: 3, 9, 15, 21, 27, 31 y 35), el fe/esperanza por 4 indicadores (ítems: 4, 10, 16 y 22), el de depresión o frustración por 4 indicadores (ítems: 5, 11, 17 y 23) y el factor de aceptación por 10 indicadores (ítems: 6, 12, 18, 24, 28, 32, 34, 36, 37 y 38).

Las opciones de respuesta de cada ítem del instrumento están divididas según la frecuencia con la que se piensa o se tiene ese sentimiento: 1: nunca; 2: pocas veces; 3: a veces; 4: casi siempre y 5: siempre. Las cuales el sujeto de debe elegir una opción que más le parezca y encerrar en un círculo.

4.4 PROCEDIMIENTO DE LAS DIFERENTES ETAPAS

- En una primera etapa se hizo una revisión de investigaciones anteriores para la defensa de tesis y elección del tema a investigar, para luego pasar a la elaboración del marco teórico y metodológico para fundamentar la investigación así también lo que correspondía a toda la elaboración del proyecto de investigación.
- En una segunda etapa se llevó a cabo la coordinación con el director del área de hemodiálisis del hospital regional “San Juan de Dios”, para poder acceder a los pacientes y dar curso a la investigación.

- Ya en la tercera etapa se realizó la aplicación de la prueba piloto de los instrumentos y técnicas que fueron elegidas para la obtención de información.
- Como cuarta etapa, la aplicación de los instrumentos y entrevistas a los pacientes seleccionados.
- Finalmente como quinta etapa se llevó a cabo el análisis de los instrumentos y entrevistas aplicadas a los sujetos.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS INDIVIDUAL Y GENERAL DE RESULTADOS

5.1 CASO NÚMERO UNO

5.1.1 DATOS GENERALES

INICIALES: N.V.

EDAD: 58 años

ESTADO CIVIL: concubinato A (41 años)

HIJOS: M.A 36 años, A 35 años, M 29 años, C 18 años (Hija de A)

PROCEDENCIA: Yacuiba

SEXO: Femenino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Diabetes. Desde los 38 años

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 4 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 2 meses

5.1.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 1			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 1			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESIÓN	85	66	CASI SIEMPRE
ANSIEDAD	72	83	SIEMPRE

PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	35	70	CASI SIEMPRE
IRRITABILIDAD	23	66	CASI SIEMPRE
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	23	60	ALGUNAS VECES
GENERAL	238	85	ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO-ANSIOSO

Los resultados del cuestionario aplicado dan a conocer que el caso número uno presenta un estado de ánimo depresivo-ansioso, obteniendo una elevada puntuación en la escala general. Este resultado demuestra que los factores de: Depresión, ansiedad, pensamientos de inutilidad, irritabilidad y problemas de pensamiento son manifestados de manera constante y repetitiva. Así también de manera específica el factor de ansiedad también se ve elevado, alcanzando una frecuencia de “siempre”.

Estos resultados nos quieren decir que el estado de ánimo de N.V. se ve afectado al verse la mayor parte del tiempo prostrada por su condición de salud al faltarle una pierna por causa de la diabetes y la insuficiencia renal crónica, además la paciente llevaba una vida activa antes de pasar por la experiencia de la amputación, dando como consecuencia un pensamiento de inutilidad constante y elevado, así también, con estados de irritabilidad que prevalecen en el transcurso de los días.

Además se puede deducir que el estado por el cual está atravesando N.V. se ve reforzado por no estar viviendo cerca de toda su familia y su tierra natal que es la ciudad de Yacuiba. También los problemas de pensamiento aumentan este estado en la paciente puesto que vive con la hija menor y esta estudia medicina y no logra brindar, según ella, la comodidad que desearía tanto en lo económico y el espacio personal que comparten en la pieza donde viven.

En síntesis se puede mencionar que los factores sociales, económicos y emocionales que involucran tener insuficiencia renal crónica y lo que implica el tratamiento, afecta en el estado de ánimo de la paciente.

5.1.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 2			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 1			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-) ¹⁷	2.4	2	POCAS VECES
Ira(-) ¹⁸	4.8	5	SIEMPRE
Negociación(+)	3.7	4	CASI SIEMPRE
Esperanza(+)	4.5	5	SIEMPRE
Depresión o Frustración (-)	4.5	5	SIEMPRE
Aceptación(-)	2.1	2	POCAS VECES
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	3.1	4	CASI SIEMPRE
Actitud positiva ante la enfermedad	4.1	5	SIEMPRE

¹⁷ LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN MARCADOS CON EL SIGNO NEGATIVO PERTENECEN AL FACTOR DE REACCIÓN AFECTO-NEGATIVA ANTE LA ENFERMEDAD.

¹⁸ LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN MARCADOS CON EL SIGNO POSITIVO PERTENECEN AL FACTOR DE ACTITUD POSITIVA ANTE LA ENFERMEDAD.

Esta escala da a conocer que la fase de duelo por la cual atraviesa N.V. es de Ira, marcando una frecuencia de “siempre”, siendo esta la segunda fase del proceso de duelo. Así también, las fases de negociación o pacto y depresión o frustración alcanzan la misma frecuencia que la fase de ira, esto quiere decir que estas tres fases están presentes en N.V. Explicado de una mejor manera se puede decir que la paciente no está fija en una sola fase, sino mas bien, esta en un ir y venir entre ellas, esta peculiar situación se puede entender desde la perspectiva de que cómo los seres humanos no somos estáticos, sino mas bien dinámicos; estamos en constante cambio, entonces lo que sucede con N.V. es este dinamismo en el pasar por la fases del duelo, esta situación se puede deber a las distintas vivencias del cotidiano vivir que tiene la paciente, siéndole difícil llegar a la fase de aceptación para culminar este proceso de duelo por la pérdida de salud.

En lo que se refiere a la fase de negociación o pacto, se percibe una elevada fe y devoción en N.V. que le brinda una estabilidad emocional al generar en ella una esperanza en cuanto a su estado de salud crónico. En cuanto a la fase de depresión este factor vuelve a aparecer como en el anterior instrumento aplicado, dando a entender que la paciente permanece con una constante y marcada depresión, debido a toda la situación emocional, social y económica que implica el tener una enfermedad crónica renal y haber pasado por una amputación a causa de la diabetes.

Aun así cabe mencionar que en los factores de segundo orden están muy parejos, se encontró que posee una Reacción afecto-negativa ante la enfermedad con una puntuación que alcanza el rango de “casi siempre”, y en lo que se refiere a la actitud positiva ante la enfermedad un rango equivalente a “siempre”, siendo este último un elemento esencial para llegar a lo que se denomina como la fase de aceptación para el proceso de duelo. Estas puntuaciones de segundo orden confirman el dinamismo en el ir y venir de las distintas fases del proceso de duelo por las que atraviesa N.V.

Recapitulando el análisis de los resultados del instrumento aplicado se establece que N.V. se encuentra en el medio, de lo que se refiere a todo el proceso de elaboración del duelo, ya que, obtiene una puntuación equivalente a “pocas veces” en la fase de negación y aceptación, que son la primera y última fase.

5.1.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La entrevista a profundidad colabora a reconfirmar el estado de ánimo depresivo-ansioso que presenta la paciente. En una primera instancia mostraba una actitud relajada y tranquila pero en el desarrollo de la conversación fue mostrando su real estado de ánimo. Comentó cómo llegó a perder la pierna y también como fue evolucionando la enfermedad hasta llegar a ser diagnosticada con insuficiencia renal crónica y lo que significaba el tratamiento. Señaló que en un inicio no quería saber del tratamiento, pues tenía miedo a no salir con vida de la sesión de hemodiálisis, y entonces llegó a estar en un estado muy delicado de salud, donde tuvieron que traerla desde Yacuiba en una ambulancia de emergencia, desde entonces nunca faltó a una sesión. Relató que es muy difícil adaptarse al tratamiento, implican muchos cambios en su estilo de vida. Hace referencia que en una ocasión salió delicada del tratamiento y por temor a estar nuevamente delicada no quería volver, entonces, la psicóloga que trabajaba en ese tiempo la calmó y relajó para que pueda realizarse la hemodiálisis correspondiente.

En cuanto a la ira ella misma se considera una persona que reniega constantemente y tiene altercados con su hija, al igual que con su pareja, pero luego de discutir con su familia se siente culpable y se deprime.

Así también comentó que se siente con mucha impaciencia en el transcurso del día, el hecho de estar prácticamente inmóvil en cama o en silla de ruedas, la desespera bastante, es entonces que se pone de mal humor y reacciona como dijo antes contra su hija y su pareja. Pero a su vez el miedo y

preocupación por originar una nueva compilación debido a la diabetes la detienen a tomar la iniciativa de retomar esa actividad poco a poco.

Además comentó que le molesta y entristece el no poder ver a sus hijos y nietos, se enoja con ellos porque no se comunican con ella como lo desea. Espera constantemente el poder verlos y estar juntos.

Ahora bien en lo que se refiere a la presencia de la fase de negociación se puede describir que se encuentra presente debido a las manifestaciones de FE y devoción al expresar que reza constantemente para encontrar serenidad en los momentos que tiene percances con su familia y fortaleza para sobrellevar lo que implica la enfermedad. Como también la predisposición al tratamiento que tiene ahora, comprende que a pesar de que es una situación difícil esto le ayuda a estar estable.

