

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad terminal que se presenta a cualquier edad, consiste en un fallo en el funcionamiento de ambos riñones, cuya actividad queda reducida en un 90%. Por ser estos órganos vitales, es necesario un tratamiento sustitutivo de diálisis o un trasplante, para que la persona afectada pueda sobrevivir (Llach y Valderrábano, 1990).

Ante una enfermedad de este tipo el paciente se hará muchas preguntas relacionadas con su salud. Se preguntará sobre cómo la enfermedad afectará en su vida, qué pasará con su futuro, existe solución a su problema, tendrá que dejar el trabajo por las consecuencias de su enfermedad, afecta la enfermedad al grupo familiar. Entre otros, el paciente puede sentir que su vida es una rutina que sólo consiste en cumplir con los tratamientos, puede sentirse culpable por lo que le sucede. Además frecuentemente puede sufrir hospitalizaciones por problemas de salud.

Lo que se ha mencionado da lugar a hacerse algunas preguntas ¿La enfermedad genera efectos psicológicos en estos pacientes?, ¿La enfermedad afecta al entorno familiar del paciente, su entorno social y laboral? En un intento de contribuir a clarificar los diferentes problemas psicológicos que pueden presentarse en los pacientes, se enfoca el trabajo de investigación en dirección a encontrar resultados que permitan llegar a conclusiones sobre los posibles problemas psicológicos que se pueden presentar en los pacientes, como también los problemas familiares, sociales y laborales. Con los datos a obtener al final del trabajo se pretende beneficiar con información a los pacientes y a sus familiares, también al personal de salud que trata a estos pacientes. Se obtendrá información que favorezca el desarrollo de programas de intervención para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.1. Planteamiento del problema

Como se mencionó anteriormente la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad terminal que se presenta a cualquier edad; consiste en un fallo en el funcionamiento de ambos riñones, cuya actividad queda reducida en un 90%. Por ser estos órganos vitales, es necesario un tratamiento sustitutivo de diálisis o un trasplante, para que la persona afectada pueda sobrevivir.

Con el presente trabajo se pretende determinar cuáles son las características psicológicas de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis. Se realiza el estudio de los pacientes teniendo en cuenta diversos factores como la depresión, la ansiedad y la autoestima. Como también se pretende determinar otros aspectos asociados a la situación del paciente como es el entorno familiar, por ser una institución que puede influir de manera importante en la salud del paciente; la relación de pareja que brinda apoyo emocional; el aspecto social y laboral de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

A nivel internacional existen diversos estudios sobre pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Muchos de estos estudios se han enfocado en la parte física o fisiológica de los pacientes, pero también existen estudios que se han enfocado en la dimensión psicológica. En algunos estudios se ha tomado en cuenta a pacientes que están en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria y a pacientes con trasplante.

Se puede mencionar de manera general las principales conclusiones de estos estudios. Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentaban algún grado de depresión, también los resultados sobre ansiedad en los pacientes es similar al de depresión, se ha encontrado que existe un número considerable de pacientes que presentan algún grado de ansiedad. La depresión y la ansiedad son los principales trastornos que se ha estudiado en este tipo de pacientes.

Otros autores estudiaron la percepción que tiene el paciente del servicio de atención de hemodiálisis, principalmente la atención de enfermería y buscaron establecer la relación que puede existir entre ansiedad, depresión y otras variables relacionadas a la situación del paciente, como ser, el cumplimiento de los tratamientos. En la mayoría de estos trabajos se ha tomado en cuenta las variables ansiedad y depresión como los principales trastornos que se pueden presentar en este tipo de pacientes. En muchos de estos trabajos, los autores se han referido al estudio de estas variables con temas como calidad de vida, bienestar psicológico, alteraciones patológicas, entre otros. No parece existir discrepancias en cuanto a como son denominadas las diferentes variables. Los resultados no son concluyentes por lo que se deberá seguir realizando estudios.

Se tratará de explicar la situación del paciente con insuficiencia renal crónica terminal para tener una mejor comprensión de las implicaciones psicológicas que se darían en el paciente debido a su enfermedad y cómo afecta a otras áreas importantes de su vida como son el trabajo y la familia. Se recabó información de diferentes estudios realizados en este tipo de pacientes y de literatura relacionado a enfermedad renal crónica. La mayor parte de la información obtenida sobre estos pacientes hacen referencia al gran impacto que la enfermedad tiene en los mismos. A continuación se trata de explicar la situación del paciente con enfermedad renal crónica terminal.

Una persona que sea diagnosticada de una enfermedad crónica es un hecho que sin duda en ese momento la información va a generarle un gran impacto y experimentará un alto grado de estrés porque implica la pérdida de salud (J.C.López Alonso y Cols., 2000). La persona diagnosticada de la enfermedad para continuar con vida deberá depender de la diálisis, tratamiento que no es opcional y lo que es más llamativo del mismo es la necesidad-obligatoriedad de permanecer bajo tratamiento, lo que para el paciente no es una decisión opcional. El tratamiento de hemodiálisis es un procedimiento para sustituir la función renal y se lo realiza en un centro de salud.

Establecido el diagnóstico y el tratamiento a partir de ese momento el paciente deberá afrontar muchas restricciones y limitaciones. El cambio de alimentación es uno de las más importantes, porque implica la restricción de varios alimentos y algunos están casi totalmente suprimidos. Otros cambios a los que el paciente debe adecuarse son: El cambio de horarios porque las sesiones de tratamiento de hemodiálisis duran entre tres horas o más y el paciente deberá asistir cada semana al centro de salud entre tres o cuatro veces, lo que implica un gran coste de tiempo. Cambio de actividades, como ser, el paciente no debe realizar ejercicios que sean de actividad muy intensa, porque le causaría demasiada sed y obligarlo a beber gran cantidad de líquidos que es peligroso para su salud. Cambios geográficos, si el paciente desea trasladarse de una ciudad a otra o desea viajar deberá buscar con anticipación un centro de salud en donde pueda recibir tratamiento de hemodiálisis. (ALCER. Asociación de Lucha Contra las Enfermedades Renales).

Las restricciones y limitaciones que le han sido suscritos al paciente hacen que el paciente tenga una vida llena de preocupaciones. Estará siempre en estado de atención o alerta. Estará atento a lo que puede hacer, lo que debe o no debe comer, las actividades que puede realizar, los lugares a los que puede ir de vacaciones, incluso el agua que debe o no ingerir. Son cambios a los que el paciente deberá adecuarse gradualmente. (Andía M, Irene, 1995). (Klang y Clyne, 1997).

Las circunstancias en las que se encuentra el paciente hacen que las posibilidades que se generen efectos psicológicos sea elevado. En los trabajos de investigación realizados en los centros de salud de otros países se menciona que entre los principales trastornos que se presentan en este tipo de pacientes es la depresión y también se puede encontrar síntomas de ansiedad. La depresión se considera como un trastorno que cuando es diagnosticado en un paciente requiere de tratamiento, sobre todo en las depresiones graves. La dificultad de la depresión radica en que no es un problema fácil de resolver y no todos los pacientes responden de igual manera a los tratamientos antidepresivos. (Santibáñez Y. 1987).

La depresión en los pacientes renales es uno de los problemas más complicados por la elevada prevalencia, por la inestabilidad de las condiciones físicas y la presencia constante de síntomas y otros factores estresantes derivados del tratamiento sustitutivo de la función renal (Royse y Toler, 1988). Se debe considerar la enfermedad como un desencadenante de depresión siempre presente. Algunos elementos que pueden contribuir en la aparición de la depresión son: la pérdida de salud, del trabajo, dieta, el riesgo de pérdida del trasplante; la reducción de las actividades de ocio y divertimento (Kaplan De-Nour, 1980; Fernández, 1994).

En la depresión se presentan síntomas como: un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Cambios de apetito o peso, de sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa. Existe un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunas personas la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. La depresión puede ser tal, que puede hacer que la persona busque como única solución a su sufrimiento, el suicidio. (DSM-IV-TR)

Otros datos obtenidos en estudios efectuados en estos pacientes es la ansiedad. La ansiedad es una respuesta del organismo con una función de alerta y activación ante situaciones que implican peligro, amenaza o novedad. Cuando la ansiedad se mantiene en ausencia del peligro se convierte en patológica, o cuando el peligro está presente pero no hay posibilidades de hacer frente a él supone un sufrimiento inútil. Por otro lado, sus manifestaciones fisiológicas: taquicardia, dificultades respiratorias, sudoración, etc., son percibidas por el individuo como amenazas que favorecen el mantenimiento o aumento de la ansiedad (Echeburúa, 1993).

Las características de la Insuficiencia Renal Crónica y sus tratamientos parecen predisponer para la aparición de ansiedad, debido a la presencia constante de situaciones amenazantes en la vida de estos enfermos (Pelechano, 1992; Echeburúa,

1993; Lock, 1996). La ansiedad podría encontrar como fuente de aparición: los repetidos pensamientos de preocupación del paciente con respecto a su salud, temor a las primeras sesiones de hemodiálisis, aflicción o dificultad en su adecuación a los tratamientos. Experimentar tensión por los cambios que se dan en su familia, por su situación laboral. Complicaciones derivadas de la enfermedad y de la diálisis. (Koch y Muthny, 1990; Klang et al., 1996).

La enfermedad no sólo afecta al paciente sino también a su familia. El impacto del diagnóstico generará en ese momento tensión en los miembros de la familia y puede surgir una crisis familiar. El grupo familiar de alguna manera se verá afectado y buscará la forma de adaptarse a los cambios que se producen. Los cambios pueden ser difíciles de asimilar. También puede suceder que los sucesos hagan que los miembros de una familia se unan más. El grupo familiar viene a ser la red de apoyo social más importante que garantiza al paciente la provisión de diferentes tipos de apoyo como ser el apoyo emocional. Es muy importante el apoyo del cónyuge del paciente. (Robert B. Taylor, Alan K. David. 2006).

Una variable a la que actualmente se va dando mayor importancia es la autoestima. La autoestima se refiere a la percepción evaluativa que una persona tiene de sí mismo; de este modo una persona puede tener una buena o baja autoestima. Lo opuesto a la autoestima es la desestimación. Cuando una persona se desestima un rasgo característico del mismo es la infelicidad o también ser lo que en muchos tratados se menciona como un paso a la depresión (Citado por José V. Bonet, 1997). La autoestima ha sido poco estudiada en este grupo de pacientes. Se cree que la persona en la situación en la que se encuentra pueda tener baja autoestima. (<https://ultracare-dialysis.com>)

En cuanto a la dinámica del tratamiento, el paciente pasará muchas horas, incluso años en la misma unidad donde recibe tratamiento de hemodiálisis, con los mismos compañeros. El tratamiento es para los pacientes un verdadero sacrificio, que sólo

parece prolongar el sufrimiento; si el paciente se retira del tratamiento de diálisis o se rehúsa a iniciarlo, la enfermedad evolucionará progresivamente hacia la uremia terminal, falleciendo sin remedio en el término de semanas o algunos meses, dependiendo de su salud. (NIDDK. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases).

A nivel nacional no se ha encontrado estudios con relación a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, puede ser que existan, pero tal vez no han sido publicados. Pero se cuenta con información estadística de la Dirección de Enfermos Renales del Ministerio de Salud. Los datos son bastante precisos de la situación de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Los datos indican que entre abril de 2007 y junio de 2008 se dieron 1.080 nuevos casos de pacientes con la enfermedad terminal. Los hospitales del Estado sólo tienen 905 equipos para tratamiento de hemodiálisis. Según este informe, los pacientes renales podrían hacer colapsar los servicios hospitalarios del país si no se encararan acciones urgentes como las medidas de prevención. Anualmente se incrementan 500 nuevos casos. Pero también el aumento es del 62 por ciento, lo cual representa más de 500 nuevos casos por año.

La mortalidad de más de 300 personas al año es por complicaciones en el tratamiento de hemodiálisis y la falta de trasplantes. Los mismos datos establecen que anualmente en el país se realizan 38 trasplantes, esto está condicionado con la consecución de donantes compatibles.

La enfermedad renal afecta más a las personas mayores en general desde los 59 años de edad. Los datos según el sexo del paciente indican que el 55.8 por ciento de estos corresponden al sexo masculino, el restante 44.2 por ciento son mujeres. Aunque los datos también evidencian casos de enfermos renales en menores de edad.

La mayoría de estos enfermos, o sea, el 51.9 por ciento son desocupados, lo cual dificulta su tratamiento porque no tienen los recursos económicos necesarios. Los datos revelan que sólo el 22.3 por ciento de los enfermos renales son empleados; el 21.4 por ciento son jubilados. Estos dos grupos tienen acceso a los seguros de salud, por lo tanto a los tratamientos de hemodiálisis. Solamente el 56.6 por ciento de estos enfermos cuentan con seguro de salud, el resto está desprotegido.

El 4 por ciento de los enfermos con esta patología son estudiantes, quienes también tienen dificultades para acceder a los tratamientos correspondientes. El 43 por ciento de los afectados con la insuficiencia renal son personas que cursaron la secundaria. El 26.6 por ciento son profesionales; el 25.3 por ciento cursaron la primaria y el 1.9 por ciento son analfabetos.

El departamento con más enfermos renales es La Paz con el 45 por ciento del total, según el Ministerio de Salud, por sus condiciones climáticas. Le siguen Cochabamba con el 23.6 por ciento, Santa Cruz con el 17.7 por ciento y Chuquisaca con el 6.3 por ciento. Beni y Pando están libres de este mal. (www.eldiario.net)

A nivel regional, no se ha encontrado estudios sobre pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Sin embargo se pudo recabar datos del encargado de la unidad de hemodiálisis, el Dr.: Jaime Arduz, menciona: *“Cada vez son más los pacientes que vienen a recibir tratamiento de hemodiálisis. Los pacientes vienen de todos los lugares, nosotros les propocionamos el tratamiento que necesitan, cada paciente es atendido según los problemas que tiene. Los problemas de los pacientes son diversos, algunos tienen complicaciones, tenemos pacientes que reciben atención desde antes que entren en tratamiento de hemodiális. Otros son nuevos porque vienen de otros lugares”*. (Dr.: Jaime Arduz. Unidad de hemodiálisis). Los datos al que hace referencia el Dr. concuerdan con los datos estadísticos a nivel nacional, ahora asisten más pacientes a recibir tratamiento y la tendencia es hacia el aumento de pacientes. Se puede explicar sin ninguna duda que en nuestro medio una de las causas del

incremento de pacientes es debido al importante crecimiento que ha tenido la ciudad. El paciente, para recibir tratamiento de hemodiálisis, debe recurrir a un centro de salud que brinde este tipo de servicio; no todos los centros de salud cuentan con el servicio de hemodiálisis. Las máquinas de hemodiálisis mayormente se los pueden encontrar en las principales ciudades del país, debido a que son muy costosos y para su manejo se requiere de personal preparado, además de los insumos.

Todo lo expuesto hasta aquí nos lleva a inferir que los pacientes están expuestos a fuertes cambios tanto a nivel mental como a nivel físico. Como no se cuenta con estudios e información de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de nuestra ciudad, se cree conveniente llevar a cabo el estudio en esta población, en consiguiente se formula la pregunta:

¿Cuáles son las características psicológicas, familiares, sociales y laborales de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que reciben tratamiento en la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?

1.2. Justificación

El trabajo tiene justificación teórica porque se contribuirá con el aporte de conocimiento de las características psicológicas de los pacientes objeto de estudio. En este sentido, se podrá identificar la existencia o no de problemas psicológicos que se pueden dar en los pacientes. También se podrá constatar qué variables son las que se dan con mayor frecuencia en los pacientes. La manera en que otros factores concernientes a la vida del paciente se ven afectados por la enfermedad como es la situación familiar, el aspecto social y laboral del paciente.

Tiene justificación práctica porque los resultados pueden ser utilizados como referencia para desarrollar planes o programas de tratamiento que estén enmarcados dentro del ámbito de lo psicológico. Resultados que pueden ser de utilidad para el personal de salud que trabaja con estos pacientes. En este sentido la información se puede utilizar para: Proporcionar información al paciente sobre algunos efectos psicológicos relacionados con su enfermedad y sobre las repercusiones que los mismos llegan a tener en diferentes aspectos de su vida. Para proporcionar información a la familia del paciente, porque cuanto más confuso se encuentre el paciente y la familia, más posibilidades habrá de que se desarrollen reacciones negativas a los tratamientos. Para hacer una preparación psicológica previa del paciente que se inicia en tratamiento para que esté mejor preparado para un curso largo de enfermedad. Para comprender mejor sus reacciones psicológicas.

Varios estudios respaldan la idea de que al paciente no se le puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familia como estrategia terapéutica, puesto que la familia merece un espacio psicológico.

Tiene relevancia metodológica, porque se elaboró una entrevista semiestructurada para recabar datos de los pacientes. El instrumento también da la posibilidad de administrarse en forma de cuestionario. El instrumento está conformado por varias preguntas y cada pregunta contiene una escala con distintos niveles, al contestar el

paciente las preguntas tiene la opción de ubicarse en algún grado de la escala que puede ser el grado más alto, los grados intermedios o el grado más bajo. Las preguntas están formuladas de modo que hacen referencia a dos tiempos: el primero se refiere a la situación del paciente respecto a su salud antes de contraer la enfermedad y el segundo a su situación actual.

2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características psicológicas, familiares, sociales y laborales de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que reciben tratamiento en la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo general

Determinar las características psicológicas, familiares, sociales y laborales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que reciben tratamiento en la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis.
2. Determinar el nivel de ansiedad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis.
3. Establecer cual es el nivel de autoestima de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis.
4. Evaluar el nivel de funcionamiento familiar de las familias de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

5. Establecer si la relación de pareja de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectada por la enfermedad del paciente.
6. Establecer si el aspecto social de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado por la enfermedad del paciente.
7. Establecer si el aspecto laboral de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado por la enfermedad del paciente.

2.3. HIPÓTESIS

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal tienen las siguientes características psicológicas, familiares, sociales y laborales:

H1: Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis tienen un nivel de depresión moderado.

H2: Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodálisis tienen un nivel de ansiedad moderado.

H3: El nivel de autoestima de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis es bajo.

H4: El nivel de funcionamiento familiar de las familias de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal es moderadamente funcional.

H5: En los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal la relación de pareja se ve afectada negativamente por la enfermedad del paciente.

H6: El aspecto social de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado negativamente por la enfermedad del paciente.

H7: El aspecto laboral de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado negativamente por la enfermedad del paciente.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CATEGORÍAS	INDICADORES	ESCALA
<p>Nivel de depresión</p> <p>Concepto: Trastornos del estado de ánimo que tienen como característica principal una alteración del humor. Hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. (DSM-IV-TR)</p>	<p>Estado de ánimo cognitivo</p> <p>Expresión emocional del estado de ánimo</p> <p>Expresión comportamental del estado de ánimo</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck</p> <p>Ideas suicidas, indecisión, autoacusación, preocupación por la imagen corporal, preocupación por su salud, pérdida de interés social, expectativas de castigo,</p> <p>Sentimientos de tristeza, sentimientos de culpa, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimiento de desesperanza, desagrado de sí mismo, irritabilidad.</p> <p>Periodos de llanto, fatiga o cansancio, lentitud en el trabajo, trastornos del sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso, pérdida de la libido.</p>	<p>Ausente de 0-9</p> <p>Leve de 10-18</p> <p>Moderada de 19-29</p> <p>Grave de 30-63</p>

Nivel de ansiedad	Test de ansiedad de Rojas		
<p>Concepto:</p> <p>Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo. (DSM-IV-TR)</p>	Físico	Activación del sistema nervioso autónomo que se manifiesta a nivel fisiológico como ser tensión muscular.	Banda Normal de 0-20
	Psíquico	Sentimiento que tiene el sujeto de ser sumido por la situación ansiosa y la creencia de que no podrá superar la situación ansiosa	Ligera de 20-30 Moderada
	Conducta	El sujeto se mantiene en estado de alerta la mayor parte del tiempo. La ansiedad interfiere en sus actividades diarias.	de 30-40 Grave de 40-50
	Intelectual	La persona anticipa que le sucederá lo peor y tiende a ver las cosas de manera negativa. Tiene frecuentes olvidos	Muy grave de 50
	Asertivo	Hay una disminución de la capacidad de poder expresar en situaciones sociales lo que piensa y siente, defendiendo sus derechos y respetando los del otro.	

