

RESUMEN

La presente investigación realizada en el área clínica, aborda la problemática referente a las características psicológicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis; que son atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

El principal objetivo fue determinar las características psicológicas de estos pacientes; quienes actualmente son atendidos el mencionado nosocomio de nuestro departamento.

Las hipótesis principales fueron los siguientes:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis que son atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la Ciudad de Tarija, presentan: Autoestima bajo, niveles graves de ansiedad, depresión moderada y buenas relaciones intrafamiliares.

El marco teórico constituye el soporte de la investigación; en ese sentido se consideró importante abordar los conceptos siguientes: Insuficiencia Renal Crónica y Diálisis, características psicológicas como la autoestima, la ansiedad y la depresión, así también la importancia de las relaciones intrafamiliares en los pacientes que sufren ésta enfermedad.

La presente investigación se tipifica como un estudio de tipo descriptivo, la población estuvo conformada por 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis del Hospital Regional San Juan de Dios en la gestión 2012.

Los instrumentos empleados para esta investigación fueron: Cuestionario de Autoestima de forma 35B, Test de Ansiedad de Enrique Rojas, Inventario de Depresión de Beck y Cuestionario de Relaciones Intrafamiliares, los mismos presentaron la confiabilidad y validez suficientes para su aprobación.

A la finalización del presente trabajo se pudo arribar a las conclusiones siguientes: los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica presentan una autoestima baja, nivel de

ansiedad normal; así también presentan un grado de depresión moderada por lo cual pueden existir sentimientos de culpa, tristeza, cansancio y relaciones intrafamiliares buenas, propiciando la familia el ambiente adecuado para el paciente.

INTRODUCCIÓN

La mayor característica de la vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis, está acompañado de una serie de problemas psicológicos. Es así que el presente trabajo se centra en las características psicológicas siguientes: autoestima, depresión, ansiedad y relaciones intrafamiliares de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Sin duda alguna cada persona reacciona de un modo diferente ante una situación similar, donde apremia la esperanza por disminuir el dolor mediante el tratamiento de diálisis y esperar la respuesta de un donante para el trasplante de riñones. En estos casos el paciente muchas veces deja de pensar en sus sueños convirtiéndose la sobrevivencia en su principal objetivo.

El presente documento fue estructurado siguiendo los lineamientos descritos a continuación:

Capítulo I, se realizó la conceptualización y justificación de la investigación, posteriormente se consideró como base fundamental la siguiente pregunta, ¿Cuáles son las características psicológicas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis; que son atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la Ciudad de Tarija?

Capítulo II, contiene el diseño teórico, en el cual se expone el problema científico y el objetivo de la investigación, a partir del cual se desglosan los objetivos específicos e hipótesis que permitieron concebir los posibles alcances de la presente investigación.

Capítulo III, constituido por el marco teórico, en este apartado se da a conocer la información teórica que permite consolidar los datos estructurados, conceptos y definiciones que se manejaron en el transcurso de la investigación.

Capítulo IV, comprendió el diseño metodológico de la investigación, el cual incluyó tipo de investigación, descripción de la población; de la misma manera se detallaron cada uno de los instrumentos utilizados.

Capítulo V, se presenta el análisis e interpretación de los resultados, obtenidos durante el proceso investigativo en base a la aplicación de los diferentes instrumentos aplicados. Los resultados fueron expresados mediante datos estadísticos con sus respectivos cuadros.

Capítulo VI, una vez concluida la investigación se arribó a las conclusiones y recomendaciones pertinentes; siendo factible responder a cada uno de los objetivos planteados.

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis, es una enfermedad terminal consistente en un daño irreversible en la función de los riñones, cuya actividad queda reducida en un noventa por ciento. Para mantener el funcionamiento de estos órganos vitales es necesario un tratamiento sustitutivo de diálisis o un trasplante, esto permitiría que la persona afectada pueda sobrevivir.

Para lograr una calidad de vida será necesario desarrollar en el paciente habilidades de adaptación a esta enfermedad, especialmente a su sintomatología. Cuando un paciente con IRC en tratamiento de diálisis llega a la fase avanzada, tiene dos opciones morir o seguir viviendo. Si las condiciones médicas, el apoyo familiar, el deseo de vivir y el soporte económico lo permiten, la segunda opción es la indicada sólo entonces habrá que considerarse la diálisis crónica y el trasplante renal como únicas alternativas existentes.