Por último en cuanto al pensamiento y temor a la muerte N.V. expresa que: *“Es algo que le llega a uno y no lo espera, uno siempre tiene miedo, piensa en que va a ser: feo, tranquilo, doloroso (...) De que le tengo miedo, le tengo, tanta cosas que uno tiene pendiente y no las hace (...) empiezo a reflexionar de que será, si sufriré o no, si me extrañarán, si mi muerte será tranquila...quisiera que sea tranquila, creo que todos queremos eso...no creo que haya nadie que quiera morir sufriendo ”*. Estas expresiones indican que, la paciente tiene presente la posibilidad de morir, generándole una constante reflexión sobre este tema. Se puede decir que es un tema que le inquieta, siendo la razón la pérdida de salud por la cual atraviesa.

5.2 CASO NÚMERO DOS

5.2.1 DATOS GENERALES

INICIALES: E.C.

HERMANOS: A 17 años (Hnos de padre y madre), D 15 años (Hnos de padre y madre), D 14 años (Hnos de padre), E 3 años (Hnos de padre)

EDAD: 20 años

PADRES: R 36 años (Padre) , F 20 años (Madre Fallecida), L 30 años (Madrastra)

ESTADO CIVIL: Soltera.

PROCEDENCIA: Tarija

SEXO: Femenino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Desconoce

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 1 año

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 1 año

5.2.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 3			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 2			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESIÓN	40	35	CASI NUNCA
ANSIEDAD	40	52	ALGUNAS VECES
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	15	42	ALGUNAS VECES

IRRITABILIDAD	13	43	ALGUNAS VECES
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	20	55	ALGUNAS VECES
GENERAL	128	59	AUSENCIA DE SINTOMATOLOGIA ANSIOSA- DEPRESIVA

En la aplicación y corrección de este instrumento se determina que E.C. manifiesta una ausencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, debido a que los puntajes tienen una frecuencia “Algunas veces” en la mayoría de los factores que explora el C.E.C.A.D. exceptuando depresión, donde obtuvo un puntaje igual a “casi nunca”.

Este resultado nos quiere decir que en E.C. la ansiedad y depresión, como así también factores como, pensamientos de inutilidad, la irritabilidad y los problemas de pensamiento no están en niveles elevados, los cuales impliquen una preocupación mayor por su estado de ánimo a pesar de la particular situación por la que atraviesa de tener la enfermedad crónica renal.

Pudiendo existir otros factores que le preocupen más que el hecho de estar con una enfermedad de tal magnitud, como ser su situación económica, puesto que ella vive sola y trabaja para mantenerse, y así también; la relación que tiene con su familia, que es distante, debido al poco entendimiento con su madrastra, y llegando a ser su tía la única persona con la que comparte tiempo.

En otras palabras la situación de E.C. no afecta en su estado de ánimo como se llegaría a esperar, y como sucede en otros pacientes analizados.

5.2.3 RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 4			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 2			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	4.8	5	SIEMPRE
Ira(-)	3.5	4	CASI SIEMPRE
Negociación(+)	3.7	4	CASI SIEMPRE
Esperanza(+)	4.7	5	SIEMPRE
Depresión(-)	3	3	ALGUNAS VECES
Aceptación(-)	3.4	4	CASI SIEMPRE
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	3.6	4	CASI SIEMPRE
Actitud positiva ante la enfermedad	4	4	CASI SIEMPRE

Las frecuencias en esta escala indican que E.C. experimenta la presencia de la mayoría de las fases de duelo, pero los puntajes que se pueden resaltar son negación y esperanza (negociación) debido a que estas dos últimas son de mayor frecuencia con una representación de “siempre”. Entonces se puede decir que la paciente niega la pérdida de salud, pero también desea recuperarla mediante las oraciones y suplicas a un ser supremo. Pero a su vez, el puntaje obtenido en lo que se refiere a la fase de duelo de aceptación, es de “Casi

siempre”, es decir, que se encuentra instaurada de igual forma que en las anteriores fases mencionadas.

Dicho de otra forma la paciente pasa por un cruce de emociones, sentimientos, actitudes y comportamiento que no le ayudan a definir la fase en la que está establecida. Pasando por ocasiones a negar su realidad de tener una pérdida de salud a causa de una enfermedad renal crónica, en otras sintiéndose con ira por tener esta enfermedad y lo que involucra el cambio del estilo de vida. En algunos momentos la fase de negociación se hace presente sobre todo cuando reza u ora al ser supremo de su devoción. Y finalmente en otras ocasiones comprende en su totalidad las circunstancias de tener una enfermedad crónica renal y su consecuencia la pérdida de salud.

Con respecto a los factores de segundo orden E.C. obtiene una puntuación de “Casi siempre” en ambos factores, generando una contradicción en el análisis de los resultados, puesto que por un lado tiene una reacción negativa y por otra parte una actitud positiva ante la enfermedad. Es por eso que no se instaura definitivamente en una de las fases del proceso de duelo.

5.2.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

En la entrevista aplicada no se logró obtener una amplia información porque evitaba de dar información detallada acerca de lo que se le preguntaba, esta reacción ayuda a reconfirmar la permanencia en la fase de negación, ya que, dicha fase se manifiesta con falta de comunicación y aislamiento.

En lo que se logró conversar con E.C. se obtuvo información acerca de la relación que tiene con su familia, relató que con su padre no se hablan y tampoco se ven debido a que como se mencionó anteriormente, el trato con su madrastra no es bueno; entonces ese factor influye en la comunicación con su padre. Comentó que algunas veces ve encuentra con su hermano pero no es como quisiera.

Con respecto a su padre describió un suceso que llamó la atención, él tenía que donarle un riñón para que pueda dejar el tratamiento de la hemodiálisis, pero llegado el momento no se hizo presente para iniciar el trámite para la operación, esto originó en E.C. una decepción y furia por no ayudarla en el momento que más lo necesitaba. Esta experiencia puede ser un motivo para acrecentar el estado de ira el cual se encontró en la paciente con la aplicación del instrumento anteriormente descrito.

La experiencia de E.C. ayuda a comprender cómo fue asimilando la enfermedad, y el hecho de no poder contar con su familia como ella lo quisiera hace que haya elaborado las fases del proceso de duelo de una forma rápida y llegar en cierta forma a la fase de aceptación.

Ahora bien al momento de hablar sobre el tema de la muerte la paciente manifiesta que no piensa en eso, y en ese momento señaló que debe ser doloroso y debe sufrir la persona y los que están a su alrededor como la familia y los amigos, más aún si la persona está enferma el sufrimiento es mayor. En cuanto al temor a la muerte manifestó: “(...) *tengo miedo, tengo planes en mi vida y no quiero morir antes, quiero viajar, tener wawas, marido y muchas cosas, no quiero morir joven seria feo, tantas cosas que quiero hacer (...)*”, esta expresión da a entender claramente que existe un temor a la muerte debido a la edad que E.C. tiene, como toda persona de su edad tiene muchos planes y sueños que desea cumplir, y verse en la situación de tener una enfermedad crónica llega a ser un gran impedimento para cumplir lo que tiene en mente para su vida. Así mismo describe que si tiene que llegar a morir, desea que sea sin sufrimiento, que ocurra cuando esté durmiendo, así no sentirá nada.

Cabe resaltar que cuando se le realizaron las preguntas sobre este tema hubo varios momentos de silencio, percibiendo de igual forma incomodidad al

momento de realizar las cuestionantes, dando a entender que no quería hablar sobre este tema.

5.3 CASO NÚMERO TRES

5.3.1 DATOS GENERALES

INICIALES: J.C.

HIJOS: C 23 años

EDAD: 58 años

ESTADO CIVIL: Soltero

PROCEDENCIA: El Trementinal

SEXO: Masculino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Diabetes.

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 3 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 3 meses

5.3.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N°5			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 3			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESIÓN	75	63	CASI SIEMPRE
ANSIEDAD	50	63	CASI SIEMPRE
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	16	47	ALGUNAS VECES

IRRITABILIDAD	6	31	CASI NUNCA
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	8	34	CASI NUNCA
GENERAL	147	63	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Los resultados del cuestionario aplicado da a entender que, de manera global la ansiedad y depresión en este sujeto están presentes de una manera elevada, es por esto que obtuvo un resultado en la escala total que significa que existe una presencia de sintomatología de ansiedad y depresión, es por ello que al finalizar la diálisis correspondiente experimenta impaciencia y desesperación; sensación que no sabe cómo explicar ni el motivo de la misma. Es por ello que esta sensación que experimenta J.C. a partir de los resultados obtenidos, se llega a entender como ansiedad elevada.

Ahora bien en cuanto a la depresión de igual forma obtiene un rango similar a “Casi siempre”, dando a entender que este estado es constante en el paciente, debido a la enfermedad y la situación que atraviesa de no poder trabajar, y tener que vivir lejos de su hogar que tanto anhela. Además el cambio de estilo de vida a partir de lo que significa vivir con insuficiencia renal, el verse obligado a cambiar sus hábitos alimenticios y su rutina diaria.

A pesar de este estado de ánimo no presenta irritabilidad ni problemas de pensamiento, es decir, que J.C. se ve afectado anímicamente, pero lo toma con serenidad y calma. Estos factores llegan a ser de gran importancia para lograr asimilar saludablemente a nivel mental y emocional la pérdida de salud constante por causa de la enfermedad renal crónica.

5.3.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 6			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 3			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	3.3	3	A VECES
Ira(-)	3.3	3	A VECES
Negociación(+)	4.8	5	SIEMPRE
Esperanza(+)	5	5	A VECES
Depresión o frustración (-)	2	2	A VECES
Aceptación(-)	2.8	3	A VECES
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	2.9	3	A VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	2.5	2	A VECES

J.C. en esta escala manifiesta que se encuentra en la fase de negociación, debido a que, obtuvo el resultado de “siempre” en la aplicación de esta escala, lo que quiere decir que la fe y devoción, junto con el optimismo y la predisposición al tratamiento están presentes en el paciente; está elevada con la intención de recuperar la salud perdida a causa de la enfermedad.