Nivel de autoestima	Inventario de Autoestima Forma 35-B		
<p>Concepto:</p> <p>Es la evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a sí mismo. La autoestima expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la manera en que un persona cree ser capaz, importante, exitosa y digna (Stanley Coopersmith)</p>	Autoconocimiento	Capacidad de tiene el sujeto de reflexionar sobre sí mismo	Óptima de 61 a 75
	Autoconcepto	Creencias y opiniones que tiene el sujeto sobre sí mismo.	Excelente de 46 a 60
	Autorespeto	Sentimiento de orgullo que tiene el sujeto sobre sí mismo.	Muy buena de 31 a 45
	Autoevaluación	Autocrítica que tiene el sujeto sobre sí mismo	Buena de 16 a 30
	Autoaceptación	Capacidad de aprecio que tiene el sujeto de sí mismo	Regular de 0 a 15
			Baja de -1 a -15
			Deficiente de -16 a -30
			Muy baja de -31 a -45
			Extrema de -46 a -60
			Nula de -61 a -75

Nivel de funcionamiento Familiar		Test de percepción del funcionamiento familiar	
<p>Concepto:</p> <p>Dinámica familiar que integra a los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y la que permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman,</p>	Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.	Funcional
	Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	de 57-70
	Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.	Moderadamente funcional
	Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.	de 43-56
	Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	Disfuncional
	Roles	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	de 28-42
	Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.	Severamente disfuncional
			de 14-27

<p>Relación de Pareja</p> <p>Concepto:</p> <p>Interacción de la pareja en donde existe comunicación y trato entre ellos. En una relación se trata de forjar acuerdos en diversos aspectos de modo que se compatibilicen los puntos de vista de ambos.</p>	Comunicación	<p>Entrevista de elaboración propia</p> <p>Capacidad de Intercambiar información con la pareja</p>	1 muy mala, 2 mala, 3 regular, 4 buena, 5 Muy buena
	Conflictos o problemas	Existencia de desacuerdos, oposición o contrariedad, en la pareja.	1 Nunca, 2 casi nunca, 3 regular, 4 casi siempre, 5 siempre
	Actividad social en pareja	Actividades sociales realizadas en pareja	1 Nunca, 2 casi nunca, 3 regular, 4 casi siempre, 5 siempre
	Apoyo emocional o afectivo	Demostración de sentimientos y emociones positivos	1 Nada, 2 casi nada, 3 regular, 4 más que regular, 5 mucho
	Comprensión	Actitud comprensiva o tolerante hacia el cónyuge o la pareja, Comprensión de sus intereses, inquietudes, sus opiniones, su situación. etc.	1 Nada, 2 casi nada, 3 regular, 4 más que regular, 5 mucho
<p>Social</p> <p>Concepto:</p> <p>Relaciones interpersonales que involucran todos los aspectos de la vida. La interacción en el medio ambiente, y cómo éste influye en el sujeto.</p>	Relaciones sociales	<p>Entrevista de elaboración propia</p> <p>Multitud de interacciones sociales, reguladas por normas sociales, entre dos o más personas, en la que cada una ocupa un papel social.</p>	1 Nunca, 2 casi nunca, 3 regular, 4 casi siempre, 5 siempre
	Percepción de ayuda social	Percepción de la ayuda total recibida por parte de familiares, pareja, amigos, personal sanitario u otros.	1 Nada, 2 casi nada, 3 regular, 4 más que regular, 5 mucho

Laboral	Entrevista de elaboración propia		
<p>Concepto:</p> <p>Ocupación del sujeto. Conformado por diversos elementos como el ambiente laboral, el tipo de trabajo, satisfacción por el trabajo, etc.</p>	Satisfacción laboral	Sentimiento de agrado por la actividad o trabajo que se realiza.	1 Nada satisfactorio, 2 poco satisfactorio, 3 regular, 4 satisfactorio, 5 muy satisfactorio
	Dificultad del trabajo	Grado de dificultad o inconvenientes para realizar el trabajo	1 Muy difícil, 2 difícil, 3 regular, 4 fácil, 5 muy fácil
	Relaciones sociales	Relaciones sociales en el trabajo con las personas que pertenecen al grupo de trabajo.	1 Nunca, 2 casi nunca, 3 regular, 4 casi siempre, 5 siempre

En este capítulo se desarrolla los conceptos y contenidos del tema de trabajo. Se explica qué es la Insuficiencia Renal Crónica, el tratamiento de hemodiálisis, y las variables depresión, ansiedad, autoestima, funcionamiento familiar, relación de pareja, el aspecto social y laboral de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Para cada variable se incluye una teoría que ayuda a fundamentar y a explicar la variable de estudio, de igual manera se emplea los conceptos y explicaciones que dan otros autores de la variable objeto de estudio los que están directamente relacionados con la temática del estudio. También se incluye los resultados y conclusiones de otros estudios con el fin de comparar y encontrar consistencias con los resultados del presente estudio.

3.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Situación clínica derivada de la alteración e insuficiencia crónica de las funciones excretora y reguladora renal (uremia). La insuficiencia renal crónica se puede deber a cualquier causa grave de disfunción renal, como la nefroangiosclerosis hipertensiva, siendo la nefropatía diabética la causa de nefropatía terminal más frecuente y de otras glomerulopatías primarias o secundarias.

Los efectos funcionales de la insuficiencia renal crónica se dividen en reducción de la reserva funcional renal, insuficiencia (fracaso) renal y uremia. El concepto de adaptación funcional renal explica cómo una pérdida del 75% del tejido renal sólo determina un descenso del 50% en el IFG. Cuando disminuye la reserva funcional renal, se produce una pérdida medible en la función renal, pero se mantiene la homeostasis a expensas de algunas adaptaciones hormonales (hiperparatiroidismo secundario, cambios intrarrenales en el equilibrio glomérulo-tubular).

Las concentraciones plasmáticas de creatinina y urea (que dependen en gran medida de la filtración glomerular) se elevan de forma no lineal cuando se reduce el IFG. Las alteraciones en las concentraciones de creatinina y urea son mínimas en las fases iniciales, pero cuando el IFG desciende por debajo de 6 ml/min/m², dichos niveles aumentan con rapidez y se suelen acompañar de manifestaciones sistémicas (uremia). Cuando las sustancias se excretan principalmente por secreción en la nefrona distal (como K), la adaptación suele conseguir mantener los niveles plasmáticos normales hasta fases avanzadas de la insuficiencia renal.

A pesar de la disminución del IFG, el equilibrio de Na y agua se mantiene bien mediante el incremento en la fracción de excreción de Na y la respuesta normal a la sed. Por eso, la concentración de Na plasmático es normal y no se suele producir hipovolemia a pesar de que no se modifique la ingesta de Na en la dieta. En cualquier caso, se pueden producir alteraciones en el equilibrio cuando la ingesta de Na y agua es muy limitada o excesiva.

3.2. Insuficiencia renal crónica y tratamiento de hemodiálisis

La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución renal que purifica y filtra la sangre por medio de una máquina que libera al organismo temporalmente de desechos nocivos, y este proceso ayuda a controlar la presión arterial además de ayudar al organismo a mantener el balance adecuado de sustancias importantes como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato. (Russell, C., 2003),

En el fallo renal crónico, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, a lo largo de meses y en la mayoría de los casos años, hasta provocar la llamada Insuficiencia Renal Crónica Terminal, definida como un funcionamiento renal inferior al 10%. Cuando los riñones funcionan mal, se acumulan productos nocivos de desecho en el cuerpo, puede subir la tensión arterial, y el organismo puede retener líquidos en exceso y no producir suficientes glóbulos rojos. Las alternativas de tratamiento son hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal). (NIDDK. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases).

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. Se utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para purificar la sangre. Durante el tratamiento la sangre pasa por unos tubos al interior del dializador, el cual filtra y retira los desechos y el exceso de agua. Luego la sangre purificada fluye de vuelta al cuerpo por otra serie de tubos. La hemodiálisis se debe hacer por lo general tres veces por semana. Cada tratamiento dura de 3 a 5 horas, o más. Durante el mismo, el paciente puede leer, escribir, dormir, charlar o ver televisión. (NIDDK. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases).

Cómo se Manifiesta la Insuficiencia Renal en el Cuerpo

Para muchas personas, la insuficiencia renal, especialmente a medida que empeora, es como padecer gripe todo el tiempo:

- La persona puede sentirse tan cansada y débil que puede resultarle difícil subir los peldaños de una escalera o dar la vuelta a la cuadra.
- Puede sentir frío constantemente, como si tuviera fiebre.
- Puede tener problemas de concentración o bien olvidarse de las cosas.
- Duerme más tiempo.

Es común pensar que esa persona se sentirá así todo el tiempo, pero estos síntomas se deben, en la mayoría de los casos, a la anemia, una reducción de los glóbulos rojos, que puede tratarse. Debido a la falla del riñón, la persona no elimina fluidos, por lo que es común la hinchazón de los pies y tobillos o manos y cara. Algunas personas incluso no pueden calzarse (zapato). El fluido extra ingresa a los pulmones provocándole dificultad para respirar, y esto algunas veces se confunde erróneamente con asma o pulmonía. Tener mucho fluido en los pulmones puede dañar el corazón, especialmente a aquellas personas con debilidad cardíaca debido a una falla cardíaca congestiva u otros problemas.

Es común el dolor de espalda o de caderas. Es posible que la persona orine pequeñas cantidades en forma continua o se levante durante la noche para orinar. La orina puede ser efervescente o espumosa o bien con sangre. Algunas personas sienten un gusto metálico en la boca, que hace que los alimentos, especialmente la carne, tenga un gusto desagradable. Puede resultar difícil para las personas con insuficiencia renal forzarlos a ingerir proteínas. La respiración de la persona tiene olor a amoníaco, que se acumula en la sangre cuando los riñones no funcionan.

Cada persona es diferente. Algunas tiene unos pocos síntomas mientras que otras tienen todos los síntomas. Otros insisten en que se sienten bien y la insuficiencia

renal sólo puede detectarse a través de los análisis de sangre. (<https://ultracare-dialysis.com>)

Complicaciones posibles

Los problemas con el acceso venoso son las razones más comunes de hospitalización. Entre los problemas frecuentes están las infecciones, la obstrucción por coágulos y el mal flujo sanguíneo. Estos problemas pueden impedir que el tratamiento funcione. Es posible que haya que hacer repetidas cirugías para obtener un acceso que funcione correctamente. Otros problemas pueden ser ocasionados por cambios rápidos del equilibrio de agua y de algunas sustancias químicas del organismo durante el tratamiento. Puede evitarse muchos de los efectos secundarios consumiendo una dieta adecuada, limitando la ingestión de líquidos y tomando los medicamentos que le son formulados al paciente. (NIDDK. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases).

Dieta para pacientes de hemodiálisis

En todos los centros de diálisis hay un nutricionista disponible para ayudar al paciente a planear sus comidas según las indicaciones del médico. Al escoger alimentos, se debe recordar lo siguiente:

- Comer cantidades balanceadas de alimentos con alto contenido de proteínas.
- Controlar la cantidad de potasio, es un mineral que se encuentra en sustitutos de la sal, en algunas frutas. El exceso de potasio puede ser peligroso.
- Limitar la cantidad de líquidos. Cuando los riñones no funcionan, el agua se acumula rápidamente en el cuerpo.
- Evitar la sal. Las comidas saladas provocan sed y hacen que el cuerpo retenga agua.
- Limitar alimentos como leche, nueces y bebidas colas oscuras, ya que contienen grandes cantidades de un mineral llamado fósforo. El exceso de fósforo en la sangre hace que el calcio salga de los huesos, lo que los vuelve débiles y frágiles. Para evitar

problemas de los huesos, es posible que el médico le formule medicamentos. (NIDDK. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases),

3.3. El impacto de la insuficiencia renal crónica y de los tratamientos

La Insuficiencia Renal Crónica no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos (Levenson y Glochesiki, 1991; Kurtin, Davies, Meyer, DeGiacomo y Kantz, 1992).

El impacto de la enfermedad puede ser directo, indirecto y derivado de consecuencias secundarias. El impacto directo ocurre cuando determinados elementos del tratamiento entran en conflicto con el estilo de vida y las actividades que desarrollaba el paciente antes de la aparición de la enfermedad. El impacto indirecto se refiere a los cambios que se producen en las relaciones familiares y sociales, asociados a los comportamientos de otras personas relacionadas con el enfermo. Las consecuencias secundarias ocurren cuando, influido por los factores anteriormente mencionados, el paciente disminuye las actividades que realiza y la posibilidad de obtener gratificaciones con ellas (Devins et al., 1983; 1997).

3.4. Adaptación a la enfermedad crónica

Kübler-Ross (1969) propone un modelo secuencial de cinco fases que, según ella, es seguido por la gente en trance de morir. La investigación posterior (Kalish 1985; Zisook y otros 1995) no apoya la creencia de que el proceso de ajustarse al acto de morir sigue la secuencia propuesta, pues en la mayoría de los casos las emociones y los patrones de ajuste fluctúan: unas personas pasan por una fase determinada (rabia, por ejemplo) más de una vez, otras experimentan distintas reacciones emocionales al mismo tiempo y hay quienes parecen saltarse las fases. La misma evidencia parece

indicar que las personas que alcanzan la fase de “aceptación” de una muerte inminente suelen morir más pronto que quienes no logran alcanzarla. El modelo de Kübler-Ross propone las siguientes fases:

Negación. Frente al diagnóstico de la enfermedad y ante el pronóstico de muerte, la persona se rehúsa a creer que el asunto tenga algo que ver con ella. El paciente terminal suele asumir que en alguna parte se cometió un error, que los reportes médicos están equivocados o que las pruebas clínicas se refieren a otra persona. La fase de negación suele movilizar a los pacientes a buscar una segunda opinión, pero muy pronto esta fase se desvanece para dar paso a otra de indignación, hostilidad y rabia.

Rabia. De pronto el paciente terminal se da cuenta de que su situación es realmente seria y entonces se convierte en una persona iracunda, unas veces plena de resentimiento hacia quienes lucen saludables y otras veces estallando en toda clase de recriminaciones y denuestos, echando la culpa de su situación a sí mismo, a la familia, la enfermera, el médico y a casi todo el mundo, Dios incluido.

Negociación. En esta fase el enfermo intenta alterar de algún modo su condición por la vía de un acuerdo que, generalmente, se establece con Dios. El paciente se abre a un rimerio de promesas de cambiar, de mejorar, de hacer las cosas en lo sucesivo de modo diferente, que parecen ser la alternativa viable hacia su intenso deseo de mejorar.

Depresión. Ocurre cuando los acuerdos no alteran el panorama y las promesas no funcionan. Simultáneamente, el tiempo se acaba. El paciente suele remitirse entonces a una revisión de las cosas inconclusas del pasado y las que no van a realizarse en el futuro. La traducción de todo esto es la desesperanza y con ella surge la fase depresiva.

Aceptación. Cuando el paciente permanece enfermo durante largo tiempo, seguramente logrará alcanzar esta última fase. La depresión deja de ser un problema y el enfrentamiento de la muerte podrá sobrevenir en calma y tranquilidad. El tipo de apoyo familiar ofrecido debe estar orientado hacia la cancelación final de sentimientos negativos y temores.

3.5. DEPRESIÓN

“El término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son anormales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz”. (Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason. 2006. Pág. 333).

Para el especialista la depresión es un estado psicológico anormal producido tanto por factores exógenos (adquiridos) como endógenos (bioquímico, inmotivado, hereditario), entre los cuales cabe un espectro intermedio de posibilidades que se mueven en esos dos polos. Por eso hablamos de depresiones predominantemente endógenas y otras preferentemente reactivas o exógenas. Por ejemplo, se puede hablar técnicamente de personalidad depresiva y predepresiva, ya que existen personas que debido a factores hereditarios y ambientales parecen predispuestas a sufrir este mal. (Enrique Rojas, 2006. Pág. 30).

En la depresión se presentan síntomas como pesadumbre, sentimiento de minusvalía, desvalimiento, desesperanza, pesimismo. (Mario Argandoña, Pp. 374-375, Manual de Psicopatología).

La depresión clínica puede ser leve, moderada, o severa. Algunas personas experimentan síntomas muy intensos por unas cuantas semanas o meses, mientras que otras pueden tener síntomas menos severos que pueden durar muchos meses o años. Aunque algunas personas se recuperan de la depresión por si mismos, muchos sufren de la depresión por semanas, meses, o incluso años. La depresión clínica puede ser *aguda*, durando varias semanas o meses, o *crónica*, durando varios años. El tiempo que dura la depresión, depende de la severidad de los síntomas, si se busca tratamiento, cuando se busca el tratamiento, y factores personales.

En el nivel de depresión leve existen pocos síntomas más que los mínimos requeridos para el diagnóstico, y el deterioro laboral o social existente es pequeño.

En la depresión moderada, la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

En la depresión grave, los síntomas interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. (Kammer, 1984)

También podemos mencionar, como se indica en el DSM-IV-TR, que en el paciente con depresión el intento de suicidio o el suicidio es elevado.

3.5.1. Depresión y Enfermedad Orgánica

Dado que el médico centra su atención en la entidad orgánica, puede pasar por alto la detección de una depresión. Sin embargo, la depresión no sólo requiere tratamiento por su razón de ser, sino porque afecta desfavorablemente el curso y destino de la enfermedad somática. La depresión puede producir una exageración de los síntomas, aun los de un trastorno orgánico menor. Por ejemplo, los pacientes con trastornos gastrointestinales (con los cuales se asocia con frecuencia la depresión) pueden sentir mayor dolor o náusea de lo que podría esperarse por la severidad de la patología.

Un paciente que se encuentra deprimido también puede no responder al tratamiento, demorando la recuperación y la rehabilitación. La depresión podría ser una respuesta

al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes, predispuestos, o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar una depresión.

Se sabe que algunas medicaciones y enfermedades orgánicas pueden imitar o, directamente, generar una depresión, por ej., el carcinoma de páncreas puede simular una depresión, pero detrás de la enfermedad puede haber una depresión “genuina” o puede surgir a consecuencia de ella. Se confunden la interdigitación de la enfermedad orgánica y la depresión, y también confunde la enfermedad, al paciente y al médico. Los síntomas somáticos de la depresión no son “fantasías”, sino que se siente. La depresión es tanto un trastorno fisiológico como un trastorno psíquico. La mejor garantía para establecer un diagnóstico de depresión cuando los síntomas son fundamentalmente somáticos es el tener una mente intuitiva.

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes, predispuestos, o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas, precipitando una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Es evidente que la depresión no sólo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña y, además ocupa cualquier posición posible en relación con ella. (Dr. Ricardo Rozados)

3.6. ANSIEDAD

Los estados de ansiedad fóbicos y los trastornos psíquicos fueron clasificados por Celan (1982) en dos categorías:

La ansiedad endógena aparece en sujetos con predisposición genética en forma de episodios de síntomas de ansiedad de intensidad variable, que en caso de cronificarse favorecerían la aparición de la conducta fóbica.

La ansiedad exógena, se diferencia de la endógena por su origen como respuesta a los conflictos ambientales y sólo aparece ante un determinado estímulo o situación. (citado por: J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer, 2000, pág., 148).

Para Enrique Rojas la ansiedad endógena es la ansiedad propiamente dicha, proveniente de los sentimientos vitales, de ese estrato llamado la vitalidad en donde parece que confluyen lo somático y lo psíquico (Enrique Rojas, 1989 pág. 51)

El nivel de ansiedad leve se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo las personas conservan la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico una leve puede provocar un incremento y sensación de malestar y agotamiento físico.

Un nivel de ansiedad moderado provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos.

El nivel de ansiedad grave se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar, taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.

Nove de Martí, María de D. Lluch. Pág. 166).

Ansiedad normal y patológica. La ansiedad y preocupación, son parte normal de la vida. Ya sea por un trabajo o un evento deportivo, la mayoría de la gente se preocupa, aunque sea un poco, por cómo van a resultar las cosas. No sólo la ansiedad es una emoción humana común, sino que un monto moderado de ansiedad puede ayudar a la gente a, por ejemplo, realizar un trabajo asignado, o dar un discurso. Pero, una

ansiedad excesiva es una enfermedad que puede quebrar la vida de las personas, interfiriendo en la forma de actuar y desencadenando cierta incomodidad física. (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad. www.ansiedad-aata.org.)

3.6.1. Ansiedad y enfermedad crónica

Muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico. Por lo general, eso suele suceder en enfermedades graves, importantes, de envergadura, donde existe un riesgo vital auténtico. Sobre todo al inicio de la enfermedad hay que tener presente que la fuerte preocupación por la enfermedad que se padece colabora en buena medida en su desencadenamiento (ansiedad), ya que de ahí se derivan pensamientos entorno al futuro, a la muerte, a la trayectoria personal, a la familia y a tantas cosas como en esos momentos empiezan a circular por su mente.

La biología actúa desencadenando ansiedad de dos maneras fundamentales: a) La ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad: lo cual es relativamente frecuente en la demarcada gravedad. Como ser en algunas enfermedades lo que está en primer plano es el dolor crónico que no cede. b) La ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso. Suele ser la elaboración psicológica que se produce tras ese padecimiento. (Enrique Rojas, 1989. Pp. 43-45).

Las características de la Insuficiencia Renal Crónica y sus tratamientos parecen predisponer para la aparición de ansiedad, debido a la presencia constante de situaciones amenazantes en la vida de estos enfermos (Echeburúa, 1993; Lock, 1996). La ansiedad podría encontrar como fuente de aparición: los repetidos pensamientos de preocupación del paciente con respecto a su salud, temor a las primeras sesiones de hemodiálisis, aflicción o dificultad en su adecuación a los tratamientos. Experimentar tensión por los cambios que se dan en su familia, por su situación

laboral. Complicaciones derivadas de la enfermedad y de la diálisis. (Koch y Muthny, 1990).

3.6.2. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica

Diversos estudios demuestran que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal presentan algún grado de depresión y ansiedad. En un estudio se evaluó la calidad de vida relacionada con depresión en 123 pacientes de los cuáles 45 recibían tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria; no obstante, todas las personas incluidas en hemodiálisis estuvieron en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Para los resultados de calidad de vida se hizo una comparación de las calificaciones obtenidas en la muestra de pacientes con insuficiencia renal terminal con la población sana, encontrando que las mayores puntuaciones correspondieron a la población sana y las menores puntuaciones a los pacientes. En depresión encontraron que más del 50% tenía algún grado de depresión, siendo esta variable el predictor de calidad de vida más consistente. (Rosalba Morales-Jaimes y colaboradores, 2007).

En otro trabajo se evaluó el bienestar psicológico en 35 pacientes, tomando en cuenta como factores de bienestar psicológico la ansiedad y la depresión, y otros factores relacionados al tratamiento de hemodiálisis. Los resultados indican que el 71% presenta ansiedad, 40% depresión severa. El 97% de los pacientes manifestaron renuencia a otro tipo de tratamiento, perciben la hemodiálisis como un tratamiento con el que tienen una mejoría rápida y buena de su padecimiento. (Norma Ortega Madrigal, M^a. Corona, 2002).

El objetivo de una investigación fue analizar las alteraciones psicopatológicas en 88 pacientes mayores y compararlos con un grupo control de mayores diabéticos. Los resultados indican que la prevalencia de trastornos cognitivos es significativamente mayor en los pacientes sometidos a diálisis que en los diabéticos. La patología

depresiva diagnosticada es importante (36% diabéticos y 31,8% en los dializados). (Alberto Castellón, Ramona Rubio Herrera, Carmen Villaverde, Sebastian Cerezo, 2000).

Otro trabajo se enfocó en la evaluación de la calidad de vida en 60 pacientes (con el SF-36). En conclusión, menciona que el perfil de los pacientes no difiere notablemente de la población general en las diferentes dimensiones del instrumento, señala que las puntuaciones más bajas son en función física, vitalidad y salud general, pero mejores puntuaciones en función social y salud mental. (F. Martín, A. Reig, F. Sarró, R. Ferrer, D. Arenas, F. González, T. Gil).