Los problemas emocionales y afectivos que atraviesa el ser humano no siempre son de origen psicógeno, puesto que las causas también se dan por condiciones físicas asociadas a una enfermedad. Las características psicológicas de las personas con insuficiencia renal crónica afectan su calidad de vida, puesto que los cambios van desde los hábitos básicos como la alimentación o la disponibilidad del tiempo hasta aspectos como el trabajo o los estudios, afectando el proyecto de vida de los pacientes; generando en ellos sentimientos de tristeza, baja autoestima, depresión, aislamiento social, abatimiento y llantos. Sin embargo, cada persona responde de un modo diferente ante esta situación.

Respecto a estudios realizados a **nivel internacional** sobre la enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis, en una investigación realizada en Bilbao, se tuvo a 62 pacientes quienes constituyeron la muestra, con el objetivo de determinar el nivel de depresión y ansiedad; se obtuvo resultados importantes en estos pacientes: puesto que los mayores porcentajes de depresión y ansiedad se encuentran en los grupos de

36 - 65 años de edad (50.84%) y (48.96) precisamente, los más afectados por la enfermedad renal crónica. Por lo tanto plantearon la necesidad de evaluar en forma constante y asesorar psicológicamente a todos los pacientes renales para conseguir mejorar su calidad de vida (Magaz, 2003, p. 12).

A nivel Nacional el “Colegio Médico” de Bolivia realizó estudios sobre la incidencia de la IRC terminal, atendida mediante diálisis o trasplante; la inquietud surge a raíz del ascenso vertiginoso de personas enfermas; 130 casos nuevos de un millón de habitantes son atendidos por año. Esto quiere decir que si en Bolivia hay unos nueve millones de habitantes, cada año se presentan más de 1.000 casos nuevos de Insuficiencia Renal Crónica avanzada; estos 1.000 casos nuevos, sumados a los ya existentes y que aún permanecen con vida gracias a la diálisis o al trasplante (Arze, 2003; 34).

Esta enfermedad genera en los pacientes un fuerte impacto psicológico produciendo miedo, incertidumbre, perturbaciones en el estilo de vida y un cambio rotundo en sus planes futuros.

La aproximación al tema investigado **a nivel regional**, fue un estudio realizado sobre los efectos psicológicos de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en el hospital Obrero y San Juan de Dios; presentan diferentes efectos psicológicos, como la depresión en niveles de moderados a severos equivalentes al 67% de la población. Por otro lado el 85% presentan un nivel de autoestima regular, buena y muy buena. Estos datos reflejan algunas de las características a nivel psíquico que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (Marañón, 2009; 82-86).

Estar frente a una enfermedad terminal constituye una situación crítica, tanto para el paciente como para su entorno familiar y amigos; afecta física y psicológicamente a quien la padece; el ambiente que lo rodea le proporciona una disciplina desde la alimentación, su tiempo, evitando trabajos forzados y dificultándole tener una vida normal, su relación con el entorno social se disminuye pasando a centrarse en ellos mismos y quienes le brindan apoyo incondicional durante el tiempo de la enfermedad. Todas estas nuevas vivencias generan emociones de miedo a la muerte, al abandono,

al dolor, incertidumbre, tristeza, enojo consigo mismos, con la realidad en que viven y los que le rodean (familia, amigos) ya que se encuentran en una lucha interna y externa de sobrevivencia donde queda sólo una esperanza “disminuir el dolor” mediante el tratamiento de diálisis y esperar la respuesta de un donante para el trasplante de riñones la cual es mínima (Marañón, 2009; 82-86).

En base a todos los aspectos expuestos se plantea la problemática siguiente ***¿Cuáles son las características psicológicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, que son atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?***

1.2 Justificación

La presente investigación adquiere gran relevancia en la medida que realiza un aporte **teórico** conceptual acerca de las principales características psicológicas de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, de igual manera se aportaron nuevos conocimientos acordes con la realidad que viven los sujetos diagnosticados con esta enfermedad; debido a que la misma no afecta únicamente las condiciones físicas sino también repercute en el estado emocional, los hábitos cotidianos, familia y demás entorno circundante; provocando desequilibrios a nivel personal, social y emocional; los cuales precisan de atención psicológica para mejorar la calidad de vida de quienes atraviesan los embates de la enfermedad.