Entonces se puede mencionar que en este caso analizado el paciente se encuentra fijado en una sola fase del proceso de duelo, a comparación de los anteriores sujetos evaluados. Ahora bien, en cuanto a las demás fases E.C. da

un resultado equivalente a “a veces”, es decir, que no es constante la permanencia en estas fases, ni la intensidad con la que se manifiestan.

En cuanto a los factores de segundo orden que incluye el instrumento aplicado, el paciente obtiene de igual forma en ambos factores una puntuación similar a “a veces”. Es decir que J.C. no está establecido en un solo factor, sintiendo reacciones negativas como actitudes positivas ante la pérdida de salud ante la enfermedad.

5.3.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

En la entrevista a profundidad se puede observar que J.C. ratifica los elementos descubiertos en la aplicación de los instrumentos, donde, expresa sus preocupaciones, las situaciones que le generan ansiedad y así también colabora a entender la fase de negociación o pacto en la que se encuentra.

Da a comprender la ansiedad por la que atraviesa se debe a las situaciones por las que él atravesó con la diabetes y como se generó la insuficiencia renal crónica, ya que comentó que estuvo muy delicado llegando a tener agua en los pulmones por la insuficiencia y el tratamiento para extraer era muy peligroso y riesgoso.

Así también un factor motivante de ansiedad llega a ser la situación socio-económica por la que atraviesa, ya que debido a su enfermedad no puede trabajar y generar dinero, él señaló que le desespera verse así sin poder hacer nada, pero agradece la ayuda que aun tiene de su madre y de igual forma de su hija.

Otro aspecto que genera preocupación en J.C. y como consecuencia produce ese estado de ansiedad y depresión elevado, se debe a que sus familiares también tienen insuficiencia renal, como ser su hermano, el cual tiene que hacer el mismo tratamiento pero en la ciudad de Salta-Argentina; y por otro lado su padre falleció a causa de la diabetes.

Por último, referente a la temática de la conversación sobre la muerte y el respectivo temor y/o pensamiento, E.C. manifestó lo siguiente: *“todos vamos a morir, a todos nos llega seas rico, pobre, del campo, de la ciudad, seas colla, camba o chapaco todos moriremos (...) puede que mueras enfermo, en accidente, que mueras mientras duermas o mientras estás en tu casa charlando con alguien, la muerte llega porque te llega no hay mas vuelta que dar (...) no le tengo miedo, que llegue cuando ella quiera, creo que ya estoy listo, yo estaba en terapia intensiva, estaba a punto de decir chau, pero nada sigo aquí, ese momento fue que se me perdió el miedo a morir, yo pedí a dios vida hasta que mi hija egrese, le agradezco a dios por la oportunidad, yo ya debería estar arriba (...)”*. Todas estas expresiones nos dan a entender que el paciente asimila con serenidad y tranquilidad el tema de la muerte, siendo la experiencia de la terapia intensiva un factor que colabora en esta asimilación.

Además se puede decir que la edad de igual forma influye, ya que en la entrevista comentó que el ya está “viejo” y expresó: *“lo viejo ya hizo los suyos aquí en la tierra, que lo joven venga y disfrute lo que nosotros dejamos”*.

5.4 CASO NÚMERO CUATRO

5.4.1 DATOS GENERALES

INICIALES: B.C.

EDAD: 41 años

HIJOS: C 11 años, M 3 años

ESTADO CIVIL: Casado

ESPOSA: S 40 años

PROCEDENCIA: Bermejo

SEXO: Masculino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Presión alta

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 8 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 2 años

5.4.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 7			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 4			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACION
DEPRESION	58	52	ALGUNAS VECES
ANSIEDAD	50	63	CASI SIEMPRE
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	6	25	CASI NUNCA
IRRITABILIDAD	12	43	ALGUNAS VECES
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	8	34	CASI NUNCA
GENERAL	134	64	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Los resultados del cuestionario señalan que el sujeto tiene un elevado nivel de ansiedad obteniendo un rango de “casi siempre”, y de igual forma un puntaje significativo en la escala general, obteniendo un rango que representa una presencia de sintomatología de ansiedad y depresión, donde los pensamientos molestos, miedos y preocupaciones son constantes en él. Aún así lo particular de este caso son los resultados no significativos evaluados individualmente, y a pesar de ello la suma total de estos factores dan el resultado general mencionado.

Haciendo referencia a la ansiedad B.C. explicó que tiene problemas para concebir el sueño, de igual forma experimentando cambios de humor repentinos en el transcurso del día, tanto en el trabajo como en el hogar. Y también le preocupa la salud y el futuro de sus hijas, siendo él, el único que trabaja y genera dinero en el hogar, puesto que su esposa es ama de casa; aunque en el cuestionario no haya puntuado de manera elevada el área de problemas de pensamiento.

En la puntuación general se puede decir que todos los factores o aéreas que evalúa el instrumento afectan en el estado de ánimo en el que se encuentra B.C.

5.4.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 8			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N°4			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	2.1	3	A VECES
Ira(-)	3.3	3	A VECES
Negociación(+)	3.7	4	CASI SIEMPRE
Esperanza(+)	4.3	5	SIEMPRE
Depresión o frustración(-)	2.3	3	A VECES
Aceptación(-)	2.7	3	A VECES
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la	2.6	3	A VECES

enfermedad			
Actitud positiva ante la enfermedad	3.9	4	CASI SIEMPRE

Los resultados de la aplicación de la presente escala dan a comprender que la fase de negociación o pacto, que a su vez comprende el factor evaluado de esperanza, está presente en B.C. donde busca encontrar una constante cura al realizar rezos o peticiones al ser supremo de su creencia, y así mismo la predisposición a querer recuperar la pérdida de salud mediante el tratamiento de la hemodiálisis.

Con respecto a las demás fases de duelo, B.C. experimenta la misma intensidad alcanzando un promedio equivalente a “a veces”, es decir, que no son constantes los sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos que son característicos de señaladas fases del proceso de duelo.

En referencia a los factores de segundo orden se descubre que el sujeto tiene una actitud positiva ante la enfermedad, alcanzando un promedio igual a “casi siempre”, esta puntuación obtenida es de gran importancia para que alcance la última fase del proceso de duelo, la aceptación.

5.4.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La entrevista realizada con B.C ayudo a profundizar los resultados de los anteriores instrumentos aplicados. Durante la entrevista las preocupaciones y los pensamientos molestos salen a luz en la entrevista, ya que expresa su temor de dejar a sus hijas a la deriva como también a su esposa, debido a la dificultad que implica realizar el tratamiento, ya que él trabaja y vive en la ciudad de Bermejo, y teme que le pase algo en el viaje hacia la ciudad de Cercado o de retorno a Bermejo. Este tipo de preocupación se hacen presentes en el transcurso de la noche, lo que hace que pierda el sueño; la preocupación

más grande manifestada por el paciente, es que sus hijas hereden la enfermedad, mencionó que no quisiera ver sufrir a sus hijas, pues, relata que presencié cómo falleció una niña en el momento de la diálisis, y eso generó en él una fuerte preocupación. Esta experiencia ayuda a comprender el nivel de ansiedad que experimenta B.C.

Otro aspecto que sale a la luz en la entrevista es la predisposición a recuperarse pronto, hace referencia a querer llegar al peso que tenía antes, pero los médicos no permiten que suba debido a que el ingresó con un determinado peso y no aprueban que el llegue con mas kilos de lo permitido, es ahí entonces que surge una leve discusión con el equipo médico. B.C. expresó: *“yo me siento bien subiendo de peso pero los doctores aquí me controlan mucho eso, quiero recuperar mi peso pero no me dejan, sino subo de peso cuando rayos mejoraré porque de verdad me da vergüenza estar delgado (...) para mi seria una alegría bárbara llegar a los 70 kilos, pero no sé si me dejen, dicen que no tengo que subir de peso, pero como voy a recuperarme si no me dejan subir de peso (...)”*, estas manifestaciones del paciente ayudan a comprender el estado de ansiedad señalado, pues se percibe una impaciencia por querer recuperarse y llegar al peso que desea.

A pesar de estos comentarios B.C. también se siente responsable de su estado de salud, mencionó que antes consumía alcohol de manera un tanto elevada, ese pensamiento es constante; permitiendo comprender esa actitud positiva ante la enfermedad dejando de lado las fases de ira y negación.

Por otra parte lo que ayuda a B.C. no estar en un estado de ánimo depresivo-ansioso muy elevado, es el tiempo que pasa y dedica a sus hijas y su esposa, el salir a pasear, disfrutar alguna comida, llevar a una de sus hijas a los partidos de basquetbol, es una manera de mantenerse despejado y no invadan los problemas de pensamiento durante el día, exceptuando la noche como ya se mencionó anteriormente.

Para finalizar con este culminar y para finalizar la entrevista se cuestionó sobre el pensamiento hacia la muerte y el temor correspondiente. Con respecto a este tema el sujeto mencionó lo siguiente: *“Es doloroso perder un ser querido, tuve que perder familiares seguidos y eso duele y si o si afecta a toda la familia (...) la familia sufre mucho, yo no quiero que sufran si me toca morir pronto, por eso trato de pasar lindos momentos con toda mi familia para que me recuerden así y no enfermo”*. Dando a entender con esto que para él es una experiencia dolorosa y no quiere que sufra su familia como él lo hizo.

Ahora bien en relación con el temor a la muerte comentó: *“Tengo miedo, no pienso aceptarlo por ahora, no quiero dejar sola a mi familia sufriendo, si llega, llega, pero no quisiera ahora estar en esta situación quiero ver a mis hijas crecer, quiero dejarles algo”*. Esto quiere decir que teme morir a causa de la enfermedad, no quiere ver sufrir a su familia y dejarlas solas, ratifica la idea de querer ver crecer a sus hijas; siendo este de igual forma un aspecto que impulsa la ansiedad en él, y perturbando el sueño por las noches.