Valderrábano, Fernando; Sanz, Dámaso; López, Juan Manuel; Jofre, Rosa María; Vázquez, Isabel y Moreno (2001), investigaron las diferencias en la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis en función del sexo del paciente. La muestra estaba formada por 194 pacientes. La mayor cantidad de mujeres presentan niveles más altos de ansiedad y algún tipo de sintomatología depresiva que los hombres. En las variables de apoyo social tanto en las referidas a la cantidad de apoyo social como en las referidas a la satisfacción social, las puntuaciones obtenidas por las mujeres fueron, en general, ligeramente inferiores a las de los varones.

F. W. García Valderrama, C. Fajardo, R. Guevara, V. Gonzáles Pérez y A. Hurtado (2002). Investigaron si los síntomas depresivos o ansiosos son responsables de la mala adherencia a la dieta y restricción de fluidos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Se evaluaron 88 pacientes. La frecuencia de síntomas depresivos fue 61,4%, síntomas ansiosos 52,3%.

Marcelino Rojas (1989), estudió la Percepción de la atención de enfermería de los pacientes frente a sus reacciones emocionales (ira, negación, cólera y otros). También se tuvo en cuenta las variables depresión y ansiedad. La muestra fue de 50 pacientes. El mayor porcentaje de pacientes presentó niveles de ansiedad y depresión en límites

normales. Los sujetos poseen una tendencia medianamente favorable sobre la Percepción de la Atención de Enfermería que reciben frente a sus reacciones emocionales más frecuentes. Los resultados no demuestran relación significativa entre los niveles de ansiedad o Depresión y la percepción de la atención de Enfermería.

3.7. AUTOESTIMA

Para el humanista Carls Rogers, la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados.

Los componentes de la autoestima son: El componente cognitivo que supone que la persona debe actuar sobre “lo que piensa” para modificar pensamientos negativos e irracionales y sustituirlos por pensamientos positivos y racionales. El componente afectivo que implica que la persona debe actuar sobre “lo que siente”, sobre las emociones y sentimientos que tiene acerca de sí misma. El componente conductual, que supone que la persona debe actuar sobre “lo que hace”, estos es, sobre el comportamiento, para modificar sus actos. (Citado por Walter Herrera. Pág. 11).

3.7.1. Autoestima positiva y negativa

Indicios positivos de la buena autoestima

Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos, aun cuando encuentre oposición.

Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, sin sentirse culpable cuando a otro no les parezca bien lo que haga.

No pierde tiempo preocupándose en exceso por lo que le haya ocurrido en el pasado ni por lo que pueda ocurrirle en el futuro. Aprende del paso y proyecta para el futuro, pero vive intensamente el presente, el aquí y ahora.

Tiene una confianza básica en su capacidad para resolver sus problemas, sin dejarse acobardar fácilmente por fracasos y dificultades. Y está dispuesto a pedir ayuda de otros cuando realmente lo necesita.

Como persona se considera y se siente igual que cualquier otra persona, ni inferior ni superior, sencillamente, igual en dignidad; y reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.

La persona da por supuesto que es interesante y valiosa para otros, al menos para aquellos con quienes se asocia amistosamente.

No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesto a colaborar con ellos si le parece apropiado y conveniente.

Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos y pulsiones, tanto positivos como negativos, y está dispuesto a revelárselos a otra persona, si le parece que vale la pena y así lo desea.

Es capaz de disfrutar con las más diversas actividades, como trabajar, leer, jugar, charlar, caminar, holgazanear, etc.

Es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás; respeta las normas sensatas de convivencia generalmente aceptadas, y entiende que no tiene derecho (ni lo desea) a medrar o divertirse a costa de otros.

(D.E. Hamachek. 1971. Citado por J. V, Bonet. Pp. 29-30)

Indicios negativos de la baja autoestima

Autocrítica rigorista, tendente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo mismo.

Hipersensibilidad a la crítica, que le hace sentirse a una persona fácilmente atacada y a experimentar resentimientos pertinaces contra sus críticos.

Indecisión crónica, no tanto por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.

Deseo excesivo de complacer: no se atreve a decir “no”, por temor a desagradar y perder la benevolencia del peticionario.

Perfeccionismo, o autoexigencia de hacer “perfectamente”, sin un fallo, casi todo cuanto intenta; lo cual puede llevarle a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

Culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo.

Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, que le hace estallar fácilmente por cosas de poca monta.

Actitud supercrítica; casi todo le sienta mal, le disgusta, le decepciona, le deja insatisfecho.

Tendencias depresivas: tiende a verlo todo negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo; y es proclive a sentir una inapetencia generalizada del gozo de vivir y aun de la vida misma.

(J. Gill, 1980. Citado por J. V. Bonet. Pp 30-31)

Se plantea que la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, asilamiento, poca necesidad de amar y pasividad. Mientras que las personas con alta autoestima se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimiento de control sobre sus circunstancias, menos ansiosos y mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo. (Lungren, 1978). Un nivel bajo de autoestima trae como consecuencia la necesidad de aprobación y dependencia, la ansiedad, la depresión, la sumisión, un estado pobre de salud, la apatía, los sentimientos de impotencia, el aislamiento y la pasividad (Branden, 1989)

3.7.2. Autoestima en pacientes con insuficiencia renal crónica

Son pocos los estudios realizados sobre autoestima en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en estos trabajos se destaca la disminución del nivel de autoestima en los pacientes con insuficiencia renal crónica; actualmente la autoestima se considera como una variable de importancia en las personas.

Vayot Agustin. (1998), llevó a cabo un estudio con una muestra de 76 sujetos en proceso de hemodiálisis. Encontró que la variable de mayor peso en los pacientes con insuficiencia renal crónica era la baja autoestima que correlacionaba con un bajo nivel de escolaridad.

El tratamiento de diálisis puede afectar la autoestima del paciente y hacerle sentir poco atractivo o deseable para su pareja. Los cambios en el cuerpo del paciente debido a la diálisis y el no sentirse bien físicamente pueden hacerle perder el interés en la intimidad. Pero las relaciones son mucho más que sexo y la intimidad puede tomar muchas formas. Tomarse de las manos, dar un paseo tranquilo, recordar y compartir momentos especiales, pueden ayudar al paciente y a su pareja a comprender lo que es realmente importante en su relación. (www.ultracare-dialysis.com/engine/renderpage.asp)

3.8. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La Teoría Sistémica es la principal teoría utilizada para comprender la dinámica familiar. Según esta teoría la unidad familiar sería un sistema interaccional formado por subunidades o subsistemas. Los subsistemas serían las personas que se comunican unas con otras y será el lazo que mantiene unido al sistema. (Bertalanffi L.,1976).

Una familia responde a los cambios internos originados en la evolución de sus propios miembros y también por la presión exterior, originada en los requerimientos para acomodarse a las situaciones sociales significativas que influyen sobre los miembros de la familia. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad. (Salvador Minuchin, 1974. Pp. 87-90).

Las principales funciones de la familia consisten en brindar apoyo a sus miembros. Cuando uno de estos se encuentra afectado como ser por una fuerza de estrés extrafamiliar los otros miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, deben definir con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. (Salvador Minuchin, 1974. Pp. 88-99).

Una familia es disfuncional cuando presenta dificultades en: a) No se transforma a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. b) La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas (formas de interacción entre los miembros de una familia), cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. c) Una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia, pero si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

(Salvador Minuchin, 1974. Pp.106-107).

Para M. Bowen, una familia disfuncional presenta síntomas. Los síntomas que aparecen en la familia son siempre prueba de disfunción, ya aparezcan con carácter emocional, físico, conflictivo o social. Se han logrado resultados alentadores cuando se ha tratado de ver los síntomas emocionales como pruebas de disfunción familiar, más que como fenómenos intrapsíquicos. (Murray Bowen, 1979. Pp. 20-21).

3.8.1. Familia y enfermedad crónica

En el área familiar los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida de la homeostasis familiar anterior a la enfermedad. Puede citarse la pérdida del rol por parte del enfermo y los cambios en el rol que deben asumir los demás miembros de la familia, cambios en las responsabilidades, la separación del entorno familiar (cuando existe la necesidad de hospitalización), problemas de comunicación entre los miembros y distorsiones en la rutinas familiares. (Novel Martí, D. Lluch, 2000. Pág. 241).

Las familias influyen de manera importante en la salud y la enfermedad, los estudios epidemiológicos han demostrado que el apoyo social en particular el de las familias, fomenta la salud. El tipo de apoyo familiar es más importante e influyente sobre la mayoría de las enfermedades crónicas. El apoyo social y el familiar puede dividirse en diferentes tipos:

El instrumental: es la provisión real de servicios por ejemplo acompañar al paciente al hospital.

El apoyo informativo: suele incluir la provisión de información relacionada con la salud, como consejos sobre la necesidad de solicitar asistencia médica.

El apoyo emocional: consiste en escuchar al miembro enfermo de la familia, mostrar empatía hacia él y dar la sensación de que se le cuida y se le tiene afecto.

A pesar de que estas categorías se superponen, el apoyo emocional de la familia es lo que más influye en los resultados relacionados con la salud. Por consiguiente las agencias o servicios sociales que proporcionan apoyo instrumental e informativo no pueden reemplazarlo. (Robert B. Taylor, Alan K. David, 2006. Pp. 27-28).

Las relaciones familiares negativas, críticas u hostiles influyen más en la salud que las relaciones positivas o de apoyo. Los estudios fisiológicos han revelado que los conflictos y las críticas entre los miembros de la familia pueden influir negativamente

en la presión arterial, el control de la diabetes y el sistema inmunitario. (Robert B. Taylor, Alan K. David, 2006. Pp. 27-28).

Sin embargo hay que considerar que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten necesariamente en disfuncional por cuanto éstos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia, los cuales, una vez transcurridos y movilizados los recursos, recobran su homeostasis y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de la disfuncionalidad familiar. (Yolanda Dávila Pontón, 2005).

3.8.2. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica

En un trabajo se estudió el apoyo social y funcionamiento familiar en 74 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Los resultados indican que el 95% son familias funcionales, distribuyéndose de la siguiente forma: Funcional 54% y moderadamente funcional el 41%. Sólo el 5% era disfuncional. Los resultados sobre la percepción de necesidad de apoyo social son variados, pero llega a la conclusión de que existe en los pacientes poca necesidad percibida de apoyo y satisfacción con la ayuda brindada. (Aymara Reyes Saborit, 2003).

3.8.3. RELACIÓN DE PAREJA

La relación de pareja es un apartado específico. Dentro de la psicoterapia de familia merece una atención especial ya que la pareja es la génesis de la familia y cada miembro de la pareja proviene de una familia. En toda pareja existen problemas y conflictos en las diferentes áreas de relación. Es más, el desarrollo y crecimiento de las relaciones de parejas se produce a través de la superación de sucesivas crisis en diferentes momentos del ciclo vital del individuo y de la familia. Muchas de estas crisis lejos de propiciar un obstáculo sano que una vez superado enriquece la relación,

se convierten en problemas que además de generar insatisfacción, incomodidad, etc., pueden causar graves perjuicios emocionales a los miembros de la pareja.

Estas dificultades pueden aparecer en diferentes áreas como son:

En el área emocional; por ejemplo diferencias, en cómo cada miembro muestra al otro su afecto y ternura.

En el área comunicacional; por ejemplo, diferencias en cómo cada miembro muestra al otro su necesidad de ser escuchado, comprendido, valorado, o reconocido.

En el área comportamental; por ejemplo, en cuanto a la distribución de las tareas en el hogar, la economía familiar, o cómo se comparte el tiempo con las amistades o la familia de origen.

En el área sexual; por ejemplo, los encuentros sexuales y la satisfacción y calidad de los mismos para cada miembro.

ZEIT. Psicoterapia y Psicología. (www.zeitpsicoterapia.com)

3.8.3.1. Relación de pareja y enfermedad

El matrimonio es la relación familiar que más influye en la salud incluso después de otros factores, el estado conyugal afecta a la mortalidad global, la mortalidad por enfermedades específicas, las enfermedades terminales, las cardiopatías y la morbilidad. Los individuos casados gozan de mayor salud que los viudos quienes a su vez tienen más salud que los divorciados y los que nunca se han casado. Aquellos que están casados tienen estilos de vida más saludables y menos discapacidades y viven más tiempo. El duelo, la muerte del conyuge aumenta la mortalidad, en especial la de los varones. La separación y el divorcio también se asocia con una morbilidad y una mortalidad mayores. Los estudios de psicoimmunología han puesto de relieve que los varones y las mujeres divorciados y aquellos cuyos matrimonios son poco felices presentan un estado inmunitario peor que aquellos cuyos matrimonios son felices. (Robert B. Taylor, Alan K. David, 2006. Pág. 27).

Una buena relación de pareja beneficia la salud. Los conflictos en la relación inciden en enfermedades cardíacas, inmunológicas e incluso en posibles accidentes de tráfico. Además, los casados tienen una mejor calidad de vida que los solteros y menos probabilidades de morir. Cuando está en pareja y enamorado, el ser humano se siente pleno y lleno de energía. Esa sensación de felicidad no es sólo una ilusión. La causa de este bienestar es la secreción de una serie de hormonas (endorfinas, serotonina, feniletilamina y la oxitocina) que se relaciona con el placer, el sexo y lo que se identifica como el sentimiento del amor. Pero esta descarga de estrés, que contribuye a eliminar estados de depresión y mejorar la calidad de vida, no es el único efecto que produce un romance feliz. Según un estudio de la Universidad de Harvard, las mujeres casadas tienen el 20 por ciento menos de probabilidad de morir de diversas causas, en comparación a las solteras. En tanto, los hombres casados son entre dos y tres veces menos propensos a fallecer de causas como el suicidio o enfermedades cardíacas que los solteros. La directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Mayor, Ana María Zlachevsky, coincide con que "vivir en pareja es una aventura que bien vale la pena experimentar", esto porque "las estadísticas dicen que los casados viven más y tienen una mejor calidad de vida, esto si la relación de a dos no es conflictiva". Asimismo, si la relación en la pareja pasa por una etapa conflictiva y se generan circunstancias con alta carga de estrés, el organismo también puede sufrir las consecuencias. Según un estudio de la Universidad de Utah, las parejas que presentan relaciones problemáticas experimentan endurecimiento de las arterias coronarias, lo que podría generar serios contratiempos cardíacos. Otra investigación de la Universidad de Ohio asegura que una discusión típica de una pareja casada puede retrasar la curación de una herida en al menos un día. Las parejas con alta carga de hostilidad sanaban con índices del 60% más bajos que los que tenían menores niveles de discordia. "Los conflictos generan estrés, ansiedad, depresión, beber excesivo, tomar tranquilizantes y a veces violencia. En términos biológicos inciden en las enfermedades al corazón, inmunológicas, dolores crónicos, e incluso aumentan la probabilidad de accidentes de tráfico". (Ana M^a Zlachevsky).

Los niveles de fertilidad pueden verse reducidos en los hombres y mujeres que tienen insuficiencia renal. Si la paciente quiere tener hijos, debe hablar con su médico antes de buscar un embarazo. El médico puede evaluar su historia clínica anterior y actual, ofrecerle opciones o referirlo a un especialista, de ser necesario. Los hombres con insuficiencia renal han tenido hijos, y las mujeres con insuficiencia renal han dado a luz. Sin embargo, la situación de cada persona es diferente. (<https://ultracare-dialysis.com>).

3.9. SITUACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE

La psicología social destaca la importancia del entorno social de la persona, el entorno social que puede influir en diversos aspectos de la vida de las personas en este caso el de los pacientes.

3.9.1. Influencia de la enfermedad en el aspecto social

En el área social los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el cambio o pérdida de status (cuando la enfermedad) conlleva la pérdida o cambio en el empleo o cambios en el nivel económico, alejamiento social por la enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales. (Novel Martí, D. Lluch, 2000. Pág. 241).

La importancia del apoyo social y familiar está relacionado con el cuidado y la adhesión al tratamiento, aunque hay que tratar de no confundir apoyo social con sobreimplicación y ayuda con sobreprotección.

3.10. SITUACIÓN LABORAL DEL PACIENTE

Sundstrom (1987), a partir del enfoque de la Psicología Ambiental, ha elaborado una conceptualización del ambiente laboral en la que distingue tres niveles: el ambiente

individual, constituido por elementos físicos del entorno del trabajo; el ambiente social, formado por el conjunto de relaciones interpersonales, y el ambiente organizacional que incluye aspectos de estructuración de unidades de trabajo, grupos, etc. Según este autor, cada uno de esos niveles está relacionado con diferentes resultados tanto individuales (satisfacción) como organizacionales (rendimiento, etc). (Citado por: Alfonso Sanz Castejón, 2002).

3.10.1. Influencia de la enfermedad en el aspecto laboral

En el área laboral, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobre todo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar debiendo recibir una pensión que lo transforma en un discapacitado, con las importantes repercusiones psicológicas y sociales que esto conlleva. (Discusión Board. Bettina Caporale).

Los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. La enfermedad no es sólo la causante de la pérdida de trabajo, sino cómo está montada la trama laboral para que haya mayor rentabilidad en la empresa. El paciente con insuficiencia renal crónica supone una baja rentabilidad en su trabajo lo que dificulta las relaciones laborales. La dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unida a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, generando estas dos consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia. ([Carlos Haya](#)).

Según la Organización Mundial de la Salud, la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque ésta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico. El problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral. Todo esto lleva consigo la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la familia son menores de edad o están estudiando, no teniendo por ello la cualificación y preparación suficiente para desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo. El paciente con insuficiencia renal crónica padece un déficit en su economía en uno de los momentos de su vida que más necesita el aporte económico. Hay un aumento de los gastos extra generados por su propia patología como pueden ser: Dieta alimenticia, tratamiento de fármacos, desplazamientos a tratamiento y en ocasiones cambio de domicilio por aproximación al centro de tratamiento. Hay una preocupación clara del paciente de carácter económico que le hace dudar en el poder adquisitivo de su futura pensión, debido a la falta de incremento de la misma en relación con el aumento del coste de la vida y los gastos que genera la propia enfermedad. ([Carlos Haya](#)).

4.1. Tipificación de la investigación:

Área de estudio

El trabajo se enmarca en el área de la psicología clínica. Porque se realiza una evaluación a los pacientes con enfermedad crónica con la finalidad de determinar los posibles problemas psicológicos que se pueden presentar en estos pacientes como ser la ansiedad y la depresión, además de evaluar otros aspectos concernientes a la vida del paciente como su situación laboral, social y familiar. Proceso de evaluación que al final posibilitará un diagnóstico.

Tipo de estudio

El estudio es **exploratorio-aproximativo**, porque en nuestro medio no se han realizado estudios en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. El trabajo de investigación a efectuarse en este tipo de pacientes en la ciudad de Tarija sería un primer estudio.

El estudio es **descriptivo**, porque se busca especificar cómo se presentan o comportan las distintas variables objeto de estudio como son la depresión, la ansiedad, la autoestima y de las variables familiar, social y laboral.

El diseño del trabajo es un estudio de **casos**, porque se realizó un estudio de nueve pacientes, los cuales tienen características homogéneas, es decir, todos son pacientes con enfermedad renal crónica y están en tratamiento de hemodiálisis. Mertens (2005) define el estudio de caso como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad; que es visto y analizado como una entidad. En estos estudios se busca obtener mucha información en una o pocas unidades, el caso es evaluado de manera completa y profunda, para ello se utilizan varias técnicas en la recolección de datos. En el presente estudio se emplea una batería de tests y entrevista

semiestructurada. con lo que se recabará mayor información de los pacientes. En los estudios de caso el análisis es individual y con fines comparativos puede hacerse a nivel colectivo.

El estudio es **cualitativo**, porque se indaga el aspecto individual de los pacientes para comprender mejor la situación del paciente en relación a su enfermedad. En el análisis de datos no se emplean procesos estadísticos. Esta metodología ofrece una perspectiva más comprensiva de lo que se estudia y proporciona un método más interpretativo y reflexivo. Por el uso de instrumentos que contienen escalas, el trabajo tendría características cuantitativas, pero muchos de los instrumentos utilizados en psicología tienen estas características; en el presente estudio estos instrumentos servirá para precisar los datos que se recogerá de los pacientes. El estudio es **transversal**, porque no se estudió una evolución del fenómeno a través del tiempo.

4.2. Población

Población: Todas las personas con enfermedad renal crónica de la unidad de hemodiálisis del H.R.S.J.D.D. actualmente asisten a la unidad de hemodiálisis, 14 pacientes de los cuales 10 son hombres y 4 son mujeres, la edad del paciente más joven es de 24 años y del mayor 78 años, según datos proporcionados por los encargados de la unidad de hemodiálisis.

Variables de selección:

- Tener enfermedad renal crónica
- Estar en tratamiento de hemodiálisis
- No estar hospitalizado
- Pacientes que no tengan graves problemas de salud

No es necesario delimitar una muestra por tratarse de un estudio de casos de tipo cualitativo. Se estudió a 9 pacientes que representa el 64% de la población. Al inicio de la investigación se consideró a todos los pacientes en el estudio; sin embargo, debido al deterioro de salud de algunos pacientes, estos no pudieron participar del estudio y por tanto no se les pudo aplicar las pruebas. Muchos de los problemas de salud que son causa directa de la enfermedad son la sordera, la ceguera y principalmente el cansancio que es propio de esta enfermedad; el paciente se siente muy cansado y le cuesta mucho poder realizar actividades. A todo esto se debe agregar la edad avanzada que tenían varios pacientes, quienes eran los que mayormente presentaban más problemas de salud. Al final el grupo de estudio quedó conformado de nueve pacientes a los que seleccionó de manera intencional.

Características del grupo de estudio

Edad	Hombres	Mujeres
20-39	0	1
40-59	2	2
60-79	3	1
Total	5	4

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos:

A continuación se presenta los métodos y técnicas que se han empleado para la recolección de datos.

MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Tests Psicológicos	Inventario	Inventario de depresión de Beck
		Test de Ansiedad de Rojas
		Inventario de Autoestima Forma 35-B
		Test de percepción del funcionamiento familiar
Entrevista oral	Semiestructurada	Cuestionario para evaluar: Relación de pareja. Aspecto social y laboral

a) **Inventario de depresión de Beck:** Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión. Su autor es Aaron T. Beck., Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Este instrumento se utilizará para evaluar el nivel de depresión de los pacientes y de esta manera concretar el primer objetivo del estudio.

b) **Test de ansiedad de Rojas:** Su autor es Enrique Rojas. Evalúa la ansiedad en base a cinco dimensiones: físicos, psicológicos, conducta, intelectuales, asertivos. El instrumento está compuesto de 100 ítems, 20 por cada dimensión. Las opciones de respuesta son *No* cuando no presenta el síntoma y *Si* cuando presenta el síntoma con opciones de respuesta de 1 a 4 que es de menor a mayor intensidad. Tiene una escala de 0-20; 20-30; 30-40; 40-50; 50 , que respectivamente corresponde a normal, ligera, moderada, grave y muy grave. Se utilizará el test de ansiedad de Rojas para evaluar el nivel de ansiedad de los pacientes y de esta manera concretar el segundo objetivo del estudio.

c) **Inventario de autoestima Forma 35-B:** Evalúa el nivel de autoestima. Está compuesto de 50 preguntas y se responde con las alternativas “0” es mentira, “1” tiene algo de verdad, “2” creo que es verdad y “3” estoy convencido que es verdad. Para su corrección se restan los puntajes impares de los pares y el total se clasifica en la escala de autoestima con niveles de óptima, excelente, muy buena, buena regular, baja, deficiente, muy baja, extrema y nula. Las puntuaciones se ubican en una escala que va de -75 a 75 puntos. Se utilizará este instrumento para alcanzar el tercer objetivo del estudio, porque con este instrumento se evaluará el nivel de autoestima de los pacientes.

d) **Test de percepción del funcionamiento familiar:** Instrumento elaborado en Cuba en 1994, por De la Cuesta D., Pérez E. Louro I. Y Bayarre H. para evaluar la percepción del funcionamiento familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar. Posee Validez y una Confiabilidad de 0.94. Tiene una escala de 70-57; 56-43; 42-28; 27-14 que respectivamente corresponde a familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Este instrumento se utilizará para evaluar el funcionamiento de la familia del paciente. Con el empleo de esta prueba se logrará alcanzar el cuarto objetivo del estudio.

e) **Cuestionario para evaluar: Relación de pareja. Aspecto social y laboral.** Las preguntas del presente instrumento se aplicará a los pacientes con insuficiencia renal crónica en forma de entrevista. La entrevista conducida en forma metódica y sistemática, suministra material para la investigación y para el diagnóstico (Berndorf, König). Con la técnica de la entrevista semiestructurada se mantienen las preguntas centrales durante la entrevista, pero el mismo permite al paciente libertad de expresión durante la entrevista lo que permite recabar datos adicionales. Las

preguntas de la entrevista que se ha elaborado hacen referencia a la situación del paciente respecto a cómo era su situación antes de contraer la enfermedad y cómo es en la actualidad. Con esta técnica se recabará datos sobre la relación de pareja, el aspecto social y laboral de los pacientes, con lo que se alcanzará el quinto, sexto y séptimo objetivo del estudio respectivamente.

4.4 Procedimiento:

El desarrollo del estudio estuvo compuesto de las siguientes fases:

Fase I: Contacto con las instituciones y personas vinculadas al estudio. Primeramente se coordinó con los encargados de la unidad de hemodiálisis para tener acceso a la población de estudio. Luego se contactó con los pacientes para explicarles en qué consiste el estudio que se pretende realizar y se les sugirió que participaran en el mismo. Después se procedió con la recogida de datos.

Fase II: Prueba piloto. Se aplicó la entrevista a los pacientes para averiguar qué preguntas de la entrevista presentaban dificultades, o eran muy extensas y sobre todo si las preguntas eran o no comprensibles para los pacientes.

Fase III: Reformulación de la entrevista. En esta parte se aclaró algunas de las preguntas de la entrevista que no presentaban una completa comprensión para el paciente. Entonces se agregó ejemplos a las preguntas que presentaban mayor dificultad de comprensión o que eran muy generales para el paciente.

Fase IV: Selección del grupo de estudio. Como es un estudio de casos de tipo cualitativo, para conformar el grupo de estudio se consideró primeramente a todos los pacientes, pero debido a los problemas de salud que presentaban algunos pacientes sólo se trabajó con nueve pacientes, quienes pudieron participar del estudio.

Fase V: Aplicación de instrumentos. En la recolección de datos se aplicó primero la entrevista luego, en las siguientes sesiones, los instrumentos de la batería de tests; el primero fue el de depresión, le sigue el de ansiedad, después el test de autoestima y el último el test de percepción del funcionamiento familiar. Cada uno de los instrumentos se aplicó en distintas sesiones, porque los instrumentos más extensos requieren de mayor tiempo para ser completados por el paciente. Los datos se recabaron en la misma unidad de hemodiálisis donde los pacientes reciben tratamiento (porque los pacientes permanecían en este lugar recibiendo tratamiento) entre tres y cuatro horas.

Fase VI: Procesamiento de datos. Se hace el análisis de datos de cada caso estudiado y el análisis de todos los casos en conjunto para llegar a conclusiones finales.

Fase VII: Redacción del trabajo final.

4.5. Cronograma de actividades

En el cuadro se presenta las actividades que se desarrolló durante las diferentes fases del trabajo de investigación.

Fase	Actividad	Mes/2009
I	Contacto con las instituciones y personas vinculadas al estudio	Primera semana de febrero
II	Prueba piloto	Segunda semana de febrero
III	Reformulación de entrevista	Segunda quincena de febrero
IV	Selección de la muestra	Primera quincena de marzo
V	Aplicación de instrumentos	Marzo-mayo
VI	Procesamiento de datos	Agosto-septiembre
VII	Redacción del trabajo final	Septiembre-octubre

Para garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes en el informe se utiliza seudónimos para referirse a los pacientes. En el análisis de los resultados se presenta primero los datos de cada caso y luego se hace el análisis de todos los casos en conjunto.

En la presentación de los casos se expone los resultados de los instrumentos de acuerdo al orden de los objetivos del estudio y se hace el correspondiente análisis de de los mismos. En el análisis se hace una interpretación coherente de los datos y a la vez se trata de enlazar datos, es decir, variables que pueden tener relación con otras variables. En todo momento se tratará de mantener la objetividad del estudio.

Después se hace el análisis del resultado de todos los casos en conjunto para llegar a conclusiones finales. En esta parte se utilizará los resultados de otros estudios para comparar y encontrar consistencias entre resultados. También se recurrirá a las explicaciones que dan otros autores de la variable estudiada.

5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE CADA CASO

Caso 1

Datos generales

Nombre: La paciente A

Fecha de nacimiento: 14 de septiembre de 1948

Lugar de nacimiento: Tarija

Edad: 60 años

Estado civil: casada

Número de hijos: 2

Nivel de instrucción: 5° de Básico

Trabajo antes de contraer la enfermedad: labores de casa

Trabajo durante la enfermedad: labores de casa

Diagnóstico de la enfermedad: hace un mes

Tratamiento de hemodiálisis: 3 semanas

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguna

Nivel socioeconómico: medio

Resultados

Nivel de depresión. En el test de depresión, la paciente obtiene una puntuación de 26, lo que la sitúa en el rango de depresión moderada. En este nivel de depresión los síntomas son más intensos que en una depresión leve que hacen que la paciente deba realizar un gran esfuerzo para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral, doméstica o familiar.

Nivel de ansiedad. En el test ansiedad obtiene una puntuación de 31 que le sitúa en el rango de ansiedad moderada. Este nivel de ansiedad provoca principalmente dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva.

Nivel de autoestima. En el inventario de autoestima obtiene una puntuación de -14 lo que la sitúa en el rango de autoestima baja. Cuando la autoestima en una persona es baja nos indica que la paciente no tiene buena actitud hacia sí misma.

Nivel de funcionamiento familiar. La familia de la paciente es funcional, porque en el test de percepción del funcionamiento familiar obtiene una puntuación de 64, que en la escala corresponde a familia funcional. Lo que indica que en su familia existen buenas relaciones intrafamiliares.

Relación de pareja. La comunicación de la paciente con su pareja disminuye desde que contrae la enfermedad. Antes de su enfermedad la comunicación con su pareja era regular, pero desde la enfermedad, la paciente menciona que la comunicación con su pareja es muy mala. Los conflictos o desacuerdos en la pareja aumentan aún más desde la enfermedad, la paciente menciona que ahora siempre se dan desacuerdos y conflictos con su pareja.

La paciente también menciona que casi nunca realizan actividades sociales con su pareja y no se dieron cambios desde la enfermedad de la paciente. El apoyo emocional o afectivo es otro de los aspectos importantes en una relación; la paciente menciona que recibe poco apoyo afectivo de su pareja. En cuanto a la comprensión que recibe de su pareja (comprensión de sus opiniones, lo que piensa), indica que es regular, esto nos vuelve a indicar la difícil situación de la paciente con su pareja. Por tanto, la relación de pareja de la paciente no es nada buena. Esta sería la razón por la que la paciente está viviendo en la casa de su hija. Durante la entrevista menciona: *“estoy en la casa de mi hija.”*

Aspecto social. Las relaciones sociales de la paciente A son pocas, menciona que casi nunca realiza actividades sociales y desde su enfermedad disminuye más porque ahora nunca realiza actividades sociales. Algo que es más favorable para la paciente es que ahora percibe mucho más ayuda social que antes de contraer la enfermedad; menciona que recibe más ayuda de sus familiares pero principalmente de su hija.

Aspecto laboral. La paciente A menciona que se dedica a labores de casa. Actualmente se considera el trabajo del hogar como un trabajo no remunerado. La paciente indica que tiene una satisfacción regular por el trabajo que realiza y desde que tiene la enfermedad indica que su trabajo le parece más dificultoso. Ya no se tomó en cuenta la pregunta sobre las relaciones sociales en el trabajo porque como el trabajo es en el hogar no da esta posibilidad.

Interpretación y análisis de datos

La paciente A es una paciente nueva porque hace un mes que le diagnosticaron la enfermedad y lleva sólo tres semanas en tratamiento de hemodiálisis; se puede ver que la enfermedad ha sido detectada en una etapa muy avanzada o fase crónica. Como es una paciente nueva, el impacto de la enfermedad y de los tratamientos serían mayores, por lo que podría presentar mayor repercusión psicológica por su enfermedad. Como se pudo ver en los resultados, la paciente presenta síntomas de depresión y ansiedad.

La depresión de la paciente A podemos explicarla según lo que expresa Ricardo Rozados, quien menciona que una enfermedad puede producir una exageración de los síntomas, aun los de un trastorno orgánico menor; además, el autor también menciona que una enfermedad puede simular o directamente genera una depresión. De este modo, como lo explica el autor, la depresión de la paciente tendría sus orígenes en la enfermedad misma.

Enrique Rojas (1989), este autor menciona que muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico y que esto suele suceder en personas que tienen enfermedades graves, importantes, donde existe un riesgo vital auténtico. Por tanto, la enfermedad de la paciente le acusaría ansiedad. El autor también menciona que la ansiedad aparece sobre todo al inicio de la enfermedad donde la persona tiene una fuerte preocupación por la enfermedad que padece y esto colabora en buena medida en su desencadenamiento (ansiedad), ya que de ahí se derivan pensamientos entorno al futuro, al fin de la vida misma, a la trayectoria personal, a la familia y a tantas cosas que en esos momentos empiezan a circular por su mente.

Pero no solamente la enfermedad genera ansiedad, también podemos tomar en cuenta otros factores, como menciona Koch y Muthny, 1990; Klang (1996) respecto a la ansiedad. Mencionan que la ansiedad podría encontrar como fuente de aparición: los repetidos pensamientos de preocupación del paciente con respecto a su salud, temor a las primeras sesiones de hemodiálisis, aflicción o dificultad en su adecuación a los tratamientos. En este caso, como la paciente es nueva y recién se inicia en tratamiento de homodiálisis, muchas cosas de los tratamientos le son desconocidos, por tanto, le causarían preocupación.

Para explicar el nivel de autostima de la paciente, recurrimos a J. Gill (1980) y Branden (1989), quienes mencionan que la baja autoestima está relacionada con la depresión; cuando una persona se desestima un rasgo característico del mismo es la depresión. Como la paciente A tiene una baja autoestima, entonces su autoestima está relacionada con la depresión que presenta. También estos autores mencionan que la baja autoestima trae como consecuencia la ansiedad.

La mala relación de la pareja se vería afectada por este cuadro de depresión y ansiedad, pues la comunicación ha sido gravemente afectada por la enfermedad y ha aumentado los problemas o desacuerdos en la pareja. Es imposible que una pareja

funcione o ambos miembros se sientan felices con la relación si no existe una buena comunicación entre ellos. A esto se suma las dificultades en las otras áreas de la relación de pareja, como es el poco apoyo emocional o afectivo que existe en su relación de pareja.

Sin embargo, la familia de la paciente es funcional, esta sería una de las principales razones por la que la paciente no presente depresión y ansiedad de tipo grave o muy grave, por ser la familia la institución que más apoyo brinda y es la que está presente en todo momento de la enfermedad del paciente. La paciente recibe más ayuda de sus familiares principalmente de su hija, la ayuda sobre todo el de tipo emocional es lo que más influye en la salud, sobre todo cuando la ayuda proviene de la familia, como mencionan Robert B. Taylor, Alan K. David.

En las enfermedades crónicas los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el alejamiento social por la enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales. Aunque la paciente realizaba pocas actividades sociales la enfermedad tiende a agravar más este aspecto, porque menciona que ahora nunca realiza actividades sociales por la enfermedad. A esto se debe sumar el tiempo que debe dedicar al tratamiento de hemodiálisis

La paciente A tiene una mala relación con su pareja, pero no tiene una familia disfuncional. Esto nos lleva a pensar que por la mala relación con su pareja podría también tener una familia disfuncional, pero en este caso pese a que la relación de pareja es mala, la familia de la paciente es funcional. En la paciente, el problema con su pareja no estaría afectando a la funcionalidad familiar, porque, como menciona, recibir apoyo de su familia en especial de su hija; entonces, estos factores estarían teniendo mayor significado para la paciente a la hora en que la paciente percibe el funcionamiento de su familia; para la paciente no parece tener gran repercusión la relación negativa con su pareja en el grupo familiar en general, porque ha encontrado

apoyo en su familia y como menciona la paciente “*estoy en la casa de mi hija*”, es como si la paciente en estos momentos su familia cobra mayor importancia pese a que haya impases con su pareja. Como menciona Yolanda D. Pontón (2005): Hay que considerar que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten necesariamente en disfuncional por cuanto éstos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia, los cuales, una vez transcurridos y movilizados los recursos, recobran su homeostasis y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de la disfuncionalidad familiar.

Caso 2

Datos generales

Nombre: La paciente B

Fecha de nacimiento: 7 de noviembre de 1972

Lugar de nacimiento: Villazón

Edad: 36 años

Estado civil: Casada

Número de hijos: ninguno

Nivel de instrucción: 3º Medio

Trabajo antes de contraer la enfermedad: labores de casa

Trabajo durante la enfermedad: labores de casa

Diagnóstico de la enfermedad: hace 3 meses

Tratamiento de hemodiálisis: hace 1 mes

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguno

Nivel socioeconómico: bajo

Resultados

Nivel de depresión: La paciente no presenta depresión porque su puntuación es 8 que en la escala corresponde a depresión ausente. Este resultado nos indica que el estado de ánimo de la paciente no está afectado por la enfermedad.

Nivel de ansiedad: Su puntuación en el test de ansiedad es de 32 que en la escala de ansiedad corresponde a ansiedad moderada. Este nivel de ansiedad aunque no es de tipo grave se caracteriza principalmente por dificultades de atención y concentración como también por la presencia de síntomas a nivel físico.

Nivel de autoestima: En el inventario de autoestima, su puntuación es -2 que en la escala corresponde a baja autoestima, lo que indica una actitud poco favorable que la paciente tiene hacia sí misma.

Nivel de funcionamiento familiar: En el test de funcionamiento familiar su puntuación es 62 que en la escala corresponde a familia funcional, lo que significa que existe una buena dinámica familiar en la familia de la paciente.

Relación de pareja. La paciente menciona que la comunicación con su pareja es buena y no se dieron cambios por la enfermedad. Tampoco se dan cambios en los problemas o conflictos; la paciente indica que nunca existen problemas en la relación de pareja. Pero hay una disminución en las actividades sociales en pareja; antes de su enfermedad la paciente indica que realizaba actividades sociales en pareja de manera regular y que ahora nunca realizan actividades sociales en pareja. Se da un aumento en el apoyo emocional, la paciente indica que ahora recibe mucho apoyo emocional en comparación a antes de su enfermedad donde indica que el apoyo era un poco más regular. También se da un aumento en la comprensión, la paciente indica que ahora recibe mucha comprensión por parte de su pareja, antes de su enfermedad recibía una comprensión regular.

Aspecto social. Las relaciones sociales de la paciente ha disminuido, aunque indica que sus relaciones sociales eran pocas, pero ahora nunca realiza actividades sociales por su enfermedad. No hay cambios en la percepción de ayuda o apoyo social, la paciente menciona que la ayuda social que recibe es regular.

Aspecto laboral. La paciente no trabaja, menciona que se dedica a labores de casa. Al preguntarle cuál es el grado de satisfacción que siente por el trabajo que realiza, menciona que siente una satisfacción moderada, también que el trabajo para ella es fácil.

Interpretación y análisis de datos

La paciente B es la más joven de entre todos los casos estudiados. A una edad relativamente corta está padeciendo de una enfermedad grave. Se puede decir que la paciente es nueva porque hace tres meses que le diagnosticaron de la enfermedad y lleva sólo tres semanas en tratamiento de hemodiálisis, se puede ver que la enfermedad ha sido detectado en una etapa muy avanzada o fase crónica. Al tratarse de una paciente que es nueva, el impacto de la enfermedad y de los tratamientos serían mayores. Se puede ver en los resultados que la paciente no presenta depresión, pero se puede ver que presenta síntomas de ansiedad.

Son llamativas las consecuencias que puede generar una enfermedad. La enfermedad genera movilidad personal. La paciente no es de aquí (Tarija); para poder recibir tratamiento de hemodiálisis tuvo que dejar su ciudad, porque no existe este tipo de tratamiento en los centros de salud de la ciudad de donde viene. Las máquinas que se necesita para poder realizar tratamiento de hemodiálisis son muy costosos y requieren de personal preparado para su manejo, además de los insumos. Al ser máquinas muy costosas, el sistema de salud sólo provee de estos equipos a las principales ciudades de los departamentos del país; de modo que cuando una persona con enfermedad renal crónica no viva en alguna de estas ciudades tendrá que trasladarse a alguna de las ciudades que tiene las máquinas de hemodiálisis.

La paciente que deja su ciudad se ve casi obligada a tener que comenzar de nuevo porque se encuentra en otra ciudad donde tendrá que hacer frente a nuevas situaciones. La paciente menciona que esta viviendo en una casa prestada; pero también aparecen otros acontecimientos por esta situación, así por ejemplo, la paciente tendrá que alejarse de sus familiares, como también de sus amigos, amistades y de las personas que conoce. Pero como menciona la paciente, tiene el apoyo de su pareja en todo momento.

La paciente no tiene depresión. Esto se puede explicar siguiendo el modelo de Kübler-Ross (1969). El modelo hace referencia a que las personas con enfermedad crónica pasan por etapas de adaptación a la enfermedad; estas etapas son la negación, la rabia, la negociación, la depresión y la aceptación. La paciente como no tiene depresión se encontraría en las primeras fases de la enfermedad como ser la fase de negación.

Sin embargo, la paciente tiene ansiedad que es de tipo moderado Según el autor Enrique Rojas, muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico y que esto suele suceder en personas que tienen enfermedades graves, importantes, en donde existe un riesgo vital auténtico. Por tanto, la enfermedad de la paciente le acusaría ansiedad. El autor también menciona que la ansiedad aparece sobre todo al inicio de la enfermedad porque la persona tiene una fuerte preocupación por la enfermedad que padece y esto colabora en buena medida en su desencadenamiento (ansiedad), ya que de ahí se derivan pensamientos entorno al futuro, al fin de la existencia, a la trayectoria personal, a la familia y a tantas cosas como en esos momentos empiezan a circular por su mente.

El nivel de autoestima de la paciente es bajo. Recurriendo a J. Gill (1980) y Branden, (1989), quienes mencionan que un nivel bajo de autoestima trae como consecuencia: la ansiedad, la depresión, un estado pobre de salud, la apatía, los sentimientos de impotencia. Podemos decir que la baja autoestima de la paciente está relacionada con los síntomas de ansiedad que presenta.

En el aspecto social, las relaciones sociales se ven afectadas porque la paciente al estar en otra ciudad ha tenido que alejarse de los amigos y amistades de su ciudad como también de su familia de origen. Las consecuencias de la enfermedad, es este caso, parecen ser más rigurosas.

Pero pese a que se encuentra lejos de su ciudad, tiene el apoyo de su familia y el apoyo de su pareja, porque tiene una buena relación con su pareja y su familia la percibe como funcional.

La familia de la paciente es funcional por lo que la homeostasis familiar no se ve afectada por la enfermedad de la paciente o si en algún momento de la enfermedad de la paciente ha sido afectada, luego habría recuperado su homeostasis. Como la familia es el primer grupo de apoyo para la paciente y como la relación con su pareja es buena, esto puede ayudar a la paciente a hacer mayor frente a los problemas que se le presentan por la enfermedad. Esto también puede estar ayudando a la paciente a que no presente depresión o ansiedad de tipo grave.

Podemos mencionar también el impacto de la enfermedad en otros aspectos de la vida de la paciente. La paciente es la más joven de los nueve casos estudiados por lo que su familia aún es joven, como se pudo observar en los datos la paciente no tiene hijos, este hecho puede haberse afectado por la enfermedad. Como se menciona en <https://ultracare-dialysis.com>, la fertilidad en los hombres y las mujeres puede verse afectada por la enfermedad crónica. Esto podría aumentar el impacto de la enfermedad en la paciente.