En función a lo expuesto se consideró necesario realizar la investigación a fin de valorar las características psicológicas entre ellas autoestima, depresión, ansiedad y poder aportar en consecuencia material teórico actual sobre la realidad clínica, social y psicológica de los pacientes; a fin que pueda servir como material de orientación y análisis a futuros investigadores interesados en profundizar la problemática.

El desarrollo de la presente investigación tiene particular importancia pues nos permite ampliar nuestros conocimientos sobre las características psicológicas de pacientes que padecen esta enfermedad; quienes estando sometidos al tratamiento de diálisis encaran las dolencias tanto físicas como emocionales que la enfermedad demanda; alternando en consecuencia su normal estilo de vida.

Se considera, que a nivel **práctico** la investigación servirá a profesionales como ser: médicos en centros de salud y hospitalarios para una mejor intervención, así mismo por la aplicación de los métodos, técnicas e instrumentos se logro detectar el nivel de autoestima, ansiedad y grado de depresión en estos pacientes lo cual permitirá a los especialistas en el área proponer alternativas para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Fue conveniente llevar a cabo la investigación porque mas allá de conocer el nivel de autoestima, grado de depresión y relaciones intrafamiliares la información obtenida

permitió proponer la aplicación de programas de intervención destinados a los pacientes en proceso de diálisis según sus características para beneficio suyo y como paliativo al dolor de sus familias.

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. Problema Científico

- ¿Cuáles son las características psicológicas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis, que son atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivo General

- Determinar las características psicológicas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis, que son atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

OBJETIVOS

2.3. Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de autoestima que presentan los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.
2. Caracterizar el nivel de ansiedad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.
3. Determinar el grado de depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.
4. Caracterizar las relaciones intrafamiliares de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento diálisis.

2.4. Hipótesis

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis que están atendidos en el Hospital Regional Universitario San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan:

1. Un grado de autoestima bajo.
2. Niveles graves de ansiedad
3. Un grado de depresión moderado
4. La relación intrafamiliar que se genera dentro del hogar del paciente es buena, lo cual pone de manifiesto una adecuada comunicación y apoyo moral constante durante el proceso de la enfermedad.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Autoestima	Sentimiento valorativo de la propia forma de ser, rasgos corporales, mentales e espirituales que configuran la personalidad.	Auto concepto Auto conocimiento Auto evaluación Auto respeto	Creencias que tiene el sujeto de sí mismo a través de los comentarios, diálogos, amigos. Grado en que la persona conoce sus potencialidades y debilidades. Es la autocrítica que la persona hace de sí misma, estableciendo juicios valorativos, acerca de los sentimientos. Grado en que la persona conoce y acepta sus propias potencialidades y debilidades.	Optimo 65-75 Excelente 46-60 Muy bueno 31-45 Bueno 16-30 Regular 0-15 Baja -1-15 Deficiente -16-30 Muy baja -31-45 Extrema -46-60 Nula -61-75 <i>(cuestionario de Autoestima 35B adaptado por Jacqueline de los Ríos U.A.J.M.S)</i>
Ansiedad	Es una emoción de seres humanos que tiene por	Física	Presenta palpitaciones, opresión	Normal Ligera

	objeto la activación fisiológica para ponernos en alerta en posibles amenazas y movilizarnos hacia la acción	Psíquica precordial, temblores, sequedad en la boca y dificultades en la respiración. Inquietud interior, desasosiego por dentro se siente amenazado sin saber el por qué; ganas de huir, temor a perder el control, temor a la muerte, temor al suicidio.	0-20 Ansiedad ligera 20-30 Ansiedad moderada 30-40 Ansiedad grave 40-50 Ansiedad muy grave 50 <i>(cuestionario de Ansiedad de Rojas)</i>
		Conductuales Estado de vigilancia, cambia mucho de postura, gesticula mucho, rinde menos en las actividades, dificultad de concentración.	
		Intelectual Errores en procesamiento de la información, cree que no sirve para nada, todo le afecta negativamente, se acuerda más de lo negativo que lo positivo.	
		Asertivo Le cuesta decir mucho no, a veces no sabe que decir ante ciertas	