5.5 CASO NÚMERO CINCO

5.5.1 DATOS GENERALES

INICIALES: B.L.

HERMANOS: N 18 años

EDAD: 27 años

PADRES: L 62 años (Padre), F 52 años (Madre)

ESTADO CIVIL: Casada, E 36 años

PROCEDENCIA: Tarija

SEXO: Femenino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Posible recuperación luego de una luxación de la cadera a los 3 años

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 19 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 3 meses

5.5.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 9			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 5			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESIÓN	73	61	CASI SIEMPRE
ANSIEDAD	62	73	CASI SIEMPRE
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	27	62	CASI SIEMPRE
IRRITABILIDAD	26	67	CASI SIEMPRE
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	13	40	CASI NUNCA
GENERAL	201	85	ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO-ANSIOSO

En este caso el nivel general de ansiedad y depresión en B.L. son muy elevados, obteniendo un resultado equivalente a un estado ansioso-depresivo, donde las frecuencias de los factores que se analizan en este cuestionario son de “casi siempre” en su mayoría, siendo el único factor de puntaje bajo, el factor de problemas de pensamiento obteniendo una frecuencia de “casi nunca”. Esto nos quiere decir que la paciente presenta depresión, ansiedad, irritabilidad y los pensamientos de inutilidad en el contexto que se desenvuelve.

Además se puede mencionar que existen distintos factores que afectan este estado de ánimo, un dato particular de este caso es que el esposo de la paciente tiene Trastorno Obsesivo Compulsivo, siendo difícil para ella convivir con él por el comportamiento y personalidad que tiene.

Así también en relación a su enfermedad se sabe que está muy complicada, pues, el trasplante con el que ella vive esta un estado de rechazo crónico lo cual originó una infección renal.

Y por último otro factor que llega a influir en el estado de ánimo es la situación económica, donde por la particularidad del caso de la paciente representa un gasto excesivo en su cuidado.

5.5.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 10			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 5			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	1.7	2	POCAS VECES
Ira(-)	2.3	3	A VECES
Negociación o pacto(+)	4.1	4	CASI SIEMPRE
Esperanza(+)	5	5	SIEMPRE
Depresión o frustración (-)	2	2	POCAS VECES
Aceptación(-)	4.7	5	SIEMPRE
FACTORES DE 2DO ORDEN			

Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	3	3	A VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	4.4	5	SIEMPRE

En esta oportunidad los resultados del instrumento utilizado en la paciente dan a conocer que la fase de aceptación en el proceso de duelo sobresale, obteniendo así un rango de “siempre”, esta fase se ve apoyada con la fase de negociación o pacto, que de igual forma comprende el factor de esperanza en la escala con un similar rango de “Casi Siempre” y “Siempre” respectivamente.

Ahora bien en relación a la fase de aceptación se llega a entender esta fase final del proceso de duelo ante la pérdida de salud, ya que, la paciente tiene la enfermedad desde hace 19 años, pasando por dos trasplantes de riñón los cuales fueron rechazados por su organismo. Entonces se puede decir que llegó a asimilar de buena forma todo este proceso de pérdida de salud durante prácticamente toda su vida.

En cuanto a la fase de negociación o pacto, se deduce que esta apoya a la fase anteriormente mencionada, debido a que es una persona cristiana y muy devota. Es por ello que reza constantemente para lograr sobrellevar la pérdida de salud y la enfermedad como tal.

Por último la escala da a conocer que en los factores de segundo orden B.L. obtuvo un resultado igual a “siempre” en lo que se refiere a una reacción positiva ante la enfermedad, confirmando la fase de aceptación por la que está atravesando y de igual forma la fase de negociación.

5.5.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La entrevista realizada a B.L. proporcionó una mayor información y se obtuvo una mayor comprensión de los distintos factores que se analizan tanto en la ansiedad como la depresión y las fases de duelo ante la pérdida de salud debido a la insuficiencia renal crónica.

La fase de aceptación se verifica en la entrevista debido a que B.L. comenta que desde su niñez tiene la enfermedad, entonces, como ella lo manifiesta, es parte de su vida, mostrando así una actitud positiva ante la enfermedad. En cuanto a la fase de negociación (y esperanza) se descubre que, la paciente es cristiana y por ende su FE y devoción son elevadas.

Referente a los niveles de ansiedad se percibe a partir de lo que la paciente comenta que el estado en el que se encuentra el riñón que fue donado hace aproximadamente 9 años está en un rechazo crónico.

En relación a la irritabilidad se revela que un fuerte factor es el trastorno obsesivo compulsivo de su marido que agota su paciencia por los hábitos que practica. Así mismo otro motivo el cual genera la irritabilidad en ella es la poca actividad que realiza, no logra estar activa como quisiera. Comentó que quisiera poder trabajar o realizar más actividades en casa, la actividad que la distrae es reunirse con su grupo de oración, pero no se reúnen todos los días.

Además otro factor motivante a este estado general de ansiedad es el hecho de tener que pasar por la operación para la extracción del riñón con rechazo, pues también comentó que sus venas son demasiadas delgadas y cada operación es un riesgo, y más aún que debido a su religión no puede permitir que le hagan transfusión de sangre. También comentó que tiene que estar a la espera de otro riñón de un donante cadavérico, debido a que su hermana no quiere donarle un riñón; con respecto a este comentario, B.L. relata que meses atrás llegaron a un acuerdo con su hermana para que le haga la donación del órgano, pero

llegado el momento se desanimó, y desde ahí la relación con ella no es buena. Entonces sintetizando todos estos eventos se comprende el por qué del estado de ánimo depresivo-ansioso en la paciente analizada.

Como última parte de la entrevista se llegó a conversar sobre la muerte y su respectivo temor y/o pensamiento, donde B.L. expresó lo siguiente: *“Es un acontecimiento muy doloroso (...) pero también hay que comprender que la muerte es algo natural, es algo que dios establece en todos nosotros (...) porque al final de los tiempos todos nos reuniremos gracias al don divino de la resurrección (...)”*. Con estas expresiones, se llega a entender la devoción de la paciente y cómo esta influye para concebir un concepto de esta magnitud. Y en relación al temor de la muerte dijo: *“No tengo miedo a morir (...) llegué una vez pedirle a Dios que me quite la vida pero él decide el momento de irse, ese deseo lo tengo ahora, lo pienso porque estoy en eso de la extirpación del segundo riñón y la aparición la búsqueda de un tercer trasplante. Como que ya te vas cansando de vivir así”*. Ratificando así la fuerte creencia y Fe de la paciente, apoyando a no tener miedo a la muerte, pero sintiéndose cansada por todas las experiencias que vivió y aun tiene que vivir.

5.6 CASO NÚMERO SEIS

5.6.1 DATOS GENERALES

INICIALES: A.F.

HIJOS: T 39 años, L 36 años, C 29 años

EDAD: 65 años

ESTADO CIVIL: Casado, J (65 años)

PROCEDENCIA: La Paz

SEXO: Masculino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Hipertensión

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 2 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 10 meses

5.6.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 11			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 6			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESIÓN	64	56	ALGUNAS VECES
ANSIEDAD	68	72	CASI SIEMPRE
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	12	41	ALGUNAS VECES
IRRITABILIDAD	11	41	ALGUNAS VECES
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	16	47	ALGUNAS VECES
GENERAL	171	82	ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO-ANSIOSO

Los resultados del instrumento aplicado señalan que de manera general A.F. manifiesta un estado de ánimo ansioso depresivo y presenta un rango de “siempre”. Esto quiere decir que experimenta constantemente depresión, ansiedad, irritabilidad, pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento, siendo la ansiedad en mayor magnitud, alcanzando una puntuación igual a “casi siempre”, pero a pesar de este resultado general elevado, no se percibe en el paciente ningún factor que afecte el estado de ánimo identificado.

Con respecto a la puntuación de la ansiedad, el paciente expresó que siente un constante hormigueo en algunas partes del cuerpo, de igual forma que se

enfada con facilidad, y además, que siente mucho sueño durante el día. Estos ítems corresponden justamente al factor de ansiedad.

Lo particular de este caso es que cuando se aplicaron los instrumentos y la entrevista en profundidad no se percibió ninguna experiencia o factor que influya en el sujeto, es más, señaló constantemente que se siente tranquilo. Esta particularidad será analizada con mayor profundidad en la entrevista realizada.

5.6.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N°12			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 6			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	1.4	1	NUNCA
Ira(-)	1	1	NUNCA
Negociación o pacto(+)	4	4	CASI SIEMPRE
Esperanza(+)	5	5	SIEMPRE
Depresión o frustración (-)	1	1	NUNCA
Aceptación(-)	4.5	5	SIEMPRE
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	2.4	2	POCAS VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	4.4	5	SIEMPRE

Los resultados de la escala aplicada dan a conocer que A.F. está atravesando por la última fase del proceso de duelo la cual es la aceptación, siendo apoyada por la fase de negociación o pacto, que de igual forma comprende el factor de esperanza, con una promedio igual a “casi siempre” y “siempre” respectivamente, es decir que A.F. acepta la realidad de la pérdida de salud ante la enfermedad renal crónica.

Acerca de la fase de negociación A.F. de igual forma que el anterior caso es una persona cristiana, y su devoción es elevada, es por ello que ora constantemente para sentirse mejor con respecto a la situación que atraviesa. Asimismo esta religiosidad apoya a que el paciente elabore la fase de aceptación en el proceso de duelo ante la pérdida de salud.