Caso 3

Datos generales

Nombre: La Paciente C

Fecha de nacimiento: 4 de diciembre de 1968

Lugar de nacimiento: Chuquisaca.

Edad: 40 años

Estado civil: Casada

Número de hijos: 5

Nivel de instrucción: 1º intermedio

Trabajo antes de contraer la enfermedad: Agricultura (Ayuda a la familia)

Trabajo durante la enfermedad: No trabaja

Diagnóstico de la enfermedad: hace un año

Tratamiento de hemodiálisis: un mes

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguno

Nivel socioeconómico: bajo

Resultados

Nivel de depresión: La paciente C en el test de depresión obtiene una puntuación directa de 26, lo que le sitúa en el rango de depresión moderada. En la depresión moderada, la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Nivel de ansiedad: El nivel de ansiedad de la paciente es de tipo ligero. En el test de ansiedad obtiene una puntuación de 26 que la sitúa en el rango de ansiedad ligera. Este nivel de ansiedad se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que el estado de percepción y concentración de la persona están incrementados.

Nivel de autoestima: Su autoestima es baja. En el inventario de autoestima obtiene una puntuación de -14 lo que la sitúa en el rango de autoestima baja, lo que indica una actitud poco favorable que la paciente tiene hacia sí misma.

Nivel de funcionamiento familiar: La familia de la paciente es funcional, porque en el test de percepción del funcionamiento familiar obtiene una puntuación de 64, que en la escala corresponde a familia funcional, lo que significa que existe una buena dinámica familiar.

Relación de pareja. La comunicación de la pareja es buena y no se dieron cambios por la enfermedad. La paciente menciona que los conflictos o problemas con su pareja han disminuido desde que contrajo la enfermedad. Que los conflictos en la pareja hayan disminuido es sin duda favorable para la paciente. Uno de los aspectos de la relación de pareja que si ha sido afectado por la enfermedad es la actividad social en pareja, esto ha disminuido; la paciente indica que ahora casi nunca realiza actividades sociales con su pareja y que antes de su enfermedad realizaba estas actividades de manera regular. Hay elementos más favorables en la relación de pareja, la paciente menciona que casi nunca se dan conflictos o problemas con su pareja y que desde que contrajo la enfermedad estos disminuyen, porque ahora nunca se dan desacuerdos o conflictos con su pareja. También es favorable el apoyo emocional y comprensión que la paciente recibe de su pareja; manifiesta que el apoyo emocional y comprensión se dan de manera regular y no se dieron cambios por la enfermedad.

Lo que se acaba de mencionar nos indica que las relaciones de la paciente con su pareja son básicamente buenas porque la enfermedad no ha afectado tan negativamente, más bien hubo una disminución de los conflictos o desacuerdo entre la pareja.

Aspecto social. La paciente manifiesta que nunca realiza actividades sociales, esto es debido a que la paciente siempre se ha dedicado a la actividad rural, siendo su principal grupo social sus familiares. Menciona que no recibe ayuda social, por tanto estos factores se centran principalmente en el grupo de familiares más que en otras personas fuera del círculo familiar.

Aspecto laboral. La paciente antes de su enfermedad trabajaba en actividades rurales, manifiesta que se dedicaba más a la agricultura, ahora por la enfermedad tuvo que dejar de hacerlo. Manifiesta que tenía una satisfacción moderada en su trabajo; el trabajo que realizaba lo describe como muy difícil, esto vendría a ser propio del trabajo rural. Las relaciones sociales en el trabajo son principalmente con el grupo de familiares y parientes.

Interpretación y análisis de datos

La paciente C recién fue diagnosticada de la enfermedad en su fase avanzada, porque hace un años que le detectaron la enfermedad pero recién, es decir, hace un mes que le diagnosticaron de la enfermedad en su fase crónica y tuvo que ingresar a hemodiálisis, por lo que el impacto de la enfermedad y los tratamientos en este momento serían mayores para la paciente.

Otros aspectos a rescatar de la paciente es que por la enfermedad ha tenido que dejar su ciudad o lugar de origen para poder recibir tratamiento de hemodiálisis, porque el servicio de tratamiento de hemodiálisis sólo se lo puede conseguir en los centros de salud de las principales ciudades del país. Las máquinas que se necesita para poder realizar tratamiento de hemodiálisis son muy costosos y requieren de personal preparado. Al ser máquinas muy costosas, el sistema de salud sólo provee de estos equipos a las principales ciudades de los departamentos del país; de modo que cuando una persona con enfermedad renal crónica no viva en alguna de estas ciudades tendrá que trasladarse a alguna de las ciudades que tiene las máquinas de hemodiálisis.

La paciente que deja su ciudad tendrá que hacer frente a otros gastos que en su caso son por consecuencias de la propia enfermedad, porque la paciente al trasladarse de una ciudad a otra deberá lidiar con nuevas situaciones o problemas que se le puedan presentar; en estos momentos, la paciente menciona que vive en una casa alquilada por lo que representa mayor coste de recursos económicos aparte de los gastos que genera la propia enfermedad. También aparecen otros acontecimientos por esta situación, así por ejemplo, la paciente tendrá que alejarse de sus familiares y de las personas que conoce.

La depresión de la paciente se puede explicar según lo que el autor Ricardo Rozados menciona de la depresión en pacientes con enfermedad crónica; la enfermedad puede producir una exageración de los síntomas, y también puede simular o desencadenar una depresión. En la paciente la depresión estaría desencadenada por la la enfermedad misma, a pesar de que hace un año que le detectaron la enfermedad en sus fases iniciales, pero evolucionó a la fase crónica, donde las consecuencias de la enfermedad son mayores y la paciente debe recibir tratamiento de hemodiálisis.

El impacto de la enfermedad y de los tratamientos serían mayores para la paciente, porque recién fue diagnosticada de la enfermedad crónica y su estado de ánimo se ve afectado por el trastorno de depresión.

Otra característica de la paciente es que tiene ansiedad, pero es de tipo ligero, por lo que no representa graves dificultades para la paciente. Según el autor Enrique Rojas, muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico y que generalmente suele suceder en enfermedades graves, importantes, de envergadura, donde existe un riesgo vital auténtico. También menciona el autor que es sobre todo al inicio de la enfermedad cuando la ansiedad más aparece, porque hay que tener presente que la fuerte preocupación por la enfermedad que se padece colabora en buena medida en su desencadenamiento, ya que de ahí se derivan pensamientos entorno al futuro, a la propia existencia, a la

trayectoria personal, a la familia y a tantas cosas que en esos momentos empiezan a circular por su mente.

Pero no solamente la enfermedad genera ansiedad también podemos tomar en cuenta lo que Koch y Muthny (1990) mencionan sobre la ansiedad. La ansiedad podría encontrar como fuente de aparición: los repetidos pensamientos de preocupación del paciente con respecto a su salud, temor a las primeras sesiones de hemodiálisis, aflicción o dificultad en su adecuación a los tratamientos. En este caso como la paciente es nueva y recién se inicia en tratamiento de homodiálisis, muchas cosas de los tratamientos le son desconocidos, por tanto le causarían preocupación.

Como en el anterior caso, la baja autoestima de la paciente la explicamos según lo que plantea el autor J. Gill (1980). Las personas que tienen depresión también tienen una baja autoestima. El autor indica que un rasgo característico de la depresión es la baja autoestima. Un nivel bajo de autoestima trae como consecuencia: la necesidad de aprobación y dependencia, la ansiedad, la depresión, un estado pobre de salud, la apatía, los sentimientos de impotencia, (Branden, 1989)

La familia de la paciente es funcional por lo que la homeostasis familiar no se ve afectada por la enfermedad de la paciente o si en algún momento de la enfermedad de la paciente ha sido afectada, luego habría recuperado su homeostasis. Como la familia es el primer grupo de apoyo para la paciente y como la relación con su pareja es buena, esto puede ayudar a la paciente a hacer mayor frente a los problemas que se le presentan por la enfermedad. Esto también puede estar ayudando a la paciente a que no presente depresión o ansiedad de tipo grave.

La enfermedad ha afectado a su trabajo, porque la paciente se ve obligada a dejar su trabajo (ayudaba en la agricultura a su familia) debido a su enfermedad. Como menciona Bettina Caporale, en el área laboral, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretodo en

las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar y esto generará importantes, repercusiones psicológicas y sociales.

Caso 4

Datos generales

Nombre: El paciente D

Fecha de nacimiento: 26 de marzo de 1940

Lugar de nacimiento: Culpina. Hace 20 años que vive en Tarija

Edad: 69 años

Estado civil: Casado

Número de hijos: 6

Nivel de instrucción: 3° de primaria

Trabajo antes de contraer la enfermedad: Construcción de muebles

Trabajo durante la enfermedad: No

Diagnóstico de la enfermedad: hace un año

Tratamiento de hemodiálisis: 8 meses

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguna

Nivel socioeconómico: bajo

Resultados

Nivel de depresión: El paciente D no presenta depresión. El puntaje que obtuvo en la prueba fue de 8 puntos lo que lo sitúa en el rango de depresión ausente. Este resultado nos indica que el estado de ánimo del paciente no está afectado por la depresión.

Nivel de ansiedad: En el test de ansiedad el paciente obtiene una puntuación de 17 lo que en la escala de ansiedad corresponde a banda normal. La ausencia de trastornos de ansiedad es favorable para el paciente.

Nivel de autoestima: Su puntaje en el inventario de autoestima es 17, lo que lo sitúa en el rango de autoestima regular e indica la buena actitud que el paciente hacia sí mismo.

Nivel de funcionamiento familiar: En el test de percepción del funcionamiento familiar obtiene una puntuación de 65, lo que en la escala corresponde a familia funcional. La familia del paciente es funcional, lo que significa que existe una buena dinámica familiar.

Relación de pareja. No se dieron cambios por la enfermedad en la comunicación de la pareja, el paciente menciona que la comunicación con su pareja es buena. Un cambio favorable que se ha dado desde que el paciente contrajo la enfermedad es la disminución de los conflictos o desacuerdos en la pareja. Pero sucede lo contrario con las actividades sociales en pareja, porque estas disminuyen. En la entrevista el paciente menciona que antes de su enfermedad estas actividades las realizaba de manera regular, pero ahora casi nunca realiza estas actividades por su enfermedad. Hay aspectos más favorables como ser aumenta el apoyo emocional o afectivo hacia el paciente por parte de su pareja desde que el paciente contrajo la enfermedad, antes de su enfermedad el apoyo emocional o afectivo que recibía el paciente era regular, pero ahora menciona que el apoyo emocional que recibe es más que regular. Recibe una regular comprensión por parte de su pareja, no habiendo cambios por la enfermedad.

La relación del paciente con su pareja es básicamente buena, porque hay una buena comunicación en la pareja; a esto se suman otros elementos favorables como es la disminución de los conflictos o desacuerdos, un aumento del apoyo emocional y existe comprensión de la pareja hacia el paciente.

Aspecto social. Las relaciones sociales del paciente han disminuido. En la entrevista el paciente manifiesta que ahora casi nunca realiza relaciones sociales mientras que

antes de su enfermedad las realizaba de manera regular. El paciente manifiesta que recibe ayuda social de manera regular y no se dieron cambios por la enfermedad.

Se puede apreciar que la enfermedad ha afectado negativamente en las relaciones sociales del paciente, porque ahora casi nunca realiza actividades sociales.

Aspecto laboral. La enfermedad afecta negativamente al trabajo. El paciente D ha dejado de trabajar desde que contrajo la enfermedad, manifiesta que cuando trabajaba la satisfacción por su trabajo era moderada y ejecutar su trabajo lo considera fácil. Considera que por ser una persona con trabajo independiente no existe un ambiente donde se dan relaciones sociales con mucha frecuencia, pues el paciente menciona que se dedicaba a la construcción de muebles.

Como se puede ver, la enfermedad incide directamente en la actividad laboral, porque la persona se ve obligada a dejar el trabajo por la situación de su salud, sin duda, es un hecho que afecta negativamente a la persona.

Interpretación y análisis de datos

El paciente D es uno de los pacientes más antiguos, hace un año que le diagnosticaron de la enfermedad crónica y lleva ocho meses en tratamiento de hemodiálisis.

El paciente no tiene depresión, como el paciente lleva ocho meses en tratamiento de hemodiálisis, en todo este tiempo parece haberse adaptado a su situación, como se explica en el modelo de Kübler-Ross (1969), siguiendo las etapas o fases de adaptación a la enfermedad. Como el paciente no tiene depresión se enconcentraría en la última etapa de la enfermedad que es la etapa de aceptación de su situación. Los ocho meses en tratamiento de hemodiálisis, habría sido suficiente para que el paciente acepte su situación y por tanto haber superado muchas de las consecuencias generadas por su enfermedad.

El nivel de ansiedad del paciente está dentro de la banda normal. La ansiedad y preocupación, son parte normal de la vida, la mayoría de la gente se preocupa, aunque sea un poco, por cómo van a resultar las cosas. Cuando la ansiedad es excesiva es una enfermedad que puede quebrar la vida de las personas, interfiriendo en la forma de actuar y desencadenando cierta incomodidad física. Como la ansiedad del paciente está dentro de la banda normal, nos lleva a inferir que se debe a que el paciente se ha adaptado a su situación en todo este tiempo, los tratamientos ya no les son desconocidos tampoco se preocuparía en exceso por su salud, como cuando seguramente fue al comienzo de la enfermedad crónica y cuando ingresó a hemodiálisis donde el impacto de la enfermedad y de los tratamientos habrían sido mayores.

La aceptación de su situación, es decir, su condición de ser paciente con insuficiencia renal crónica, parece haber influido en otros aspectos como ser en la autoestima. El paciente tiene una autoestima regular, por tanto, como menciona el autor J. Gill (1980) un rasgo característico de la baja autoestima es la depresión; en el caso del paciente como no tiene baja autoestima tampoco tiene depresión.

Que el paciente no presente trastornos de depresión y ansiedad es favorable para el paciente y parecen haberse dado por el ajuste del paciente a su enfermedad, La ausencia de estos factores estaría siendo favorecidos por otros elementos como ser la familia. La familia del paciente es una familia funcional por lo que en la familia del paciente existe una buena relación intrafamiliar. También este hecho es coherente con la relación de la pareja, porque la relación del paciente con su pareja es buena, hay comunicación, apoyo y comprensión en la relación con su pareja.

En el aspecto social, la enfermedad ha afectado las relaciones sociales del paciente, porque se dio una disminución de éstas. Como mencionan Novel Martí, D. Lluch (2000), en los pacientes los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de las relaciones y lazos afectivos; los más significativos son el alejamiento social por

la enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

En el aspecto laboral la pérdida del trabajo por la enfermedad es uno de los mayores impactos para el paciente, Como menciona Carlos Haya, los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. Como también menciona Bettina Caporale, en el área laboral, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretodo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar y esto generará importantes, repercusiones psicológicas y sociales.

Caso 5

Datos generales

Nombre: El paciente E

Fecha de nacimiento: 10 de julio de 1945

Lugar de nacimiento: Tarija (Valle de la Concepción)

Edad: 64 años

Estado civil: casado

Número de hijos: 3

Nivel de instrucción: 4º básico

Trabajo antes de contraer la enfermedad: Jubilado

Trabajo durante la enfermedad: No

Diagnóstico de la enfermedad: hace 7 meses

Tratamiento de hemodiálisis: hace 5 meses

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguna

Nivel socioeconómico: medio

Resultados

Nivel de depresión: En el inventario de depresión el paciente obtiene una puntuación de 7 que lo sitúa en el rango de ausencia de depresión. Lo que significa que su estado de ánimo no se ve afectado por la enfermedad.

Nivel de ansiedad: En el test de ansiedad el paciente obtiene una puntuación directa de 14 que en la escala de ansiedad corresponde a banda normal. La ausencia de trastornos de ansiedad es favorable para el paciente.

Nivel de autoestima: En el inventario de autoestima la puntuación que obtiene es de 22 que en la escala corresponde a buena autoestima, lo que indica la buena actitud que el paciente tiene hacia sí mismo.

Nivel de funcionamiento familiar: En el test de percepción del funcionamiento familiar el paciente obtiene una puntuación de 63 que en la escala de funcionamiento familiar corresponde a familia funcional, lo que quiere decir que existe una buena relación intrafamiliar.

Relación de pareja. No hay cambios por la enfermedad en la comunicación de la pareja, el paciente manifiesta que la comunicación con su pareja es buena. Casi nunca existen conflictos o problemas (desacuerdos, indiferencia, etc.) entre ellos y no hubo cambios por la enfermedad. Realiza actividades sociales en pareja de manera regular y esto no ha cambiado. Manifiesta que recibe mucho apoyo emocional o afectivo, y que no se han dado cambios por la enfermedad. También manifiesta que hay un aumento en la comprensión por parte de su pareja, pues menciona que ahora recibe mas comprensión. Como se puede apreciar, la relación de la pareja es buena, porque que está dado por muchos factores favorables como son la buena comunicación, no hay problemas o conflictos entre la pareja, hay comprensión y apoyo emocional.

Aspecto social. Las relaciones sociales han disminuido, el paciente manifiesta que antes de su enfermedad casi siempre realizaba actividades sociales, pero ahora estas actividades las realiza de modo regular. Percepción de ayuda social: el paciente manifiesta que siempre recibe mucha ayuda social antes y durante su enfermedad

Como se puede ver en los resultados, en el paciente, sus relaciones sociales se ven afectadas por la enfermedad, porque disminuyen en cierta medida; pero, como manifiesta el paciente, todavía realiza actividades sociales de manera regular. Lo favorable para el paciente es que percibe mucha ayuda social y no se ha visto afectado por su enfermedad.

Aspecto laboral. Actualmente el paciente está jubilado. Indica que su trabajo antes de contraer la enfermedad le aparecía muy satisfactorio y lo considera de dificultad regular para ejecutarlo. Sobre las relaciones sociales en el trabajo, manifiesta que casi siempre compartía actividades sociales con sus compañeros de trabajo.

Interpretación y análisis de datos

El paciente E ya lleva cinco meses en tratamiento de hemodiálisis y la enfermedad crónica le detectaron hace siete meses. Durante este tiempo parece haber tenido una buena adecuación o adaptación a los tratamientos y a su enfermedad, porque el paciente no presenta trastornos de depresión ni ansiedad.

Como en el caso anterior el paciente E no presenta trastornos de depresión ni ansiedad. Explicaremos la ausencia de depresión del paciente, como en otros casos, siguiendo el modelo de adaptación a la enfermedad de Kübler-Ross (1969). El paciente no tiene depresión porque se encontraría en la etapa de aceptación de su situación. También podemos enlazar el dato con el tiempo en que el paciente está en tratamiento de hemodiálisis, porque lleva cinco meses en tratamiento de hemodiálisis, durante este tiempo habría aceptado o adaptado a su situación.

El nivel de ansiedad del paciente está dentro de la banda normal. La ansiedad y preocupación, son parte normal de la vida. la mayoría de la gente se preocupa, aunque sea un poco, por cómo van a resultar las cosas, pero cuando la ansiedad es excesiva es una enfermedad que puede quebrar la vida de las personas, interfiriendo en la forma de actuar y desencadenando cierta incomodidad física. Como la ansiedad del paciente está dentro de la banda normal nos lleva a inferir que el paciente, como ha aceptado su situación en todo este tiempo, los tratamientos ya no les son desconocidos tampoco se preocuparía en exceso por su salud como cuando le diagnosticaron de la enfermedad. Pero también podemos decir que el paciente pese a que presenta ansiedad dentro de la banda normal no implica que no se preocupe por su salud.

La aceptación de su situación, parece haber influido en otros aspectos como ser la autoestima. El paciente tiene una buena autoestima, por tanto, como menciona el autor J. Gill (1980) un rasgo característico de la depresión es la baja autoestima, en el caso del paciente como no tiene depresión, tampoco tiene una baja autoestima. Las personas con alta autoestima se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimiento de control sobre sus circunstancias, menos ansiosos y mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo. (Lungren, 1978).

La situación favorable del paciente también sería influida por otros factores, como ser la familia del paciente, porque es una familia funcional; también se sumaría a esto su buena autoestima, su adecuación al tratamiento y a la enfermedad; también en el paciente su estado estaría favorecido por la buena relación con su pareja, porque existe muy buena comunicación, las actividades sociales en pareja se dan de manera regular, hay apoyo emocional o afectivo y comprensión. Como mencionan Robert B. Taylor, Alan K. David (2006), el matrimonio es la relación familiar que más influye en la salud incluso después de otros factores, el estado conyugal afecta a la mortalidad global, la mortalidad por enfermedades específicas, las enfermedades terminales, las cardiopatías y la morbilidad.

Las relaciones sociales del paciente disminuyen por la enfermedad. Como mencionan Novel Martí, D. Lluch (2000), por las consecuencias de la enfermedad se dan cambios como el alejamiento social por la enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales. De los efectos de la enfermedad en el trabajo del paciente ya no podemos apreciarlos, porque el paciente ya estaba jubilado antes de haber contraído la enfermedad crónica.

Caso 6

Datos generales

Nombre: El paciente F

Fecha de nacimiento: 6 de agosto de 1957

Lugar de nacimiento: Oruro. Hace 25 años que vive en Tarija

Edad: 51 años

Estado civil: casado

Número de hijos: 2

Nivel de instrucción: Docente (maestro)

Trabajo antes de contraer la enfermedad: Si

Trabajo durante la enfermedad: Si

Diagnóstico de la enfermedad: hace dos años.

Tratamiento de hemodiálisis: 1 año y cinco meses

Hospitalizaciones por la enfermedad: Uno

Nivel socioeconómico: medio

Resultados

Nivel de depresión: El paciente F no presenta depresión porque en el inventario de depresión obtiene una puntuación de 3 lo que lo sitúa en el rango de ausencia de depresión. Por tanto, el estado de ánimo no se ve afectado por la enfermedad.

Nivel de ansiedad: En el test de ansiedad el paciente obtiene una puntuación de 24 que en la escala de ansiedad corresponde a ansiedad ligera. Este nivel de ansiedad no es tan perjudicial para la paciente y se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que estado de percepción y concentración de la persona están incrementados.