			personas, le produce dificultad para hablar en público, formular o responder preguntas.	
Depresión	Es un estado de abatimiento que puede ser transitorio o permanente y que afecta al organismo.	Cognitiva afectiva Somática	Síntomas de tristeza, descenso de ánimo, cansancio desesperación, fracaso, castigo, autodesprecio, ideas suicidas, llanto, retirada social. Indecisión. Cambios en la imagen, insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, bajo nivel de energía.	Sin depresión 0-9 Leve 10-18 Moderada 19-25 Moderado Grave 26-35 grave 36-63 <i>(Inventario de Beck para medir la Depresión)</i>
Relaciones Intrafamiliares	Es un conjunto de personas unidas entre sí por el matrimonio y el lazo de la filiación.	Relación entre el paciente y la familia Comunicación entre la familia y el paciente	La relación es la implicación existente entre la familia, antes, después y ahora de la enfermedad. Comunicación en la familia debe existir tanto de paciente como del	Muy buena Buena Regular Mala Siempre A veces Nunca

			entorno familiar que conviven	Si
		Apoyo económico de la familia hacia el paciente.	El apoyo económico de la familia en: insumos, medicamentos, fistula y de las máquinas dializadoras.	No
		Apoyo moral de la familia hacia el paciente.	La importancia del apoyo moral para el paciente de parte de la familia; consistente en palabras de ánimo, frases motivadoras y apoyo constante.	Ns/Nr
				<i>(cuestionario; elaboración propia)</i>

III. MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta la fundamentación teórica más relevante en el desarrollo de la presente investigación “Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis”.

Como primer punto se consideró la definición de insuficiencia de renal crónica y el proceso de tratamiento de diálisis.

Subsecuentemente están descritas las variables objeto de estudio que son: autoestima, ansiedad, depresión y las relaciones intrafamiliares tomando en cuenta sus respectivas definiciones y características principales.

El presente soporte teórico permitió consolidar la investigación y brindar mayores posibilidades de respaldo y sustento a la información resultante de una serie de pruebas estandarizadas.

3.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal es una alteración de las funciones de los riñones por la cual esto son incapaces de excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada, las causas de la insuficiencia renal pueden ser diversas; algunas conducen a una rápida disminución de la función renal, mientras otras conducen a una disminución gradual de dicha función.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad terminal que consiste en un fallo en el funcionamiento de ambos riñones, cuya actividad queda reducida en un noventa por ciento, la insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales crónicas, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales, ya que es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, de tal manera la IRC está formada por estadios llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis (Merck, 1998).

En el estadio 1, daño renal con FG normal o aumentado (90 ml/min/1,73 m²), la ERC se establece por la presencia de alguno de los datos de daño renal.

El estadio 2 corresponde a situaciones de daño renal acompañadas de una reducción ligera del FG (entre 60 y 89 ml/min/1,73 m²).

El estadio 3 de la IRC es una disminución moderada del FG (entre 30-59 ml/min/1,73 m²).

El estadio 4 es una disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²). Tanto el riesgo de progresión de la insuficiencia renal al estadio 5, como el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares son muy elevados.

El estadio 5 de la IRC es un FG < 15 ml/min/1,73 m². La valoración de la indicación del tratamiento renal para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal.

3.1.1. Etiología

De las muchas **causas** de la IRC, las más comunes son la diabetes mellitus, la hipertensión y la enfermedad de los riñones poliquísticos. Independientemente de la causa, la presentación de la enfermedad es similar, especialmente a medida que el sujeto se aproxima al desarrollo.

3.1.2. Fisiopatología

Como **consecuencia** de la destrucción progresiva de las nefronas, las que permanecen intactas empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al aumento de las necesidades de filtración de solutos y de esta manera, suplir la función de las nefronas destruidas. Esta respuesta de adaptación provocará que dichas células se hipertrofien, lo que conlleva una pérdida de la capacidad de las mismas para concentrar la orina de forma adecuada. Uno de los primeros signos de la IRC es la isotenuriapoliuria, con excreción de orina que es casi isotónica con el plasma. Más adelante, los túbulos empiezan a perder su capacidad para reabsorber electrolitos, seguidamente, como el organismo no puede librarse de los productos residuales a través de los riñones, aparece la uremia clínica y, finalmente, los desequilibrios hidroelectrolíticos del organismo empiezan a afectar a otros sistemas corporales.