Por último en relación a los factores de segundo orden el sujeto obtuvo un resultado equivalente a una actitud positiva ante la enfermedad con una puntuación igual a “siempre”. Es decir, que tiene un optimismo elevado para lograr recuperar y/o asimilar de la mejor manera la pérdida de salud.

En síntesis se puede decir que A.F. está elaborando de manera óptima el proceso de duelo ante la pérdida de salud debido a la insuficiencia renal crónica, alcanzando la fase final, denominada como aceptación, y al mismo tiempo colabora a esta elaboración la fase de negociación o pacto, resultando como consecuencia una buena asimilación y colaboración al tratamiento de la diálisis.

5.6.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La entrevista sostenida con el paciente brindó un mayor entendimiento de los resultados obtenidos de la aplicación tanto como el cuestionario y la escala. Y de igual forma el pensamiento u opinión ante la muerte, y lo que implica su temor ante esta temática.

Comentó que en un inicio asimiló la enfermedad con miedo y nerviosismo, llegó en un momento a sentirse víctima y a cuestionarse por qué le sucedía todo esto, hasta que vio a los demás pacientes en la unidad y logro calmarse y empezar a asimilar de buena forma lo que significaba el tratamiento. Ahora comprende en su totalidad que el tratamiento para la enfermedad renal crónica es bueno para su salud, y lo que significa pasar por la pérdida de salud en relación al cambio del estilo de vida.

Con respecto al estado de ánimo depresivo-ansioso, es contradictorio pues como se mencionó anteriormente no se encontró ninguna referencia a este estado, más bien, se pudo ver que se encuentra en un estado de ánimo tranquilo y sereno. Solo llegó a comentar que para no dejarse decaer por la enfermedad y la edad, pasa el tiempo visitando y ayudando a sus hijas, además de tener una buena distracción gracias a la tecnología llegando a jugar ajedrez de manera virtual mediante el uso de una tablet, y llegando al final del día de una manera tranquila para concebir el sueño de la mejor forma posible.

También comentó que es una persona cristiana y muy devota, pero no comparte con algunos conceptos de su iglesia, por lo tanto no asiste a la misa, y prefiere rezar y orar solo, dando a comprender que es una persona devota. Y por último, con respecto a la temática de la muerte A.F. expresa que está listo para entregar su vida a Dios, es por ello que la aceptación tiene ese sostén de la tercera fase de negociación. Expresó: *“(...) ya estoy listo, he triunfado, Dios nos ha dado la vida, y solo él puede quitárnosla. Mis cosas con el señor están a mano (...)”*.

5.7 CASO NÚMERO SIETE

5.7.1 DATOS GENERALES

INICIALES: D.A.

HERMANOS: I 24 años, T 18 años

EDAD: 21 años

PADRES: D.A 57 años (Madre)

HIJOS: M 6 meses

ESTADO CIVIL: Concubinato

CONCUBINO: L.P. 20 años

PROCEDENCIA: Orozas

SEXO: Femenino

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Anemia y presión alta

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 1 año

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 7 meses

**5.7.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)**

CUADRO N° 13			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N° 7			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESIÓN	43	37	CASI NUNCA
ANSIEDAD	44	56	ALGUNAS VECES
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	10	31	CASI NUNCA
IRRITABILIDAD	8	28	CASI NUNCA
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	12	38	CASI NUNCA
GENERAL	117	54	AUSENCIA DE SINTOMATOLIGIA ANSIOSAY DEPRESIVA.

Los niveles encontrados en los resultados del instrumento indican que D.A. tiene una ausencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, es decir, que no experimenta, ansiedad, depresión, irritabilidad, inutilidad y problemas de pensamiento.

En relación a la ansiedad se puede decir que obtiene la puntuación más elevada, alcanzando un rango equivalente a “algunas veces”. Entiendo la ansiedad como: un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad como respuesta frente a estímulos que pueden ser externos o internos que son percibidos como una amenaza.

Entonces se llegar a deducir que las intensidades con las que experimenta la ansiedad la paciente no son elevados, es decir que la situación de tener insuficiencia renal crónica y tener una pérdida de salud constante no afecta en el grado que afecta a otros pacientes analizados.

5.7.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 14			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 7			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	2.1	2	POCAS VECES
Ira(-)	2.7	3	A VECES
Negociación o pacto(+)	4.1	4	CASI SIEMPRE
Esperanza(+)	3.3	4	CASI SIEMPRE
Depresión o	2.3	2	POCAS VECES

frustración (-)			
Aceptación(-)	3.1	3	A VECES
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	2.6	3	A VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	3.8	4	CASI SIEMPRE

La escala de respuestas psicológicas de duelos ante la pérdida de salud permite descubrir en que fase o fases esta instaurada la persona a la que se le aplica, y los resultados arrojados por dicho instrumentos dan a conocer que, la fase de negociación o pacto, que incluye de igual forma el factor de esperanza, están presentes en D.A., ya que, obtuvo una frecuencia igual a “casi siempre”, demostrando una actitud positiva ante la enfermedad, cooperando con el tratamiento y orando a un ser supremo para recuperar su salud.

Todo esto quiere decir que, la paciente está avanzando de manera óptima en el proceso de duelo ante la pérdida de salud, al estar instaurada en la tercera fase del proceso de duelo planteado por K. Ross. Lo que significa que tiene una actitud positiva ante la enfermedad, dando así un resultado elevado en el factor de segundo orden que hace referencia a lo anteriormente mencionado.

Ahora bien cabe expresar que lo ideal, por así decirlo, es que la paciente siga avanzando en todo este proceso de duelo, no suceda un retroceso a las anteriores fases de negación e ira, o una inmovilización o estancamiento en esta fase que se encuentra ahora.

En general puede comentar que D.A. manifiesta predisposición, optimismo, aumento de fe, devoción y religiosidad, con la intención de recuperar la perdida de salud a causa de la enfermedad renal crónica.

5.7.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

En la entrevista a profundidad realizada a D.A. no se obtuvo demasiada información, puesto que, la paciente no fue muy expresiva, pero aún así se pudo confirmar los resultados de los instrumentos aplicados.

Un dato importante obtenido durante la conversación fue lo que señaló como una posible causa de la enfermedad, ya que comentó que a los 19 años ya tenía problemas con su salud y se embarazó, lo incrementó su enfermedad, más aún, que no se cuidaba; relató, que no comía bien y no tomaba la suficiente cantidad de agua en su estado de gestación. Además comentó que padece de hipertensión, siendo este un factor más que originó la insuficiencia.

Durante toda la entrevista se pudo comprender que asimiló de buena manera la pérdida de salud, confirmando los resultados obtenidos en el instrumento aplicado. Así también se logró entender que los niveles de ansiedad son estables y no están elevados, manifestando así un estado mental estable y tranquilo. La predisposición se logra percibir cuando comentó con ánimo que el tratamiento le sirve para estar, como ella lo señala, “chalita”, dando a entender esta expresión como un buen estado de salud y ánimo. Así mismo comenta que siente que se va recuperando con el pasar del tiempo y asistir al tratamiento. Lo que manifiesta que le genera preocupación es llegar a embarazarse nuevamente, a pesar de que los médicos le dijeron que ya no podrá volver a tener hijos, y ella no utiliza ningún método anticonceptivo.

Por último con respecto a la muerte lo que manifestó D.A. da a razonar que la opinión hacia la muerte está influenciada por la enfermedad, pensando que todas las personas mueren de una forma dolorosa, aun así, no teme morir pero, por tener una hija, su percepción cambia, queriendo ver cómo crece y estar a su lado en los momentos que ella lo necesite.

5.8 CASO NÚMERO OCHO

5.8.1 DATOS GENERALES

INICIALES: E.Z.

HIJOS: D 29 años, P 27 años, F 22 años, D 16 años

EDAD: 46 años

PROCEDENCIA: Potosí

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Divorciada hace 9 años

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Hipertensión

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 1 año

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 2 meses

5.8.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N°15			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
CASO N°8			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESION	67	57	ALGUNAS VECES
ANSIEDAD	36	47	ALGUNAS VECES
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	22	53	ALGUNAS VECES
IRRITABILIDAD	14	46	ALGUNAS VECES
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	19	53	ALGUNAS VECES
GENERAL	158	69	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA DE

			ANSIEDAD Y DEPRESION
--	--	--	-------------------------

En este caso, la aplicación del cuestionario dio como resultado un rango equivalente a “algunas veces” en los cinco factores evaluados individualmente, pero aun así se obtuvo de manera general o sumatoria total una puntuación igual a “casi siempre”, mostrando la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión. Es decir, que la ansiedad y depresión están presentes en la paciente pero de manera leve.

En relación a la depresión que, en puntaje obtenido, llega a ser el más alto pudiendo interpretar que como por ejemplo la falta de ánimo, el decaimiento, la preocupación, el insomnio, sentimientos de debilidad, la pérdida de apetito y energía, están presentes en la paciente, pero de una forma leve e inconstante.

Ahora bien en un puntaje completamente igual, pero de manera menos profunda, se tiene a los factores de pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento.

Estas variables son manifestadas de siguiente modo, teniendo un temor a errar en sus actividades como el trabajo, pensamientos molestos, durante la noche que le quitan el sueño, experimentando sentimientos de soledad al no poder contar en esta particular situación con más personas aparte de sus hijos, y paralelamente deseando estar sola, mas aun en momento donde se hace presente la irritabilidad que siente.