Nivel de autestima: En el inventario de autoestima el paciente obtiene una puntuación de 15 que en la escala de autoestima corresponde a autoestima regular, lo que indica una actitud favorable del paciente hacia sí mismo.

Nivel de funcionamiento familiar: El paciente obtiene en el test de percepción del funcionamiento familiar una puntuación de 63 que en la escala corresponde a familia funcional. Lo que significa que existen buenas relaciones intrafamiliares en la familia del paciente.

Relación de pareja, La comunicación en la pareja es buena y no se dieron cambios por la enfermedad. Los conflictos o problemas en la pareja se dan de manera regular, el paciente menciona *“como en todo, siempre hay algunos problemas”* Las actividades sociales con la pareja se dan de manera regular y no se han dado cambios desde la enfermedad del paciente. Sin embargo se da un aumento en el apoyo emocional o afectivo hacia el paciente por parte de su pareja, el paciente menciona que ahora recibe mucho más apoyo emocional que antes de su enfermedad. Un aspecto muy favorable en la relación es que el paciente menciona que recibe mucha comprensión de su pareja y esto no ha cambiado por la enfermedad.

Aspecto social. Las relaciones sociales se ven afectadas por la enfermedad, porque éstas disminuyen; el paciente manifiesta que ahora casi nunca realiza relaciones sociales a diferencia de cuando no tenía la enfermedad, porque siempre realizaba actividades sociales. Percepción de ayuda social: el paciente menciona que recibe ayuda social de manera regular y que no se han dado cambios desde que contrae la enfermedad.

Aspecto laboral. El paciente a pesar de su enfermedad continúa trabajando, es docente (maestro), pero se debe destacar que el trabajo que realiza en cierta forma ha sido afectado, porque ahora el paciente ha tenido que adecuar el tiempo de dedicación al trabajo con los del tratamiento. El paciente menciona que su trabajo es muy

satisfactorio y que esto no ha cambiado por la enfermedad. Considera que su trabajo es fácil cuando lo ejecuta y las relaciones sociales que mantiene con sus compañeros en el trabajo se dan regularmente.

Interpretación y análisis de datos

El paciente F es uno de los más antiguos y es el único de los nueve casos del estudio que continúa trabajando a pesar de su enfermedad. El paciente continúa trabajando, porque su trabajo le da la posibilidad de continuar haciéndolo, debido a que el trabajo que el paciente realiza no requiere de gran esfuerzo físico como sucede con otro tipo de trabajos, como por ejemplo, el paciente que se dedicaba a la construcción de muebles donde el trabajo que realizaba requiere de mayor esfuerzo físico. El paciente F se dedica a la docencia (maestro), pero no por ello la enfermedad no tuvo repercusión en este aspecto, al paciente también tuvo que modificar horarios, porque tuvo que distribuir el horario del tiempo de trabajo con el tiempo que debe dedicar al tratamiento de hemodiálisis. Para que el paciente pueda mantener este ritmo deberá seguir cuidadosamente los tratamientos que le han sido suscritos, porque así de esta manera no podrá tener graves problemas de salud. El paciente ya tuvo una hospitalización a consecuencia de su enfermedad, los pacientes que son hospitalizados por la enfermedad es porque no siguieron correctamente los tratamientos. Como se menciona en el NIDDK. National Institutes of Health, cuando los pacientes no siguen los tratamientos se genera graves problemas de salud.

Como el paciente no tiene depresión y siguiendo el modelo de las etapas de adaptación a la enfermedad el paciente estaría en la última etapa de la enfermedad que es la aceptación. El dato se relaciona con el tiempo en que el paciente está en tratamiento de hemodiálisis, porque se encuentra un año y cinco meses en tratamiento hemodiálisis y hace dos años que le diagnosticaron de la enfermedad crónica.

La ansiedad del paciente es de tipo ligero. Como se mencionó en otros casos, la ansiedad respondería a la preocupación que el paciente tiene por su salud y los tratamientos. Pero como la ansiedad del paciente no es alta, no sería tan perjudicial para el paciente. Como el paciente está en tratamiento de hemodiálisis un año y cinco meses, en todo este tiempo el paciente ya se habría adecuado o adaptado a su situación; por tanto, los efectos de la enfermedad y de los tratamientos son menores. La ansiedad de tipo ligero también puede responder a la preocupación que el paciente tiene por su trabajo, como el paciente continúa trabajando muchos de los síntomas de su ansiedad tendría su origen en su preocupación por responder adecuadamente al cumplimiento y a las exigencias de su trabajo, como también la preocupación por su salud.

Podemos decir que como el paciente continúa trabajando, esto puede estar favoreciendo el nivel de autoestima, porque el paciente tiene una autoestima regular, porque como se menciona en <https://ultracare-dialysis.com>, la autoestima y el ingreso monetario son un precio muy importante que hay que pagar. Las personas con insuficiencia renal pueden seguir haciendo el mismo trabajo o bien hacer un trabajo diferente. Las investigaciones demuestran que las personas bajo tratamiento de diálisis que siguen trabajando se sienten mejor y más saludables.

La situación del paciente también estaría favorecido por el apoyo de su familia, como se pudo ver en los resultados la familia del paciente es funcional, también la situación del paciente puede estar favorecido por la buena relación que tiene con su pareja, porque existe buena comunicación, hay apoyo emocional o afectivo y comprensión. Como mencionan Robert B. Taylor, Alan K. David (2006), las relaciones familiares influyen más en la salud del paciente; estos autores también mencionan que la relación de pareja incluso es más influyente que otros factores.

Caso 7

Datos generales

Nombre: La paciente G

Fecha de nacimiento: 16 de enero de 1956

Lugar de nacimiento: Tarija

Edad: 53 años

Estado civil: casada

Número de hijos: 5

Nivel de instrucción: 4º Básico

Trabajo antes de contraer la enfermedad: labores de casa

Trabajo durante la enfermedad: labores de casa

Diagnóstico de la enfermedad: hace 1 año y medio

Tratamiento de hemodiálisis: 1 año y 2 meses

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguno

Nivel socioeconómico: medio

Resultados

Nivel de depresión: La paciente en el inventario de depresión la puntuación que obtiene es 7 que corresponde en la escala a depresión ausente. Lo que indica que su estado de ánimo no se ve afectado por la enfermedad.

Nivel de ansiedad: En el test de ansiedad la puntuación que obtiene es de 12 que en la escala corresponde a ansiedad dentro de la banda normal. La ausencia de trastornos de ansiedad es favorable para la paciente.

Nivel de autoestima: En el inventario de autoestima la puntuación de la pacientes es 2 que en la escala de nivel de autoestima corresponde a autoestima regular, lo que indica una actitud favorable que la paciente tiene hacia sí misma.

Nivel de funcionamiento familiar: La familia de la paciente es funcional porque su puntuación en el test la puntuación que obtiene es de 64 que en la escala corresponde a familia funcional. Lo que indica que en su familia existen buenas relaciones intrafamiliares.

Relación de pareja. No existen cambios en la relación de pareja desde que la paciente contrae la enfermedad; la paciente menciona que la comunicación con su pareja es muy buena. Los problemas o conflictos en el matrimonio se dan de manera regular y no se dan cambios por la enfermedad. Hay una disminución en las actividades sociales en pareja desde que la paciente tiene la enfermedad. En la entrevista menciona que antes de su enfermedad casi siempre realizaba actividades sociales en pareja, pero que desde que tiene la enfermedad menciona que casi nunca realiza actividades sociales en pareja. Hay cambios en el poyo emocional o afectivo, porque aumentan desde la enfermedad de la paciente, menciona que ahora recibe mucho apoyo emocional por parte de su pareja. Menciona que no hay cambios en la comprensión que recibe por parte de su pareja, indica que la comprensión que recibe de su pareja es más que regular. La paciente manifiesta que siempre recibe el apoyo de su pareja.

Aspecto social. Las relaciones sociales de la paciente se han deteriorado ahora que tiene una enfermedad manifiesta que nunca realiza actividades sociales; antes de su enfermedad indica que realizaba actividades sociales de manera regular. En la percepción de ayuda o apoyo social no se dieron cambios, antes y durante su enfermedad manifiesta que la ayuda que recibe es regular.

Aspecto laboral. La paciente se dedica a labores de casa. Indica que su trabajo le parece satisfactorio y muy fácil de ejecutarlo. Ya no se toma en cuenta las relaciones sociales en el trabajo, porque como la paciente se dedica a labores de casa no da esta posibilidad.

Interpretación y análisis de datos

La paciente G está un años y dos meses en tratamiento de hemodiálisis y hace un año y medio que le diagnosticaron de la enfermedad en su fase crónica. Muchas veces la enfermedad es detectada en su fase crónica, porque en sus fases iniciales no da síntomas y la persona no sabe que tiene un insuficiencia renal aguda; la única forma de detectarla es con las pruebas de laboratorio. (NIDDK. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases)

La paciente como no tiene depresión y siguiendo el modelo de las etapas de adaptación a la enfermedad de Kübler-Ross (1969), la paciente se encontraría en la última etapa, que es la etapa de adaptación a la enfermedad. Que también estaría favorecido por el tiempo que ya lleva la paciente en tratamiento de hemodiálisis que son catorce meses.

El nivel de ansiedad de la paciente está dentro de la banda normal. Como la ansiedad del paciente está dentro de la banda normal nos lleva a inferir que la paciente se ha adaptado a su situación en todo este tiempo, los tratamientos ya no les son desconocidos como tampoco se preocuparía en exceso por su salud como cuando le diagnosticaron de la enfermedad. Pero también podemos decir que la paciente pese a que presenta ansiedad dentro de la banda normal no implica que no se preocupe por su salud, porque la paciente continúa teniendo la enfermedad.

El apoyo de su familia juega un papel importante para la paciente y también el de su pareja porque la paciente menciona que siempre recibe apoyo de su pareja, como se

encontró en los resultados de relación de pareja. Todos estos factores estarían favoreciendo la situación de la paciente, porque la paciente no presenta trastornos de depresión, el nivel de ansiedad es de tipo ligero y también tiene una autoestima regular. El apoyo de su familia y de su pareja también estarían contribuyendo a que en la paciente no se den trastornos de depresión o ansiedad de tipo grave.

En lo referido al trabajo de la paciente podemos ver que se dedica a labores de casa, siendo su cónyuge el que se ocupa de la situación económica de la familia. Que la paciente se dedique a labores de casa, como sucede con el caso uno y dos, parece ser algo que se daba más frecuentemente en épocas anteriores, donde la mujer se dedicaba principalmente al cuidado de la familia y donde el esposo se dedicaba principalmente a la situación económica. En la actualidad, podemos ver que esto va cambiando porque la mujer ahora no sólo se dedica al hogar sino también ingresa a la actividad laboral.

Caso 8

Datos generales

Nombre: El paciente H

Fecha de nacimiento: 14 de mayo de 1969

Lugar de nacimiento: La-Paz. Hace 22 años que vive en Tarija

Edad: 40 años

Estado civil: Casado

Número de hijos: 3

Nivel de instrucción: Universidad

Trabajo antes de contraer la enfermedad: Si (Finca)

Trabajo durante la enfermedad: No

Diagnóstico de la enfermedad: hace 5 años

Tratamiento de hemodiálisis: 2 años

Hospitalizaciones por la enfermedad: ninguno

Nivel socioeconómico: medio

Resultados

Nivel de depresión: El paciente en el inventario de depresión obtiene una puntuación de 7 que en la escala corresponde a depresión ausente. Lo que indica que su estado de ánimo no se ve afectado por la enfermedad.

Nivel de ansiedad: En el test de ansiedad su puntuación es de 23 que en la escala de nivel de ansiedad corresponde a ansiedad ligera. Este nivel de ansiedad no es tan perjudicial para el paciente y se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que estado de percepción y concentración de la persona están incrementados.

Nivel de autoestima: En el inventario de autoestima su puntuación es de 26 lo que en la escala lo sitúa el rango de buena autoestima e indica la buena actitud que el paciente tiene hacia sí mismo.

Nivel de funcionamiento familiar: En esta prueba la puntuación que obtiene es de 64 que en la escala corresponde a familia funcional. Lo que indica que en su familia existen buenas relaciones intrafamiliares.

Relación de pareja. La comunicación de la pareja aumenta desde que el paciente contrae la enfermedad, el paciente indica que la comunicación con su pareja es muy buena y desde que contrajo la comunicación paso a ser de buena a muy buena. No existen problemas o dificultades en el matrimonio, ni antes ni durante la enfermedad del paciente. Las actividades sociales en pareja han disminuido, el paciente indica que antes de su enfermedad siempre realizaba actividades sociales en pareja, pero que ahora se da de manera regular. En el apoyo emocional o afectivo y la comprensión por parte de la pareja del paciente no hay cambios, el paciente indica que recibe mucho apoyo emocional y la comprensión se da de forma más que regular.

Aspecto social. Hay una disminución en las relaciones sociales del paciente, ahora con su enfermedad indica que casi nunca realiza actividades sociales a diferencia de antes de su enfermedad donde indica que siempre realizaba actividades sociales. En la ayuda o apoyo social que percibe el paciente indica que no hay cambios por la enfermedad, indica que recibe mucha ayuda.

Aspecto laboral. Desde que el paciente contrae la enfermedad a dejado de trabajar. Ahora se dedica más al control de su finca. Antes de contraer la enfermedad para el paciente su trabajo le era satisfactorio, el grado de dificultad de su trabajo lo considera regular e indica que siempre tenía relaciones sociales en el trabajo. El paciente trabajaba en su finca, ahora más se dedica a controlar la misma.

Interpretación y análisis de datos

El paciente H es el paciente que está más tiempo recibiendo tratamiento de hemodiálisis, porque ya lleva dos años en tratamiento de hemodiálisis y es el paciente más antiguo de los nueve casos estudiados.

Luego de la entrevista el paciente menciona que debería volver a ver la atención de psicología. El paciente dice *“Debería haber otra vez atención de psicología. Porque cuando miro a las personas que recién llegan; llegan tan mal, se les ve mal. Antes cuando había nos ayudaba”*.

Se ve que la unidad de hemodiálisis hace tiempo atrás contaba con atención de psicología. Deben ser diversas las razones por las que se debió suspender la atención de psicología..

Uno de los hechos que podemos destacar en el paciente es que no se encuentra trabajando, como sucede en otros casos y es debido a su enfermedad. El paciente tiene una finca y ahora se dedica más al control de la misma, aunque también podemos decir que el paciente no ha dejado de trabajar del todo.

El paciente no tiene depresión y como se mencionó en otros casos, el paciente se encontraría en la fase de aceptación de su situación Kübler-Ross (1969); además, el paciente lleva mucho tiempo en tratamiento de hemodiálisis (dos años) y es el más antiguo de los nueve casos estudiados. En todo este tiempo el paciente habría llegado a adaptarse a su situación y por tanto está más adaptado a las consecuencias que le genera su propia enfermedad.

La ansiedad que es de tipo ligero, esto se daría por las consecuencias de su enfermedad (Enrique Rojas). Con el tiempo que el paciente está en hemodiálisis, la enfermedad ya no tendría el impacto como al principio de la enfermedad, la preocupación por su salud desde el inicio de su enfermedad habría disminuido por su

adecuación o adaptación a la enfermedad, aunque esto no implica que el paciente ya no se preocupe por su salud.

Como en otros casos el paciente cuenta con el apoyo de su familia y de su pareja. Como mencionan Robert B. Taylor, Alan K. David (2006), las relaciones familiares influyen más en la salud del paciente y más todavía el su pareja. La relación que tiene con su pareja es positiva, porque hay comunicación, apoyo emocional o afectivo, comprensión y menciona que nunca tiene problemas o conflictos con su pareja.

En el aspecto laboral la pérdida del trabajo por la enfermedad es uno de los mayores impactos para el paciente, Como menciona Carlos Haya, los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. Como también menciona Bettina Caporale, en el área laboral, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretodo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar y esto generará importantes, repercusiones psicológicas y sociales. En este caso se podría decir que el paciente no ha dejado de trabajar del todo, porque menciona que se encarga de controlar su finca.

Caso 9

Datos generales

Nombre: El paciente Y

Fecha de nacimiento: 6 de agosto de 1952

Lugar de nacimiento: Tarija

Edad: 56 años

Estado civil: Casado

Número de hijos: 3

Nivel de instrucción: Licenciado (Administración de empresas)

Trabajo antes de contraer la enfermedad: Si

Trabajo durante la enfermedad: No

Diagnóstico de la enfermedad: hace 6 años

Tratamiento de hemodiálisis: hace seis meses

Hospitalizaciones por la enfermedad: 2 veces

Nivel socioeconómico: medio

Resultados

Nivel de depresión: El paciente en el inventario de depresión obtiene una puntuación de 7 que corresponde al nivel de ausencia de depresión en la escala del test, este resultado indica que su estado de ánimo no se ve afectado por la enfermedad.

Nivel de ansiedad: En el test de ansiedad la puntuación del paciente es 9 que en la escala corresponde a ansiedad dentro la banda normal. Es favorable para el paciente no tener sintomatología ansiosa.

Nivel de autoestima: En el inventario de autoestima la puntuación que obtiene es 28 lo que en la escala corresponde a buena autoestima e indica la buena actitud que el paciente tiene hacia sí mismo.

Nivel de funcionamiento familiar: En esta prueba su puntaje es de 64 que en la escala corresponde a familia funcional. Lo que significa que existe una buena dinámica familiar en la familia del paciente.

Relación de pareja. El paciente indica que la comunicación con su pareja es muy buena y no se dieron cambios por la enfermedad; indica que no existen conflictos o problemas en la relación con su pareja y tampoco se dieron cambios por la enfermedad. Las actividades sociales en pareja se han visto afectadas por la enfermedad, porque estas actividades se daban de manera regular antes de la enfermedad del paciente pero ahora nunca existe actividades sociales en pareja. Sin embargo indica que recibe mucho apoyo emocional y comprensión por parte de su pareja que aumentan desde la enfermedad del paciente, porque antes de su enfermedad el apoyo emocional y comprensión en la pareja se daban de manera regular.

Aspecto social. Las relaciones sociales del paciente han disminuido desde que contrajo la enfermedad; manifiesta que ahora nunca realiza actividades sociales a diferencia de antes de contraer la enfermedad, donde indica que realizaba actividades sociales de manera regular. Pero ahora el paciente menciona que recibe más ayuda o apoyo social, porque se da de manera regular, en comparación a antes de su enfermedad donde, menciona no recibir casi nada de ayuda.

Aspecto laboral. El paciente no trabaja debido a su enfermedad. Cuando trabajaba antes de contraer la enfermedad, su trabajo lo consideraba satisfactorio, e indica que era muy fácil para él realizarlo, las relaciones sociales en el trabajo indica que se daban de manera regular.

Interpretación y análisis de datos

Un hecho que se puede destacar del paciente es que no se encuentra trabajando a causa de su enfermedad, es decir, no está ejerciendo su profesión.

El paciente Y no presenta depresión; por tanto, no tiene un trastorno del estado de ánimo. El paciente se encontraría en la etapa de adaptación a la enfermedad, como no tiene depresión se encontraría en la última fase de adaptación a la enfermedad Kübler-Ross (1969), esto estaría favorecido por el tiempo que el paciente está en hemodiálisis (medio año), durante este tiempo habría llegado a adaptarse a su enfermedad.

El nivel de ansiedad del paciente está dentro de la banda normal. Como la ansiedad del paciente está dentro de la banda normal nos lleva a inferir que también es producto de su adaptación a la enfermedad. A estas alturas los tratamientos ya no le son desconocidos ni le generan el mismo impacto que al principio de su enfermedad. Pero debemos tener presente que el paciente, pese a que puede haberse adecuado a su situación, no implica dejar de preocuparse por su salud, siempre existirá algún pensamiento de preocupación por su salud, porque el paciente continúa teniendo la enfermedad.

La autoestima del paciente es buena. Recurriendo a J. Gill (1980) y Branden (1989), nos mencionan que un nivel bajo de autoestima trae como consecuencia: la necesidad de aprobación y dependencia, la ansiedad, la depresión, un estado pobre de salud, la apatía, los sentimientos de impotencia. En el caso del paciente el nivel alto de autoestima que tiene estaría relacionado con la ausencia de depresión y ansiedad.

La ausencia de trastornos de ansiedad y depresión también estaría relacionado con el apoyo de su familia y de su pareja. La familia del paciente es funcional lo que significa que existe una buena relación intrafamiliar y la relación con su pareja es

positiva, porque existe una muy buena comunicación, el paciente menciona que nunca tienen problemas o conflictos con su pareja, menciona que recibe mucho apoyo emocional o afectivo y comprensión por parte de su pareja.

Al tratarse de un paciente con formación profesional tal vez no tendría graves problemas económicos, además de los problemas económicos que le pueden generar la enfermedad, y de seguro que podrá sortearlos con mayor facilidad. Carlos Haya menciona que los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. Como también menciona Bettina Caporale, en el área laboral, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar y esto generará importantes repercusiones psicológicas y sociales. Ahora que el paciente no se encuentra trabajando por su enfermedad, el paciente amparado por las leyes del trabajo podría recibir indemnización como también jubilarse más fácilmente, por tanto tener una mejor calidad de vida.

5.2. ANÁLISIS GLOBAL DE TODOS LOS CASOS

A continuación se hace el análisis de todos los casos del estudio para llegar a conclusiones con respecto a los objetivos que se han planteado en el estudio.

Para el análisis de los resultados nos referiremos a los pacientes como nuevos y antiguos. Las razones por las que me refiero de este modo a los pacientes es porque en la revisión de datos se puede encontrar a dos pacientes que estaban un mes en tratamiento de hemodiálisis y uno que estaba sólo tres semanas; estos pacientes que recién comienzan a recibir tratamiento de hemodiálisis los consideraremos como pacientes nuevos, porque son los que presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Los pacientes considerados como antiguos serán los que están más de un mes en tratamiento de hemodiálisis, porque en la revisión de datos se encontró un paciente que estaba cinco meses en tratamiento de hemodiálisis, que sería el menos antiguo; y se encontró a otro paciente que estaba dos años en tratamiento, que sería el paciente más antiguo; los pacientes antiguos son los que presentan menor sintomatología ansiosa y además en estos pacientes hay una ausencia de depresión.