5.8.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N°16			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 8			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	2.6	3	A VECES
Ira(-)	2.5	2	POCAS VECES
Negociación o pacto (+)	3.1	3	A VECES
Esperanza(+)	4.8	5	SIEMPRE
Depresión o frustración (-)	2	2	POCAS VECES
Aceptación(-)	3.2	3	A VECES
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	2.7	3	A VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	3.7	4	CASI SIEMPRE

Con la aplicación de este instrumento se logró descubrir que la paciente está en la fase de negociación o pacto, pero apoyada por el factor de esperanza que está dentro de esta tercera fase, llegando a un rango igual a “siempre”, dando como resultado una valoración semejante a “casi siempre” en el factor de segundo orden que representa a una actitud positiva ante la enfermedad.

Con respecto al factor de esperanza se puede interpretar que E.Z. está apoyada en la espiritualidad y religiosidad para asimilar y elaborar el proceso de duelo, manifestando actitudes como ser: un crecimiento en la fe y devoción, realizando rezos y suplicas a Dios con el fin de recuperar la salud perdida a razón de la enfermedad crónica renal. Por otro lado también expresa una la predisposición al tratamiento y un optimismo al mismo con la misma intención de recobrar la salud perdida.

Un dato resultante de la escala aplicada interesante de analizar es la puntuación similar que obtiene E.Z., en la primera y última fase: negación y aceptación, llegando a ser el puntaje en estas de: “algunas veces”; llegando a explicar que la paciente no está del todo establecida en la tercera fase, expresando así sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos como por ejemplo: una negatividad frente a la situación de estar enferma y en algunas ocasiones una serenidad y madurez psicológica con respecto a la perdida de salud. Además de igual forma obtiene este resultado de “algunas veces” en la tercera fase pero esta es apoyada con el factor de esperanza como se mencionó con anterioridad.

Entonces; sintetizando se puede decir que E.Z. está en la fase de negociación o pacto, sostenida con el factor de esperanza, pero no está del todo establecida, experimentando en algunas ocasiones tanto la fase de negación como de aceptación.

5.8.4 ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

La aplicación de la técnica de la entrevista a profundidad realizada a la paciente designada como E.Z. colabora en dar una mayor explicación de los resultados obtenidos con anterioridad en los instrumentos aplicados, tanto como el cuestionario y la escala.

Tiene buena la predisposición para el tratamiento ya que existe la posibilidad de que le realicen un trasplante de riñón gracias a la buena intención de su hija. Por otro lado relató que es muy difícil para ella adaptarse a lo que significa el tratamiento de la diálisis, debido al corto tiempo que lleva con el mencionado tratamiento. Ahora bien, referente a la espiritualidad se ve marcada debido a que explicó que lee constantemente, y más aún en las noches de insomnio, libros con esta temática y no solamente con respecto a la espiritualidad católica, sino también a otras creencias.

Cabe mencionar que también expresa sentimientos de soledad, ya que, expresó que solo tiene a sus hijos en quien apoyarse, no puede contar con el resto de su familia como quisiera, y así también la pareja que tiene no está presente todo el tiempo debido a que viaja constantemente, definiendo ella misma como una relación informal, esto verifica de igual forma el estado ansioso depresivo que se encontró en el instrumento aplicado, además de la dificultad para poder dormir a causa las distintas preocupaciones y los pensamientos molestos que tiene, pues, comentó que le preocupa bastante el tratamiento llegando a tener miedo en algunas ocasiones; narró que un día el catéter se le desprendió dejándole el brazo inflamado, generando en ella una mala experiencia. Por otra parte describió que es una mujer divorciada y como tal es la única que genera ingresos económicos a su hogar, a pesar de tener una hija que es profesional y no logra conseguir un trabajo estable, y así mismo las discusiones constantes con su hijo menor son circunstancias que influyen en gran medida al estado de ansiedad y depresión que experimenta.

Finalmente al hablar sobre la muerte E.Z. expresó: *“es algo natural, que tiene que suceder, siempre pensé igual, la muerte es inevitable, sin importar la edad ni la enfermedad, ni la situación. (...) Solo quiero que mi muerte, sí es que es fuera próxima, fuera sin dolor, y que mis hijos no me vieran sufrir.”* Estas expresiones dan comprender que la paciente percibe la muerte de una

forma natural y normal, sin temor y con serenidad, aun así, lo que desea es fallecer sin dolor y sufrimiento.

5.9 CASO NÚMERO NUEVE

5.9.1 DATOS GENERALES

INICIALES: J.V.

HIJOS: B 33 años, L 30 años, A 27 años

EDAD: 64 años

PROCEDENCIA: Tarija

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Divorciado hace 20 años

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Diabetes y hereditario

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 2 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 1 mes

5.9.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 17			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CASO 9			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESION	37	38	CASI NUNCA
ANSIEDAD	60	71	CASI SIEMPRE
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	11	37	CASI NUNCA
IRRITABILIDAD	8	36	CASI NUNCA

PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	15	46	ALGUNAS VECES
GENERAL	131	63	PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

De manera global los resultados del instrumento aplicado dan a conocer que el paciente presenta una sintomatología de ansiedad y depresión, puesto que la sumatoria de los factores individuales da este resultado. De manera individual el factor de la ansiedad arroja un resultado elevado igual a “casi siempre”. Y de una manera no tan elevada el factor correspondiente a problemas de pensamiento demuestra que el paciente obtiene una puntuación igual a “algunas veces”. Siendo estos factores los más influyentes para el estado mental de J.V., ya que los demás factores demuestran una calificación que es semejante a “casi nunca”.

En relación a la ansiedad, se puede explicar que J.V. experimenta situaciones como, un estado de ánimo inestable, agitaciones, miedo, insomnio, pensamientos molestos y preocupación de una manera constante y con una intensidad leve. Ya que como se puede saber, lleva poco tiempo con el tratamiento establecido para la enfermedad renal crónica, llevándolo a sentir un miedo constante pero, que logra controlarlo durante la sesión y el pasar del día.

Referente a los niveles, leves pero, constantes de los problemas de pensamiento, es prudente señalar que el paciente pasa por situaciones o experiencias como ser: una dificultad para concentrarse, miedo a perder el control, sentimientos de soledad, deseos de estar solo y problemas de sueño, como pesadillas. Estas situaciones afectan a la asimilación de la pérdida de salud y la adaptación al tratamiento.

Es por ello que todos las variables descritas y las intensidades con las que J.V. las siente dan como resultado el puntaje y rango expuesto anteriormente, una presencia de sintomatología de ansiedad y depresión.

5.9.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 18			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 9			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	2	2	POCAS VECES
Ira(-)	3.2	3	A VECES
Negociación o pacto(+)	4	4	CASI SIEMRPE
Esperanza(+)	5	5	SIEMPRE
Depresión o frustración (-)	2.2	2	POCAS VECES
Aceptación(-)	4.2	5	SIEMPRE
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	3.1	3	A VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	4.4	5	SIEMPRE

Los resultados de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de salud en el paciente analizado dan a conocer que, se encuentra de manera elevada y compartida, en la fase de aceptación y la fase de negociación o

pacto, que se sabe que esta última va ligada al factor de esperanza, obteniendo entonces un rango de “siempre” en la quinta fase.

Así mismo en el factor de esperanza; y alcanzando un rango igual a “casi siempre” en la tercera fase de negociación o pacto. Todo esto lleva al paciente, además, a obtener un puntaje en los factores de segundo orden, semejante a “siempre”, en lo que concierne a una actitud positiva ante la enfermedad.

Acerca de la quinta fase del proceso de duelo, la aceptación, se llega a interpretar que el paciente manifiesta las siguientes variables con una gran frecuencia: paciencia, esfuerzo, madurez psicológica frente a la pérdida de salud, serenidad y estabilidad emocional.

Con respecto a la fase de negociación o pacto, J.V. demuestra una predisposición al tratamiento y un positivismo ante la enfermedad, además de un crecimiento de la devoción, fe y religiosidad para así, realizar súplicas y rezos con la intención de recuperar la salud perdida.

Entonces de forma general y resumida se interpreta que el paciente está instaurado en dos distintas fases, las cuales las atraviesa con el pasar de los días, con una mayor intensidad y magnitud la quinta fase de aceptación, siendo esta la última para elaborar el proceso de duelo de una manera óptima, y llegar finalmente a aceptar por completo la pérdida de salud debido a la enfermedad renal crónica, y lo que esto implica en cuanto al cambio de estilo de vida.

5.9.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

En cuanto a la información obtenida gracias a la entrevista realizada se puede decir que las preocupaciones y los niveles de ansiedad elevados en el paciente se confirman, como así también las fases del proceso de duelo, pero además salen a la luz datos que facilitan comprender algunos aspectos en J.V.

Acerca de la ansiedad el sujeto nos comentó que trata de estar tranquilo la mayor parte del día distrayéndose, pero no deja de sentir miedo por lo que corresponde el tratamiento, y cuando no logra relajarse disimula esa serenidad hasta que le pasa.

Para distraerse cuenta que, sale a despejarse a las plazas a conversar con sus amigos y recordar el tiempo en el que eran jóvenes, también va a visitar a sus hijas y nietas, pero últimamente el miedo a salir creció, porque perdió la vista de un ojo, debido a las complicaciones de la diabetes, además de no sentir ninguna mejora con la diálisis y estando a la espera de empezar recuperar la salud; es entonces que llega a entenderse la dificultad para bajar los niveles de ansiedad, por todo lo que relató el paciente.

Pero por otra parte manifestó ciertos comentarios que dan a interpretar que está en una fase de aceptación en el proceso de duelo, debido a que ahora conoce más sobre la enfermedad y lo que significa vivir con ello, además estar predispuesto a realizarse el tratamiento siendo que todavía no siente alguna mejora, demostrando serenidad y madurez psicológica frente a estos acontecimientos en su vida.

Así también señala que realiza súplicas y oraciones a dios para recobrar su salud, y es ahí que comentó, que surgió un nuevo problema con su vista, no quedarse ciego, debido a que se originó en el retinopatía diabética, lo que significa que perderá la vista con el pasar del tiempo si es que no llega a realizarse una operación, pero en el estado que se encuentra no tiene muchas posibilidades de salir con vida de la intervención quirúrgica.

Esta situación afecta de igual forma al estado ansioso depresivo de J.V., ya que lógicamente, es una situación muy particular e implica cambios en el estilo de vida y toma de decisiones de situaciones difíciles para él.

Como punto final en la entrevista realizada se conversó con J.V. acerca de la muerte, y expresó lo siguiente: *“No temo a la muerte pero no quiero morir sufriendo y el morir ciego es un sufrir para mi (...) yo ya cumplí aquí, quisiera que dios me recoja y no me deje sufrir con la ceguera (...)”*

Estas últimas expresiones del sujeto colaboran a deducir que el pensamiento y temor hacia la muerte están bastante influenciados por la edad y la enfermedad, y además, las complicaciones que se van originando. Demostrando así su deseo de tener una muerte tranquila y sin dolor ni sufrimiento.

5.10 CASO NÚMERO DIEZ

5.10.1 DATOS GENERALES

INICIALES: R.T.

HIJOS: R 31 años, J 30 años, L 27 años

EDAD: 52 años

PROCEDENCIA: Tarija

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Casado.

CAUSA DE LA ENFERMEDAD: Diabetes

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD: 4 años

TIEMPO CON EL TRATAMIENTO: 3 años

5.10.2 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D.)

CUADRO N° 19			
CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CASO N° 10			
ESCALAS	P.D.	P.T.	INTERPRETACIÓN
DEPRESION	79	64	CASI SIEMPRE
ANSIEDAD	82	85	SIEMPRE
PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD	31	69	CASI SIEMPRE
IRRITABILIDAD	26	70	CASI SIEMPRE
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	21	57	ALGUNAS VECES
GENERAL	239	85	ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO-DEPRESIVO

La aplicación de este instrumento dio como resultado elevados niveles de ansiedad y depresión, dando así un estado de ánimo ansioso depresivo, siendo el factor de problemas de pensamiento el único que obtuvo nivel medio equivalente a “algunas veces”.

En cuanto a la depresión, pensamientos de inutilidad e irritabilidad obtuvo un resultado semejante a “casi siempre”, y en la ansiedad llegó a una puntuación igual a “siempre”. Es decir que en síntesis la ansiedad, depresión, inutilidad e irritabilidad están marcadas en el comportamiento del sujeto.

La variable de la ansiedad que se entiende como un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad como respuesta frente a estímulos que pueden ser externos o internos que son percibidos como una amenaza, donde es la mayor puntuación; se deduce que R.T. manifiesta y experimenta con gran persistencia lo

siguiente: insomnio, miedo, tensión muscular, respiración agitada, pensamientos molestos, preocupaciones y un estado de ánimo inestable.

En cuanto a la depresión, los pensamientos de inutilidad e irritabilidad, que como se menciona anteriormente obtuvo resultados de similar rango se puede llegar a decir que R.T. experimenta diferentes variables con altos niveles de frecuencia como por ejemplo: preocupación, decaimiento, temor a errar en sus actividades diarias, dificultad para iniciar actividades, impaciencia e ira, correspondientemente.

Por otra parte, y en menor intensidad y constancia pero aún así de una forma leve, el paciente analizado experimenta sensaciones relacionadas a los problemas de pensamiento como ser: sentimientos de soledad, terrores nocturnos o pesadillas y miedo a perder el control; que son iguales a un rango de “algunas veces”.

Es entonces que la constante e intensa sensación de estas variables descritas y la interacción entre las mismas, por así decirlo, dan como resultado estado de ánimo ansioso-depresivo, señalado en un inicio del análisis de la aplicación de este instrumento utilizado.

5.10.3 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 20			
ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD CASO N° 10			
FACTORES DE 1ER ORDEN	PROMEDIO	VALOR DISCRETO	INTERPRETACIÓN
Negación(-)	2.7	3	A VECES
Ira(-)	2.8	3	A VECES
Negociación o	4.9	5	SIEMPRE

pacto (+)			
Esperanza(+)	4.8	5	SIEMPRE
Depresión o frustración (-)	2.3	2	POCAS VECES
Aceptación(-)	3.9	4	CASI SIEMPRE
FACTORES DE 2DO ORDEN			
Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	3.1	3	A VECES
Actitud positiva ante la enfermedad	4.8	5	CASI SIEMPRE

La escala utilizada para analizar el proceso de duelo da a conocer que, a pesar de los niveles de ansiedad y depresión elevados, R.T. se encuentra en la fase de negociación o pacto, que como ya se conoce, el factor de esperanza está dentro de esta fase, obteniendo un rango igual a “siempre”. Y, así mismo se encuentra en la última fase llegando a un puntaje semejante a “casi siempre”. Es decir, que de manera general se encuentra dentro de dos fases: negociación o pacto y aceptación.

Con respecto a la tercera fase se puede mencionar que el paciente manifiesta distintos sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos como ser: optimismo, predisposición al tratamiento, aumento de fe y devoción, y un aumento de esperanza con respecto a recobrar la salud perdida. Es por ello que dentro de los factores de segundo orden obtiene la puntuación más alta en relación a una actitud positiva ante la enfermedad, que no es más que, un aliento por seguir el tratamiento para recuperar la pérdida de salud a causa de la enfermedad renal crónica.

Referente a la aceptación que manifiesta el paciente, según los resultados señalados, expresa en menor frecuencia que los factores descritos con anterioridad pero aun así significativos, variables como: paciencia, esfuerzo, serenidad, estabilidad emocional y madurez psicológica.

En síntesis se puede describir que R.T. esta instaurado en dos de las cinco fases que corresponden al proceso de duelo. Siendo de cierta forma favorable para que logre superarlo, pero aun así, se debe tomar en cuenta que existe una gran posibilidad de que suceda un retroceso de fase, pues las puntuaciones obtenidas en los factores de negación e ira son equivalentes a “algunas veces”, dando a entender que en algunas ocasiones se hacen presentes estas fases en la psique de R.T.

5.10.4 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

A través La entrevista a profundidad realizada a R.T. se comprendieron ciertos elementos y resultados del los anteriores instrumentos descritos. Por una parte se logró descubrir que el estado de ánimo ansioso y depresivo se debe a un trastorno paranoide, donde R.T. comentó que desde joven padece de este trastorno, señalando así también que con el pasar de los años, fue incrementándose y que llegó a estar bajo mediación. Además narró que llegó a un punto en donde no podía hacer nada por sí solo, pues temía que le suceda algo y muera, sentía como un ataque de pánico cuando estaba solo o tenía que realizar una actividad por sí mismo. Se supo que desde temprana edad comenzó a sentir estos síntomas ansiosos y paranoides, él piensa que fue debido a lo que le dijeron cuando se casó: *“cuando me casé me dijeron que no puede pasarme nada porque mi familia depende de mí y creo que desde ahí me preocupa que me pase algo”*. Ese comentario que recibió al parecer le fue de mucho impacto y desde ese momento inició el inconveniente del trastorno psíquico.

Ahora bien en relación a la enfermedad relató que en un inicio del tratamiento estaba muy nervioso y con mucho temor, llegando hasta incluso a llorar para no recibir el tratamiento, y para lograr hacerle la diálisis tuvieron que darle un calmante, relató que cuesta bastante asimilar el tratamiento por miedo a que le suceda algo, pero aún así asiste a dializarse porque sabe que es en pro a su salud. Describe que hay días en los que se siente con valor, “corajudo” dice; y, asiste sin ningún problema, y existen otros que el pánico le vence y le cuesta soportar el tratamiento.

Comentó también que tiene la posibilidad de tener un trasplante de riñón, pues uno de sus hijos tiene la voluntad de donarle uno de sus riñones, pero el hecho de realizar el viaje a la ciudad de Santa Cruz para realizar la operación lo detiene por temor a que pueda accidentarse o hasta incluso morir. Resaltó que no tiene miedo a la operación, debido a que pasó por una para que se le implante el catéter. Así también expresó su deseo de que quisiera que pueda realizarse la operación aquí, pero hasta el momento no existe ningún médico que sea especializado en este tipo de operaciones.

Finalmente como en las demás entrevistas se entabló la cuestionante de la muerte y su respectivo temor, donde R.T. dijo lo siguiente: *“(...) si tenemos que morir, vamos a morir, a pesar de mi miedo yo pase por varias operaciones y yo ya debí morir hace rato, míreme aquí conversando con usted (...) Antes le tenía terror, pero bajó demasiado, suena gracioso, pero el morir no temo, el sufrir es lo que me martilla la cabeza...y eso hace que a veces agarre miedo fuerte a la muerte, lo que me ayuda a ponerme tranquilo es el saber que si me pasa algo yo cumplí como padre y esposos, les dejé todo a mis hijos y esposa, todo de mi esta en ellos y ella ”.*

Estas palabras mencionadas por el paciente dan a interpretar que no existe un temor hacia la muerte pero si un temor de cómo suceda esto, y es ahí donde se

hace presente el trastorno mental y se genera el estado de ánimo ansioso depresivo descubierto en el cuestionario.