Nivel de depresión. Los pacientes nuevos son los que presentan depresión. De los tres casos, dos presentan depresión de tipo moderado, la excepción es un sólo paciente, quien no presenta depresión. De los pacientes antiguos ninguno presenta depresión. Entonces de los nueve casos estudiados sólo dos presentan depresión de tipo moderado.

Los pacientes con depresión que recién comienzan a recibir tratamiento de hemodiálisis son los que más están siendo afectados por las consecuencias de su enfermedad; en estos pacientes el impacto de la enfermedad sería mayor, porque su estado de ánimo se ve afectado por la enfermedad.

La depresión en los pacientes podemos decir que encuentra su fuente en la enfermedad misma, tal como lo explica Ricardo Rozados, quien menciona que las enfermedades orgánicas pueden imitar o directamente generar una depresión. En los pacientes con enfermedades crónicas la depresión puede producir una exageración de los síntomas, aun los de un trastorno orgánico menor.

Según el modelo de Kübler-Ross (1969), quien propone que los pacientes pasan por etapas de adaptación a la enfermedad, las etapas de adaptación a la enfermedad son la negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. La etapa de aceptación sólo se da después de un tiempo relativamente largo de enfermedad. Los pacientes que presentan depresión se encontrarían en la etapa de depresión. La paciente que no tiene depresión que es el caso dos se encontraría en las primeras etapas de la enfermedad como ser la negación, está sería la causa de que la paciente no presente depresión. También, siguiendo este modelo, podemos explicar la causa por la que los pacientes antiguos son los que no presentan depresión, en este caso estos pacientes serían los que han llegado después de haber transcurrido un cierto tiempo con la enfermedad a la etapa de aceptación de su situación.

Nivel de ansiedad. De los nueve casos estudiados cinco presentan algún grado de ansiedad. Se debe destacar que los pacientes nuevos presentan ansiedad de nivel ligero, un caso y moderado (dos casos), en los pacientes antiguos esto varía, porque presentan ansiedad normal o que se encuentra dentro de la banda normal (cuatro casos) y dos presentan ansiedad ligera. Por tanto los pacientes antiguos tienen menor nivel de ansiedad que los pacientes nuevos.

La ansiedad en los pacientes es explicada por Enrique Rojas, quien menciona que la biología actúa desencadenando ansiedad de dos maneras fundamentales: a) La ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad: lo cual es relativamente frecuente en la demarcada gravedad. Como ser en algunas enfermedades lo que está en primer plano es el dolor crónico que no cede. b) La ansiedad como crisis añadida,

que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso. Suele ser la elaboración psicológica que se produce tras ese padecimiento.

Muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico. Por lo general eso suele suceder en enfermedades graves, importantes, de envergadura, en donde existe un riesgo vital auténtico. Sobre todo al inicio de la enfermedad hay que tener presente que la fuerte preocupación por la enfermedad que se padece colabora en buena medida en su desencadenamiento.

Echeburúa, (1993); Lock, (1996). La ansiedad podría encontrar como fuente de aparición: los repetidos pensamientos de preocupación del paciente con respecto a su salud, temor a las primeras sesiones de hemodiálisis, aflicción o dificultad en su adecuación a los tratamientos.

A diferencia de la depresión que presentan los pacientes nuevos, la ansiedad se presenta en la mayoría de los pacientes, tanto en los pacientes nuevos como en los antiguos, por tanto la sintomatología ansiosa es más característico en la mayoría de los pacientes.

Comparando los resultados de depresión y ansiedad con otros estudios se puede encontrar consistencias con los resultados de: Rosalba Morales-Jaimes y colaboradores (2007), encontraron que más del 50% de los pacientes tenía algún grado de depresión. Norma Ortega Madrigal, M^a. Corona (2002), encontraron que el 40% de los pacientes tenía depresión severa y el 71% presenta ansiedad. Alberto Castellón, Ramona Rubio Herrera y colaboradores (2000), indican que el 31,8% de los pacientes presenta depresión. F. W. García Valderrama y colaboradores (2002), encontraron síntomas de depresivos en el 61,4% y los síntomas ansiosos en el 52,3% de pacientes.

De este modo la comparación de resultados con otros estudios nos demuestra que en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, existe la tendencia a presentar depresión y ansiedad los cuales se dan en determinados pacientes. En el estudio encontramos que los pacientes presentan depresión de tipo moderado y ansiedad de tipo ligero y moderado; la depresión en los pacientes nuevos y la ansiedad en la mayoría de los casos estudiados. Esto nos indica que la depresión y la ansiedad podrían ser rasgos característicos de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Para tener otro punto de referencia de los resultados lo comparamos con los de población sana, es decir, personas que no tienen enfermedad crónica u otro tipo de enfermedad grave, a los que también podríamos denominar población “normal”, en este caso personas que no tienen enfermedad renal crónica terminal. Se han recogido datos de personas que reúnen las mismas características que los pacientes objeto de estudio; en cuanto a edad, estado civil y nivel socioeconómico se tomó las pruebas a quince personas. Los datos obtenidos en esta población nos muestran que estas personas no presentan depresión ni ansiedad.

Por tanto los resultados nos llevan a la conclusión de que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis tienen tendencia a presentar depresión y ansiedad. Pero se debe tener en cuenta que en el presente estudio no todos los pacientes presentan depresión ni ansiedad y en ningún caso se encontró depresión de tipo grave o ansiedad de tipo grave o muy grave. La ansiedad es la que con más frecuencia se da en los pacientes.

También debemos decir que la insuficiencia renal crónica terminal, pese a que es una enfermedad grave, no parece afectar a los pacientes en gran magnitud; como se observó en los pacientes del estudio, porque no presentan depresión y ansiedad en niveles muy altos que serían muy perjudiciales para los pacientes. Esto se vería influido por otros factores como es el apoyo de la familia y el apoyo de la pareja del paciente, como se explica más adelante.

Nivel de autoestima. En la presentación de los casos podemos encontrar que los pacientes nuevos son los que tienen baja autoestima que corresponde a tres casos, Los pacientes antiguos tienen una mejor autoestima; se ha encontrado tres casos que tienen autoestima regular y otros tres que tienen buena autoestima. Los niveles de autoestima son distintos tanto en los pacientes nuevos como en los antiguos. Los pacientes antiguos tienen un mejor nivel de autoestima. No existiendo predominio de un determinado nivel de autoestima.

Como los pacientes tienen una enfermedad crónica; el impacto de la enfermedad y de los tratamientos estaría afectando la autoestima de los pacientes que tienen un nivel de autoestima bajo. Como se explica en ultracare-dialysis.com, la pérdida de la autoestima es un precio muy importante que el paciente debe pagar.

J. Gill (1980), explica que una de las características de la baja autoestima en las personas son las tendencias depresivas. Siguiendo al autor podemos explicar que los pacientes que tienen depresión, en este caso el trastorno del estado de ánimo de los pacientes está relacionado con la baja autoestima.

Los datos de autoestima del presente estudio lo podemos comparar con las conclusiones del estudio de Vayot Agustin (1998), en donde podemos encontrar consistencias en los resultados en cuanto a que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal presentan baja autoestima.

Entonces, sobre la autoestima en los pacientes podemos decir que existen pacientes que tienen una baja autoestima. Debemos tener en cuenta que en los resultados del presente estudio no todos los pacientes tienen un nivel bajo de autoestima sino que, como se vio, sólo se presenta en algunos pacientes.

Nivel de funcionamiento familiar. Un hecho llamativo que se encontró después de la corrección de las pruebas es que las familias de todos los pacientes son familias funcionales; este resultado se encontró en todos los casos del estudio. El nivel de

funcionamiento familiar de las familias de los pacientes corresponde a familia funcional. Las familias de los pacientes son funcionales tanto de los pacientes nuevos como de los antiguos. En ninguno de los casos del estudio se ha encontrado alguna familia que se encuentre en alguna de las categorías de disfunción familiar o en la categoría moderadamente funcional.

Que la familia sea funcional es favorable para el paciente siendo que es la primera institución que brinda apoyo al paciente. Es la que proporciona todo tipo de apoyo, es la institución que mejor ayuda social y emocional brinda al paciente. La familia influye de manera importante en la salud y la enfermedad como lo mencionan Robert B. Taylor, Alan K. David (2006).

Por tanto la homeostasis familiar en las familias de los pacientes no se ve afectada por la enfermedad del paciente. Que todas las familias sean funcionales también se puede explicar como lo menciona Carlos Haya, quien menciona que algunos cambios como la enfermedad del paciente hacen que los miembros de la familia se unan más y de este modo puedan ver lo que realmente es importante. En este caso la enfermedad ha reforzado más los lazos familiares entre los miembros de la familia. Aunque puede haber ocurrido una crisis familiar en algún momento de la enfermedad del paciente, pero la homeostasis familiar luego se habría restaurado. Como menciona Yolanda D. Pontón (2005), que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten necesariamente en disfuncional por cuanto éstos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia, los cuales, una vez transcurridos y movilizados los recursos, recobran su homeostasis y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de la disfuncionalidad familiar.

Los resultados de funcionamiento familiar lo comparamos con el de Aymara Reyes Saborit (2003) quien encontró en su estudio que el 95% de las familias de los pacientes son familias funcionales, donde un cierto porcentaje corresponde a familias

funcionales y otro tanto a familias moderadamente funcionales. En el presente estudio se ha encontrado que el 100% de las familias de los pacientes son funcionales.

Por tanto, de acuerdo a los resultados que se encontró en el presente estudio podemos decir que las familias de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal son familias funcionales.

Para el análisis de las variables: relación de pareja, el aspecto social y laboral de los pacientes del estudio ya no se toma en cuenta la distinción entre pacientes nuevos y antiguos, porque los resultados de estas variables son diversos; entonces en esta parte del análisis de los resultados se tiene en cuenta a todos los pacientes en conjunto.

También indicar que como los resultados obtenidos de estas variables son diversos, se tratará de enfocar los resultados de los casos buscando los datos que son semejantes entre casos para así tener un resultado más homogéneo que refleje los cambios que se dieron en los pacientes por la enfermedad.

Relación de pareja. La enfermedad afecta las distintas áreas de la relación de pareja. En el presente estudio estas áreas son la comunicación, los conflictos o problemas entre la pareja, las actividades sociales en pareja, el apoyo emocional o afectivo y la comprensión de la pareja del paciente. La enfermedad afecta en algunas áreas de la relación de pareja de manera positiva, es decir, se da un aumento; también la enfermedad afecta de manera negativa cuando en las áreas de la relación de pareja hay una disminución.

El área más afectada por la enfermedad son las actividades sociales en pareja, en cinco de los casos se ha encontrado que se dio una marcada disminución de esta actividad, en el resto de los casos esta área no se ha visto afectado.

Sin embargo, hay áreas en la relación de pareja que cambian en sentido positivo, como ser en el apoyo emocional o afectivo, porque se da un aumento de los mismos, esto ha encontrado en cuatro casos. También la enfermedad afecta de modo positivo

en el área de comprensión de la pareja (comprensión de sus ideas, su situación), esto se dio en dos casos. También hay una tendencia a la disminución de los conflictos o desacuerdos en la pareja; esto se ha encontrado también en dos casos.

Entonces esto nos demuestra que la enfermedad no sólo afecta de modo negativo sino también de modo positivo.

En los casos en los que no se dio cambios en el área de conflictos o desacuerdos en la relación de pareja se caracterizan principalmente por la ausencia o poca frecuencia de conflictos. Sucede lo mismo con la comprensión y el apoyo emocional o afectivo en los casos en los que no se dieron cambios; estos se caracterizan por ser básicamente favorables o positivos en el paciente.

La comunicación es una de las áreas que no se ha visto afectada por la enfermedad a excepción de dos pacientes; en uno que se dio en sentido negativo porque hubo una disminución de la comunicación, en el caso uno la comunicación de la paciente con su pareja antes de la enfermedad era regular y desde que contrae la enfermedad la comunicación es muy mala. El otro caso que fue en sentido positivo, porque hubo un aumento de la comunicación desde la enfermedad del paciente, la comunicación que era buena paso a ser muy buena cuando el paciente contrajo la enfermedad. La comunicación del resto de los pacientes se caracteriza por ser básicamente buena antes y durante la enfermedad del paciente.

Estos datos tienen relación con los resultados de funcionamiento familiar en la mayoría de los pacientes a excepción de uno. Como se encontró que las familias de los pacientes son familias funcionales podemos ver que concuerda con la relación de pareja de los pacientes porque se caracterizan por ser principalmente positivas.

Por tanto, podemos ver que en la relación de pareja la enfermedad no sólo afecta negativamente sino también de modo positivo, como se pudo ver en varios casos

donde las áreas como el apoyo emocional o afectivo y la comprensión de la pareja del paciente se ven reforzados cuando el paciente contrae la enfermedad.

Como se vio en los resultados del análisis del funcionamiento familiar y la relación de pareja de los pacientes; los resultados obtenidos nos demuestran que estos factores son favorables en todos los pacientes; la excepción es una sola paciente que tiene problemas en la relación con su pareja, pero percibe la relación intrafamiliar de su familia como buena, porque su familia es funcional. En la revisión de datos, en la parte que se refiere al estado civil de los pacientes, podemos encontrar que todos los pacientes son casados tanto hombres como mujeres; en ninguno de los casos se ha encontrado pacientes que estén separados de su pareja o que su estado civil sea otro. Se puede encontrar que los pacientes hombres se encargan principalmente de la parte económica de la familia y las pacientes mujeres se dedican principalmente al cuidado del hogar, la excepción es una sola paciente que se dedicaba más a la agricultura. Comparando esta situación con la actualidad, sin duda que podemos encontrar diferencias, porque podemos ver en la actualidad este tipo de familias va cambiando, porque ahora podemos encontrar fácilmente familias monoparentales, o personas que se han separado de su pareja u otra situación.

Robert B. Taylor y Alan K. David (2006), mencionan que el matrimonio es la relación familiar que más influye en la salud incluso después de otros factores, el estado conyugal afecta a la mortalidad global, la mortalidad por enfermedades específicas, las enfermedades terminales, las cardiopatías y la morbilidad. Los individuos casados gozan de mayor salud que los viudos quienes a su vez tienen más salud que los divorciados y los que nunca se han casado. Aquellos que están casados tienen estilos de vida más saludables y menos discapacidades y viven más tiempo. La separación y el divorcio también se asocia con una morbilidad y una mortalidad mayores. Los estudios de psiconeuroinmunología han puesto de relieve que los varones y las mujeres divorciados y aquellos cuyos matrimonios son poco felices presentan un estado inmunitario peor que aquellos cuyos matrimonios son felices. En el presente

estudio todos los pacientes son casados y la relación con su pareja son buenas o positivas en todos los pacientes, la excepción es sólo una paciente que está teniendo impasses con su pareja.

Entonces, estos factores, como son el apoyo de la familia y el apoyo de la pareja, estaría ayudando a los pacientes a enfrentar su situación de una mejor manera y a superar los problemas o adversidades que se le presentan a causa de su enfermedad. Esto también estaría favoreciendo a que los pacientes no presenten depresión grave o ansiedad de tipo grave o muy grave.

Aspecto Social. Una de las áreas más afectadas por la enfermedad del paciente son las relaciones sociales. Las relaciones sociales de los pacientes se ven afectadas por la enfermedad del paciente de modo negativo, porque en todos los pacientes se ha dado una disminución de las actividades sociales cuando el paciente contrae la enfermedad.

Aparte de la enfermedad, las relaciones sociales se ve agravada en los pacientes que dejan su ciudad, porque se trasladan a otra ciudad donde puedan recibir tratamiento de hemodiálisis, lo que genera alejamiento de las personas que conoce.

En el área de percepción de ayuda o apoyo social los datos nos indican que no se dan cambios en esta área en la mayoría de los pacientes (siete casos), es decir, la enfermedad no ha afectado ni positiva ni negativamente; sin embargo; podemos encontrar dos casos, donde se dan cambios positivos, es decir, en estos pacientes se ha dado un incremento de la ayuda o apoyo social que reciben. En los pacientes en los que no se ha dado ningún cambio por la enfermedad que son siete casos la ayuda o apoyo social se caracterizan por ser regulares (cuatro casos) y dos casos que mencionan que reciben mucha ayuda social, la excepción es un solo caso que menciona no recibir nada de ayuda y no se dieron cambios desde su enfermedad.

Aunque la disminución de las relaciones sociales en los pacientes no es tan favorable, se debe recordar que otros aspectos en la vida del paciente mejoran como es la relación de pareja. La familia de los pacientes son familias funcionales.

Como mencionan Novel Martí, D. Lluch (2000), en el área social los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los cambios más significativos son, alejamiento social por la enfermedad, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

Aspecto laboral. La pérdida del trabajo por la enfermedad es muy negativo para el paciente. De los cinco pacientes que trabajaban antes de contraer la enfermedad sólo uno continúa trabajando, porque su tipo de trabajo le da la posibilidad de continuar haciéndolo, es el caso del paciente que se dedica a la docencia (maestro), aunque también tuvo que hacer reestructuraciones en su trabajo para poder coordinar su trabajo con el tiempo que requiere el tratamiento de hemodiálisis. El resto de los pacientes se dedica principalmente a ayudar en la familia. Se debe hacer la excepción del paciente que es jubilado quién ya se ha retirado del trabajo después de haber cumplido con un cierto tiempo de vida laboral.

En el área de satisfacción laboral. A los pacientes que trabajaban antes de contraer la enfermedad, su trabajo les resultaba satisfactorio, dos casos; muy satisfactorio, también dos casos, y el paciente que es docente (maestro) manifiesta que su trabajo es muy satisfactorio no habiendo cambios por la enfermedad.

En el área de dificultad del trabajo. La dificultad del trabajo para ninguno de los pacientes su trabajo que realizaba les resultaba difícil excepto el de la paciente que se dedicaba a la agricultura. La dificultad del trabajo se caracteriza por ser regular en dos casos. El caso del paciente que era administrador de empresas menciona que su trabajo no tenía nada de dificultad y que era muy fácil cuando lo ejecutaba.

En el área de relaciones sociales en el trabajo. Las relaciones sociales en el trabajo en todos los pacientes eran buenas porque manifiestan que estas actividades se daban de manera regular (tres casos), un paciente manifiesta que en su trabajo siempre existe relaciones sociales.

Para el paciente que es jubilado, su trabajo antes de jubilarse manifiesta que le era muy satisfactorio, la dificultad para realizar su trabajo era regular e indica que casi siempre realizaba relaciones sociales en el trabajo. En el caso del docente no hay cambios por la enfermedad en ninguna de las áreas del aspecto laboral; indica que su trabajo le es muy satisfactorio, la dificultad para realizar su trabajo manifiesta que es fácil y que las relaciones sociales en el trabajo se dan de manera regular.

La pérdida de trabajo será muy significativo para el paciente. Bettina Caporale, menciona que el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobre todo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar, con las importantes repercusiones psicológicas y sociales que esto conlleva. Carlos Haya menciona, los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. Novel Martí, D. Lluch (2000), menciona que los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el cambio o pérdida de status (cuando la enfermedad) conlleva la pérdida o cambio en el empleo o cambios en el nivel económico.

Se ha llegado a alcanzar el objetivo general del estudio, porque se recabó todos los datos durante el estudio y con los datos obtenidos se pudo desarrollar cada uno de los

objetivos específicos en el análisis de resultados, con los que se llegó a establecer conclusiones y de esta manera poder determinar las características psicológicas, familiares, sociales y laborales de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

5.3. Análisis de las hipótesis:

Seguidamente se hace el análisis de las hipótesis que se ha planteado en el estudio para ver si estas se confirman o no.

H1: “Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis tienen un nivel de depresión moderado”.

La hipótesis se confirma parcialmente, porque en el estudio se encontró dos casos que presentan depresión de tipo moderado, el resto de los pacientes no presenta depresión. Como se explicó en el análisis de resultados en la pág. 97, donde se encontró dos casos de los nueve del estudio que presentan depresión. Los pacientes que presentan depresión son los pacientes nuevos o los que recién ingresan a tratamiento de hemodiálisis, de los tres casos que son pacientes nuevos, dos presentan depresión de tipo moderado, la excepción es un solo paciente que no presenta depresión que es el caso dos. También en el análisis de resultados se encontró que ninguno de los pacientes antiguos presenta depresión, es decir, pacientes con más de un mes en tratamiento de hemodiálisis. Entonces como encontramos dos pacientes con depresión de tipo moderado la hipótesis se confirma parcialmente.

H2: “Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis tienen un nivel de ansiedad moderado”.

La hipótesis se confirma parcialmente, porque en el estudio se encontró cinco casos de los nueve que presentan ansiedad de tipo ligero y moderado. En el análisis de

datos en la pág. 98 en la parte que se refiere al nivel de ansiedad se explicó la presencia de ansiedad en los pacientes, donde cinco de los nueve casos presentan ansiedad de tipo ligero y moderado. Los pacientes nuevos presentan ansiedad de tipo ligero y moderado. En cambio los pacientes antiguos presentan ansiedad dentro de la banda normal (cuatro casos) y otros dos casos presentan ansiedad ligera. Por tanto, los pacientes antiguos tienen menor nivel de ansiedad que los pacientes nuevos. Entonces por esta razón la hipótesis se confirma parcialmente.

H3: “El nivel de autoestima de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis es baja”.

La hipótesis se confirma parcialmente debido a que una tercera parte de los nueve casos del estudio tienen baja autoestima. En la pág. 101 en el análisis de datos se explicó que una tercera parte de los casos del estudio tienen baja autoestima, el resto de los pacientes tienen distintos niveles de autoestima que son regular (tres casos) y buena (tres casos). Los niveles de autoestima son distintos tanto en los pacientes nuevos como en los antiguos. Los pacientes nuevos son los que tienen baja autoestima que corresponde a tres casos, Los pacientes antiguos tienen una mejor autoestima; se ha encontrado que tres pacientes tienen autoestima regular y otros tres buena autoestima, lo que demuestra que no todos los pacientes tienen una baja autoestima. Por tanto, la hipótesis se confirma parcialmente.