5.11 ANÁLISIS GENERAL

5.11.1 CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (C.E.C.A.D)

CUADRO N°21**CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ANÁLISIS GENERAL**

N°	Depresión	Ansiedad	Pensamientos de inutilidad	Irritabilidad	Problemas de pensamiento	General
1	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Algunas veces	Estado de ánimo depresivo-ansioso
2	Casi nunca	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Ausencia de sintomatología ansiosa-depresiva
3	Casi siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Casi nunca	Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión.
4	Algunas veces	Casi siempre	Casi nunca	Algunas veces	Casi nunca	Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión.
5	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi nunca	Estado de ánimo depresivo-ansioso
6	Algunas veces	Casi siempre	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Estado de ánimo depresivo-ansioso
7	Casi nunca	Algunas veces	Casi nunca	Casi nunca	Casi nunca	Ausencia de sintomatología ansiosa-depresiva.
8	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Algunas veces	Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión
9	Casi nunca	Casi siempre	Casi nunca	Casi nunca	Algunas veces	Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión.
10	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Algunas veces	Estado de ánimo ansioso-depresivo

La intención de realizar un análisis general de todos los resultados obtenidos en este cuestionario es el de encontrar un común denominador en el estado anímico de los pacientes analizados, es entonces que se descubre que seis de los diez sujetos evaluados manifiestan niveles elevados de ansiedad, comprendiendo los rangos equivalentes a “Casi siempre” y “siempre”.

Esto quiere decir que, una cantidad considerable de los pacientes se ve afectada por los niveles de ansiedad debido a las circunstancias por las que están atravesando a partir de la enfermedad renal crónica. Cabe resaltar que el resto de la muestra también expresa niveles significativos de ansiedad con un rango similar a “algunas veces”. Entonces de manera resumida se puede decir que la ansiedad es un factor presente y constante en los sujetos que padecen insuficiencia renal crónica.

De manera global, los entrevistados presentan un estado de ánimo ansioso-depresivo. Todas estas reforzadas por los niveles de ansiedad señalados con anterioridad y así mismo la presencia de otros factores como la depresión, los pensamientos de inutilidad e irritabilidad.

5.11.2 ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)

CUADRO N° 22

ESCALA DE RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD ANALISIS GENERAL

N°	Negación	Ira	Negociación o pacto	Esperanza	Depresión o frustración	Aceptación	Reacción afecto-negativa ante la enfermedad	Actitud positiva ante la enfermedad
1	Pocas veces	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Pocas veces	Casi siempre	Siempre
2	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Algunas veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre
3	A veces	A veces	Siempre	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces
4	A veces	A veces	Casi siempre	Siempre	A veces	A veces	A veces	Casi siempre
5	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre	Pocas veces	Siempre	A veces	Siempre
6	Nunca	Nunca	Casi siempre	Siempre	Nunca	Siempre	Pocas veces	Siempre
7	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Pocas veces	A veces	A veces	Casi siempre
8	A veces	Casi siempre	A veces	Pocas veces	A veces	Siempre	Pocas veces	A veces
9	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre	Pocas veces	Siempre	A veces	Siempre
10	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Pocas veces	Casi siempre	A veces	Casi siempre

De igual forma para esta escala se pretende descubrir una homogeneidad en la fase en la cual se encuentran los pacientes. Es por ello que luego de recopilar los resultados en el presente cuadro se logra identificar una gran mayoría de los sujetos analizados, para ser precisos nueve de los diez pacientes, se encuentran en la fase de “Negociación o pacto”, la cual, como ya se mencionó con anterioridad en el análisis individual de cada paciente, está reforzada por el factor de esperanza.

Entendiéndose que la tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo pueda de alguna manera posponer o retrasar la muerte o pérdida. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada. Psicológicamente, la persona está diciendo por ejemplo: «Entiendo que voy a morir, pero si solamente pudiera tener más tiempo... Esto a su vez, da como resultado una actitud positiva ante la enfermedad casi en la totalidad de los enfermos renales.

Por otra parte la quinta fase del proceso de duelo, la aceptación, se muestra presente en una proporción considerable de la muestra analizada, y esta etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte o pérdida.

Es así que se cuenta con seis de los diez sujetos evaluados, estos manifiestan una frecuencia de “Casi siempre” y “Siempre” en esta fase, dando lugar a una posible culminación de proceso de duelo en relación a la pérdida de salud.

Es entonces que de manera global se deduce que los pacientes renales crónicos manifiestan dos fases del proceso de duelo: negociación o pacto, y aceptación.

5.11.3 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Esta técnica empleada colaboró en gran manera para confirmar los elementos descubiertos en las pruebas aplicadas en la presente investigación, así mismo fue una herramienta indispensable para explorar la concepción de la muerte en los pacientes seleccionados.

Es entonces que a partir de la entrevista a profundidad se logra describir que una mayoría de los pacientes opinan que la muerte es algo natural y normal, y no expresan un temor hacia la misma, ya que en su totalidad revelan una devoción y religiosidad que les da paz y tranquilidad.

Ahora bien, en cuanto a la influencia de la enfermedad en cuanto al pensamiento sobre la muerte, los pacientes comentan que en su situación es inevitable no pensar en ello, ya que llega a ser una realidad cercana.

5.12 ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

En cuanto a las hipótesis planteadas se llega a deducir que:

1. La fase de duelo por la cual atraviesan los pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija es negociación o pacto, se acepta
2. Los niveles de ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica son elevados en comparación a los demás factores de depresión, irritabilidad, pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento; y esto se relaciona con el proceso de duelo en cuanto a pérdida de salud, debido a todo lo que significa superar la mencionada pérdida, se acepta.
3. Los pacientes de la unidad de hemodiálisis del H.R.S.D.D., consideran que la muerte es algo natural y normal, y no sienten el temor hacia la misma, se acepta.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La experiencia de poder estar presente en una unidad tan importante y con necesidad de ser atendida, fue muy enriquecedora en el plano de la futura práctica profesional en el área clínica de la ciencia de la salud mental, donde toda la teoría aprendida en estos cinco años de formación universitaria se pone en uso. También se puso en práctica la habilidad para brindar una contención emocional a estos sujetos y así mismo la capacidad para asimilar la información que se recibió durante todo este proceso investigativo.

Luego de aplicar los instrumentos correspondientes y realizar la entrevista se llega a las siguientes conclusiones:

La fase por la que atraviesan en su totalidad los pacientes analizados es la fase de negociación o pacto, reforzada claramente por el factor de esperanza, ya sea por pertenecer a una religión católica o no. Esta fase es la tercera de todo el proceso de elaboración del duelo, caracterizada por un optimismo o positivismo por recobrar lo perdido, que en este caso sería la salud, así mismo, los rezos y la suplicas hacia un ser supremo de su devoción son constantes y elevados. Ahora bien lo ideal, por así decirlo, es que no se detengan en esta fase y logren alcanzar la última fase de la aceptación para poder superar todo lo que implica la pérdida de salud.

En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión evaluados, cabe señalar que son distintos de un sujeto al otro, existiendo diversos factores externos e internos que motivan estos estados, como ser: una persona divorciada, una madre joven, un padre que es la cabeza de la familia o tener un trastorno mental.

Finalmente con respecto a la muerte y su concerniente temor, las opiniones son de igual forma distintas unas a otras, donde una mayoría no teme morir pero desea todavía llegar a ver y vivir algunas cosas como: casarse, tener hijos, ver crecer a los mismos. En casi su totalidad de la muestra analizada se expresa que no quiere morir sufriendo a razón de la enfermedad renal, en cambio desean tener una muerte tranquila como por ejemplo: durmiendo.

En síntesis se puede decir que todos somos distintos los unos de los otros, y ciertos aspectos nos hacen únicos y tanto en una situación como tener una enfermedad de gran magnitud como la insuficiencia renal crónica, los estados anímicos, la elaboración del proceso de duelo en referencia a la pérdida de salud y el pensamiento hacía la muerte y su respectivo temor son muy variados. Haciendo apasionante la ciencia de la psicología y dando importancia a trabajar de manera individual con las personas para lograr entenderla en su plenitud.

6.2 RECOMENDACIONES

Luego de pasar por todo el proceso investigativo en el presente trabajo se puede dar las siguientes recomendaciones:

A la unidad de hemodiálisis del hospital regional San Juan de Dios:

- Brindar una asistencia psicológica contante a los pacientes, debido a que necesitan una atención elevada por lo que significa tener la enfermedad y lo que implica el tratamiento. Además de que cada persona pasa por distintas situaciones que generan mayor estrés.
- Proporcionar una mejor comodidad y atención a los pacientes, ya que la unidad es demasiado pequeña para lograr atender a todos los sujetos como se debería.

- Capacitar al personal para que estos pueda brindar un trato más humano a los pacientes renales crónicos, ya que la situación de los mismos requiere que sean tratados así.

A los pacientes:

- Asistir constantemente a terapia psicológica, con el fin de lograr disminuir los niveles de ansiedad, y otros factores que no se revisaron en esta investigación como el estrés. Para así lograr alcanzar un estado emocional estable.
- Establecer actividades que ayuden a distraerse, como algún pasatiempo como por ejemplo: lectura, escritura, artes manuales,. lo que este a su disposición referentes a su estado de salud. y no dejarse llevar por estado anímico de la enfermedad crónica renal.
- Buscar ayuda profesional psicológica para que alcancen superar el proceso de duelo ante la pérdida de salud, y así evitar un retroceso o estancamiento en algunas de las cinco fases descritas.

A la universidad:

- Realizar más investigaciones sobre los pacientes terminales y su estado psicológico con el fin de brindar ayuda a esta frágil población.
- Realizar estudios comparativos con la unidad de hemodiálisis de la localidad de San Andrés, con la finalidad de descubrir los estados de ánimo de los pacientes en ambas instituciones, y lograr plantear medidas de acción para el beneficio de esta población.
- Proporcionar una mayor teoría en relación a: al paciente crónico, el proceso de duelo, los instrumentos de medición con este tipo de población, con el propósito de mejorar el nivel académico de nuevos profesionales.