H4: “El nivel de funcionamiento familiar de las familias de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal es moderadamente funcional”.

La hipótesis no se confirma, porque en todos los casos del estudio se ha encontrado que las familias de los pacientes son familias funcionales; en ningún caso se ha encontrado que la familia de algún paciente corresponda a algunas de las categorías de familia moderadamente funcional o disfuncional. Como se explica en el análisis de datos en la pág. 101, donde los resultados que se obtuvo sobre el nivel de

funcionamiento familiar corresponden a familia funcional; este resultado se da tanto en los pacientes nuevos como en los pacientes antiguos. Es por esta razón que la hipótesis no se confirma.

H5: “En los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal la relación de pareja se ve afectada negativamente por la enfermedad del paciente”.

La hipótesis se confirma parcialmente, porque la enfermedad afecta la relación de pareja tanto positivamente como negativamente. Las distintas áreas de la relación de pareja experimentan cambios desde que el paciente contrae la enfermedad, sólo en algunos pacientes se mantiene igual.

El área más afectada por la enfermedad son las actividades sociales en pareja; en cinco de los casos se ha encontrado que se da una marcada disminución de esta actividad por la enfermedad.

En el área de apoyo emocional o afectivo en la relación de pareja, se da un aumento o se ven reforzadas desde la enfermedad del paciente, esto se dio en cuatro casos. También en el área de la comprensión se dio un aumento por la enfermedad, esto se dio en dos casos.

En el área de conflictos o problemas en la pareja hay una tendencia a la disminución de los conflictos o problemas en la pareja, esto se ha encontrado en dos casos.

La comunicación en la pareja es una de las áreas de la relación de pareja que se ve poco afectada por la enfermedad, sólo en dos casos se dieron cambios por la enfermedad, en un caso hubo una disminución de la comunicación y en el otro hubo un aumento. La comunicación en el resto de los casos no se ve afectada por la enfermedad y se caracteriza por ser buena (cuatro casos) y muy buena (tres casos); tal como se explica en la pág. 103.

Por tanto, la hipótesis se confirma parcialmente, porque existen áreas en la relación de pareja que se ve afectada por la enfermedad de modo positivo como también de modo negativo,

H6: “El aspecto social de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado negativamente por la enfermedad del paciente”.

La hipótesis se confirma parcialmente, porque el aspecto social de los pacientes se ve afectado por la enfermedad tanto negativa como positivamente en sus distintas áreas, como es el área de relaciones sociales y el área de percepción de ayuda o apoyo social.

El área de relaciones sociales se ve afectado negativamente por la enfermedad. En el presente trabajo en todos los pacientes que han sido objeto de estudio hubo una marcada disminución de las actividades sociales que realizaban antes de contraer la enfermedad. Entonces la enfermedad ha afectado de modo negativo, tal como se explica en el análisis de datos en la pág. 106.

En el área de ayuda o apoyo social que reciben los pacientes no se dan muchos cambios por la enfermedad, pero podemos encontrar que en algunos casos que sí se dan cambios desde que el paciente contrae la enfermedad, esto se pudo ver en dos casos. En el resto de los casos no se ha dado cambios por la enfermedad; estos pacientes manifiestan que la ayuda social que reciben se da de modo regular (cuatro pacientes), dos pacientes mencionan que siempre han recibido mucha ayuda social. Por tanto podemos ver que la ayuda o apoyo social que perciben los pacientes es principalmente positiva.

Por tanto, la hipótesis se confirma parcialmente porque las relaciones sociales de los pacientes se ve afectado negativamente por la enfermedad, mientras la ayuda o apoyo

social que perciben los pacientes se mantienen igual en algunos pacientes y en otros pacientes aumentan desde que el paciente contrae la enfermedad.

H7: “El aspecto laboral de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se ve afectado negativamente por la enfermedad del paciente”.

La hipótesis se confirma parcialmente, porque la enfermedad afecta negativamente la situación laboral de los pacientes. La pérdida de trabajo es la principal consecuencia debido a la enfermedad del paciente. De los cinco pacientes que trabajaban antes de contraer la enfermedad sólo uno continúa trabajando (trabajo remunerado), como se explicó en la pág. 107.

El área de satisfacción laboral; de los pacientes que trabajaban antes de contraer la enfermedad, la satisfacción por el trabajo que realizaban era moderada (dos casos) y satisfactorio, también dos casos. El paciente que es jubilado indica que su trabajo antes de su jubilación le era muy satisfactorio.

El área de dificultad del trabajo; en los pacientes que trabajaban antes de contraer la enfermedad, la dificultad del trabajo de los pacientes se caracteriza por ser regular (dos casos) y para ninguno de los pacientes el trabajo que realizaba les resultaba difícil excepto el de la paciente que se dedicaba a la agricultura porque su trabajo le era muy difícil.

El área de relaciones sociales en el trabajo; en todos los pacientes las relaciones sociales en el trabajo eran buenas porque manifiestan que estas actividades se dan de manera regular (tres casos) incluso para un paciente siempre se daban relaciones sociales en el trabajo.

El trabajo no remunerado corresponde a las pacientes que se dedican a labores de casa. En las pacientes la satisfacción por el trabajo oscila entre moderada y

satisfactoria; la dificultad para realizar el trabajo fácil (dos casos) y muy fácil (un caso),

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones a las que se llegó en el presente estudio. Las conclusiones se presentan de acuerdo al orden como se ha planteado los objetivos específicos.

1º Nivel de Depresión. El nivel de depresión de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal es de tipo moderado. Los pacientes (dos casos) que están un mes o menos en tratamiento de hemodiálisis presentan depresión de tipo moderado. No todos los pacientes que ingresan a hemodiálisis presentan depresión, tal como se encontró en un caso. Entonces los pacientes que recién ingresan a hemodiálisis son los que tienen una mayor tendencia a presentar depresión. Los pacientes que están más de un mes en tratamiento de hemodiálisis, que en el estudio son los que están entre cinco meses y dos años en tratamiento no presentan depresión. El impacto de la enfermedad en los pacientes que recién ingresan a hemodiálisis se ve que es mayor, porque son los que más presentan depresión. Como los pacientes nuevos son los que tienen depresión, se puede decir que con el tiempo tiende a desaparecer, como se puede ver en los pacientes que están más tiempo en hemodiálisis, porque son los que no presentan depresión. Esto estaría favorecido por otros factores como la adaptación del paciente a la enfermedad y el apoyo de la familia, porque la familia de los pacientes son funcionales.

2º Nivel de Ansiedad. El nivel de ansiedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal es de tipo ligero y moderado. Estos niveles de ansiedad se ha encontrado en cinco casos de los nueve estudiados. Se encontró en los datos que los pacientes con un mes o menos en tratamiento de hemodiálisis presentan ansiedad de tipo ligero (un caso) y moderado (dos casos); en cambio, los pacientes que están más tiempo en tratamiento de hemodiálisis, que son los que están entre cinco meses y dos años en tratamiento tienen ansiedad de tipo ligero (dos casos) y el resto presenta ansiedad dentro de la banda normal. La ansiedad se da con más frecuencia en los

pacientes, porque a diferencia de la depresión donde sólo algunos pacientes presentan depresión; en cambio, la ansiedad es más frecuente en la mayoría de los pacientes, por lo que, las consecuencias de la enfermedad en este aspecto es más constante.

3° Nivel de Autoestima. El nivel de autoestima de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal es baja (tres casos), también se encontró que la autoestima de los pacientes es regular y buena, también tres casos por cada nivel de autoestima. Debemos decir que no hay predominio de un determinado nivel de autoestima; como se encontró en los datos, los pacientes tienen distinto nivel de autoestima. Se puede precisar que los pacientes que están un mes o menos en tratamiento de hemodiálisis tienen baja autoestima, los que están entre cinco meses y dos años en tratamiento tienen autoestima regular o incluso buena. La autoestima de los pacientes que están más tiempo con la enfermedad es mejor que la de los pacientes que recién contraen la enfermedad.

4° Nivel de Funcionamiento familiar. El nivel de funcionamiento familiar de las familias de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal corresponde a familia funcional; este dato se encontró en todos los pacientes del estudio. Entonces la enfermedad parece no haber afectado negativamente la dinámica familiar; por tanto, la homeostasis familiar. Puede ser que en algún momento de la enfermedad del paciente haya surgido una crisis familiar que pudo haber afectado la homeostasis familiar; pero luego, la familia se habría recuperado de esta crisis y por tanto, la homeostasis familiar.

5° Relación de pareja. La enfermedad afecta no sólo de manera negativa la relación de pareja sino también puede afectar de modo positivo, es decir, que en las áreas de comunicación, conflictos o problemas, actividad social en pareja, apoyo emocional o afectivo y comprensión, puede haber un aumento o disminución por la enfermedad.

La enfermedad ha afectado positivamente en el área de apoyo emocional o afectivo (cuatro casos) y en la comprensión (dos casos) porque aumentan desde que el paciente contrae la enfermedad. Sucede lo mismo en el área de problemas o conflictos (dos casos), porque estas disminuyen desde que el paciente contrae la enfermedad. En el resto de los pacientes en los que no se dieron cambios en estas áreas, estas se caracterizan por ser principalmente regulares o buenas.

La enfermedad ha afectado negativamente en otras áreas de la relación de pareja. Las actividades sociales en pareja se ve afectado negativamente por la enfermedad, porque estas disminuyen desde que el paciente contrae la enfermedad (cinco casos). En el resto de los pacientes en los que no se dieron cambios, las actividades sociales en pareja se dan principalmente de manera regular.

La comunicación es una de las áreas poco afectadas por la enfermedad. Sólo en un paciente se dio un aumento en la comunicación y en otro paciente se dio una disminución. En el resto de los pacientes donde no se dieron cambios por la enfermedad la comunicación se caracteriza por ser buena (cuatro casos) y muy buena (tres casos).

Entonces en los pacientes de estudio la relación de pareja es principalmente positiva excepto en una paciente, porque está pasando por momentos difíciles con su pareja, pero aún así no todas las áreas están totalmente afectadas por la enfermedad (caso uno).

En los pacientes el apoyo de la familia y la relación de pareja estarían influyendo a que en los pacientes no se presente depresión y ansiedad de tipo grave. Porque la familia de los pacientes son funcionales y la relación de pareja se caracterizan por ser positivas.

6° Aspecto social. La enfermedad afecta negativamente las relaciones sociales de los pacientes. En la ayuda o apoyo social que perciben los pacientes, la enfermedad afecta de manera positiva en algunos pacientes.

El área de relaciones sociales se ve afectado negativamente por la enfermedad, porque las relaciones sociales de los pacientes disminuyen desde que el paciente contrae la enfermedad; este dato se encontró en todos los casos.

El área de percepción de ayuda o apoyo social. Se dan cambios positivos en algunos pacientes (dos casos), porque los pacientes mencionan que reciben más ayuda o apoyo social que antes de contraer la enfermedad. En el resto de los pacientes en los que no se dan cambios, la ayuda que reciben es regular (cuatro casos), otros pacientes indican que reciben mucha ayuda (dos casos) y un solo caso manifiesta no recibir nada de ayuda ni antes ni durante su enfermedad.

7° Aspecto laboral. La enfermedad afecta muy negativamente la situación laboral de los pacientes. La pérdida del trabajo es la principal consecuencia por la enfermedad del paciente. De los cinco pacientes que trabajaban antes de contraer la enfermedad sólo uno continúa trabajando, porque su trabajo le da la posibilidad de continuar haciéndolo (caso del maestro); los pacientes que por su enfermedad no trabajan se dedican principalmente a ayudar en la familia.

8° Objetivo general

En conclusión, las características psicológicas de los pacientes están determinados por presencia de depresión de tipo moderado que se da en pacientes que recién ingresan a hemodiálisis. Otra característica es la ansiedad de tipo ligero y moderado que se presenta en la mayoría de los pacientes. El nivel de autoestima es bajo en algunos pacientes, en otros es regular e incluso buena en algunos pacientes. Como se

mencionó en las conclusiones, no todos los pacientes presentan depresión como tampoco ansiedad, lo mismo sucede con el nivel de autoestima.

Entre las características familiares tenemos que las familias de los pacientes son familias funcionales, lo que significa que existe una buena dinámica o relación intrafamiliar. Entre otras características familiares tenemos la relación de pareja que se caracteriza por ser positiva en la mayoría de los pacientes, porque existe comunicación, apoyo emocional o afectivo y comprensión en la relación de pareja, en algunos casos estos factores se ven reforzados o se incrementan desde que el paciente contrae la enfermedad.

Entre las características sociales tenemos que la enfermedad afecta muy negativamente las relaciones sociales de los pacientes, porque éstas disminuyen en todos los pacientes debido a su enfermedad. Otra de las características sociales es la ayuda o apoyo social que perciben los pacientes. La ayuda o apoyo social no se ven muy afectados por la enfermedad, en la mayoría de los casos se da de modo regular, sólo en algunos casos se incrementa por la enfermedad.

Entre las características laborales tenemos la pérdida del trabajo por la enfermedad. Sólo un paciente continúa trabajando, el resto se dedica principalmente a ayudar en el hogar.

9º Hipótesis

De las hipótesis la que más llama la atención es la que se refiere a la funcionalidad familiar, porque en todos los pacientes del estudio la familia de cada paciente es una familia funcional, la enfermedad más que afectar negativamente parece haber hecho que en la familia se refuercen los lazos o que el impacto de la enfermedad pudo haber afectado la homeostasis familiar en algún momento de la enfermedad del paciente, pero después la familia habría recuperado su homeostasis.

También otra de las hipótesis que llama la atención es la que se refiere a la relación de pareja, sobre todo en el área de apoyo emocional o afectivo y el área de comprensión, porque estas se ven reforzados o se incrementan desde que el paciente contrae la enfermedad.

La hipótesis que se refiere al aspecto social sobre todo el área de las relaciones sociales es llamativo porque en todos los pacientes las actividades sociales han disminuido desde su enfermedad. También en la hipótesis que se refiere al aspecto laboral de los pacientes, sin duda lo que más llama la atención es la pérdida del trabajo por la enfermedad.

Recomendaciones

Los resultados del estudio sólo pueden ser generalizados a personas que reúnen las características de la población de estudio.

1º Durante la recolección de datos se observó que algunos de los instrumentos empleados eran muy extensos para los pacientes cuando estos se encontraban ejecutando las pruebas, sobre todo para los pacientes con bajo nivel de instrucción. Los pacientes demoraban mucho tiempo para completar las pruebas. Estos instrumentos eran principalmente los que se utilizó para evaluar la ansiedad y la autoestima; en consecuencia, para futuras investigaciones se recomienda utilizar instrumentos que sean de duración más breve para este tipo de pacientes, porque por su condición y por las consecuencias de la enfermedad muchas pruebas les resultan extenuantes y extensas.

Actualmente se cuenta con instrumentos de evaluación que son de contenido breve, por ejemplo instrumentos de 14 ítems, que cuentan con confiabilidad y validez. Además existen pruebas que están siendo adaptados a poblaciones hispanas y/o latinoamericanas.

2º Se recomienda que los estudios que se lleguen a efectuar en el futuro sean de tipo longitudinales para ver en qué medida evoluciona en el paciente los cambios que se dan a consecuencia de su enfermedad. Los estudios longitudinales deberá abarcar el estudio de los pacientes desde el comienzo de su enfermedad; en algunos pacientes la enfermedad es detectada en su fases iniciales, en otros pacientes la enfermedad se la detecta en una fase muy avanzada o crónica. El estudio estaría orientado a establecer cómo afecta la enfermedad al paciente durante todo el transcurso de su enfermedad. Entonces, se indagaría la problemática desde el momento en que el paciente adquiere la enfermedad, el diagnóstico de la enfermedad crónica, cuando el paciente ingresa a hemodiálisis, que sucede después de que ingresa a hemodiálisis, el paciente puede estar años recibiendo tratamiento en la misma unidad de hemodiálisis. El trabajo

consistiría en hacer un seguimiento a los pacientes durante todo el proceso de su enfermedad.

3º Se recomienda que cuando se trabaje con los pacientes la ayuda o programas de tratamiento deberían estar enfocados más a los pacientes que son nuevos, es decir, los pacientes que recién ingresan a tratamiento de hemodiálisis. porque en el estudio se ha encontrado que estos pacientes son los que más presentan sintomatología depresiva. En cambio, la ansiedad se presenta en la mayoría de los pacientes siendo los pacientes nuevos los que tienen ansiedad de tipo ligero o moderado, los pacientes más antiguos presentan ansiedad dentro de la banda normal o de tipo ligero. En este sentido, para ayudar a los pacientes que presentan sintomatología depresiva y ansiosa se debe enfocar la ayuda o programas en estos dos trastornos como los principales factores a tratar. También se puede recurrir a otros recursos como es la autoestima del paciente, pero se debe trabajar la autoestima no como la parte central en el paciente sino como un complemento o recurso favorable para trabajar la depresión y la ansiedad. Otros recursos favorables con los que cuenta el paciente y se ha observado en el estudio es que los pacientes cuentan con el apoyo de su familia y de su pareja en la mayoría en la mayoría de los casos. Antes de proceder con la ayuda a los pacientes se tendría que valorar su situación.

4º Los pacientes que han perdido su trabajo por causa de su enfermedad es otro punto importante que puede ser tratado dentro de la ayuda o planes de tratamiento dirigido a los pacientes. La pérdida de trabajo es debido a las consecuencias de la propia enfermedad y de los tratamientos. El impacto psicológico en el paciente por la pérdida de su trabajo es siempre elevado sobre todo al principio de la enfermedad crónica y al ingreso a hemodiálisis que es cuando mayormente los pacientes se ven obligados a dejar el trabajo, la excepción pueden ser algunos pacientes como se encontró en el presente estudio, donde existe un paciente que continúa trabajando, pero también tuvo que hacer modificaciones en su trabajo por el tiempo que debe dedicar al tratamiento de hemodiálisis. El paciente que pierde su trabajo podría presentar

síntomas de depresión u otro trastorno como ser la ansiedad, porque para el paciente implica dejar de contribuir económicamente a su familia, puede estar muy preocupado por su situación económica, estar preocupado por lo gastos que genera la propia enfermedad.

5º También para ayudar a los pacientes se puede seguir una línea de prevención. La prevención es siempre favorable. Porque como se encontró en el presente estudio no todos los pacientes que ingresan a hemodiálisis presentan depresión. Como la depresión es un problema importante por su propia naturaleza, porque genera grandes cambios en el estado de ánimo de una persona y requiere siempre de tratamiento cuando esta es grave. De este modo el paciente podría estar mejor preparado para hacer frente a las consecuencias que se generan por su propia enfermedad. A diferencia de los pacientes que ya tienen una depresión u otro trastorno, el cuadro es más complicado, por ejemplo, un paciente con depresión grave puede no responder al tratamiento de manera favorable o la recuperación puede llevar más tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría: MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV-TR).

- Mario Argandoña: PSICOPATOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. Editorial: Artes Gráficas. Edición 1986.

- J. Vallejo. Ruilob; C. Gastó Ferrer; TRASTORNOS AFECTIVOS: ansiedad y depresión. Editorial: Marson, 2000

- Eric Hollander; Daphne Simeon: GUÍA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Editorial: Eslevier 2004

- Sarason, Irwin G.: PSICOPATOLOGÍA: PSICOLOGÍA ANORMAL; El problema de la conducta inadaptada. Editorial: Pretince Hall, 2006 México.

- Enrique Rojas: LA ANSIEDAD: Editorial: Temas de hoy, 2000. Barcelona.

- José Vincente Bonet. SÉ AMIGO DE TI MISMO. Manual de Autoestima. Editorial: Sal Terrae Santander. España, 1997

- Walter Adrianzen Herrera. MEJORE SU AUTOESTIMA: Editorial: Ediciones Mirbet, Octubre, 2006. Perú

- Murray Bowen: DE LA FAMILIA AL INDIVIDUO: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Ediciones Paidós Ibérica. España, 1991.

- Salvador Minuchin: FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR. Editorial: Gedisa Mexicana S.A. México, 1986.

- Enrique Rojas: ADIÓS DEPRESIÓN. Editorial: Litografía Rosés, 2006. Barcelona.
- Robert B. Taylor, Alan K. David. MEDICINA DE FAMILIA: PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. Editorial: Barcelona: Masson, 2006. 6ª Edición. España
- Novel Martí, G Miguel, Mº D Lluch. ENFERMERÍA: ENFERMERÍA PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL. Editorial: Elsevier-Masson, 2000. España.
- Friedrich Dorsch: DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA. Editorial: Herder. Barcelona, 1981.

Sitios Web

NIDDK. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. www.niddk.nih.gov

ALCER (Asociación de Lucha Contra las Enfermedades Renales)
www.alcer.sen. España.

Asociación Argentina de Trastornos de ansiedad. (ATA) www.ansiedad-aata.org

Sufre usted de Depresión. Dr. Enrique Rozados www.psicomag.com.ar

Propuesta de instrumento para la evaluación del funcionamiento familiar. (Revista cubana). www.cubansiopat.com

Enfermos renales aumentan a un promedio de 500 por año.
<http://www.eldiario.net/noticias/>

Alfonso Sanz Castejón. 2002. Artículo: Una aproximación a la psicología del trabajo.

Vayot Agustín (1998). Autoestima En pacientes con Diálisis. Revista electrónica de Psicología. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina

Aymara Reyes Saborit, 2003. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba,

Bettina Caporale www.uninet.edu/cin2000/conferences/caporale/mredonda.html

Sobre las necesidades psicológicas de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. J.C. López Alonso, G. Gómez Jarabo, E. González García. 2000. Artículo.

Efectos psicológicos de la insuficiencia Renal crónica: diferencias en función de Los tratamientos médicos. Ángela Magaz Lago. Bilbao, Junio de 2003.

Una buena relación de pareja beneficia la salud. La Nación, febrero de 2009.
<http://www.lanacion.cl>

Enfermedad terminal y psicología de la salud. Gregorio Escalante
www.monografias.com

Carlos Haya. www.carloshaya.netbibliotecacontenidosdocs