3.1.3. Manifestaciones clínicas

Aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrólitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal.

- Sistema urinario
- Alteraciones digestivas
- Sistema cardiovascular
- Alteraciones neurológicas
- Sistema respiratorio
- Alteraciones del aparato locomotor
- Alteraciones dermatológicas
- Sistema reproductor
- Sistema endocrino
- Cambios de Personalidad
- Cambios de la conducta
- Estado emocional negativo

3.1.4. Tratamiento médico

Los objetivos son: retener la función renal, mantener la homeostasia lo máximo posible, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones. Para ello, se debe tomar diferentes tipos de tratamiento:

- **Control de electrolitos:** se controla mediante la restricción de fármacos y alimentos en potasio.
- **Tratamiento de otras manifestaciones clínicas:** se basa en la restricción de líquidos y sodio, y en la administración de fármacos antihipertensivos.
- **Terapia nutricional:** Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el metabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el aumento de los valores de urea, fosfato y potasio.

➤ **Diálisis o trasplante renal:** consiste que el paciente en quien aumenta los síntomas de insuficiencia renal crónica debe remitirse a un centro de diálisis y trasplante en la primera etapa de la nefropatía progresiva. La diálisis se inicia cuando el paciente no puede conservar un estilo de vida razonable con medidas conservadoras o bien cuando estas no son suficientes.

La diálisis es una alternativa de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible. La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante. Los principios que fundamentan la diálisis son la difusión y ultrafiltración de los solutos y el agua; el movimiento de solutos es directamente proporcional al gradiente de concentración existente a ambos lados de la membrana, el cual se manipula variando la composición del líquido de diálisis.

3.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Las características psicológicas son consideradas las disposiciones persistentes e internas que hacen que el individuo, piense, siente y actúe en cada una de sí misma.

Las características psicológicas prevalecen en algunas patologías cuyas manifestaciones de la persona afectada tiene ciertos comportamientos y cambios que van desde los hábitos básicos como la alimentación o la disponibilidad del tiempo, hasta aspectos como el trabajo o los estudios, afectando el proyecto de vida de los pacientes. Sin duda, cada persona responde de un modo diferente ante esta situación, produciendo sentimientos de tristeza, baja autoestima, depresión, ansiedad y también afectando al entorno familiar de la misma.

3.3. LA AUTOESTIMA

Resulta indispensable abordar la autoestima como un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Se encontró (De los Ríos, J., 1999, citado por Espinoza, J., 2008) que señala “*La autoestima es un síndrome porque se trata de*

un grupo de sentimientos, comportamientos que sobreponen, enlazan e interdependen con una misma finalidad”. El concepto que el ser humano tiene de su valía; le permite desarrollar la habilidad de establecer su identidad y darle su valor. A partir de ello le es posible proponerse metas y alcanzarlas; es la autoestima que aporta la energía que permite disfrutar de los logros y sentir satisfacción por la concreción de los proyectos realizados. Todo ser humano tiene una tendencia dirigida al desarrollo personal donde la auto comunicación, autovaloración y auto aceptación son fundamentales para su salud mental y normal desarrollo; esto le permite no desmayar cuando se presentan dificultades y ser positivo en momentos de tristeza o frustración; lo que sin duda mostrará al individuo la verdadera plenitud y gozo por la vida. “La autoestima no viene determinada por éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, depende de nuestra racionalidad, honestidad e integridad, pues son procesos volitivos, operaciones de la mente de las cuales somos responsables” (Alcántara, J.A., 1993:15)

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, Según Rodríguez E. 1998 los componentes de autoestima son:

Autoconocimiento.- Es conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades, habilidades y debilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es. En otras palabras, autoconocimiento es: Conocer por qué y cómo actúa y siente el individuo. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes no funciona de manera eficiente, las otras se verán modificadas y su personalidad será insegura, con sentimientos de ineficiencia y des valoración.

Autoevaluación.- Refleja la capacidad interna de calificar las situaciones: si el individuo las considera “buenas”, le hacen sentir bien y le permiten crecer y aprender, por el contrario si las percibe como "malas", entonces no le satisfacen, carecen de

interés y le hacen sentirse devaluado, mal, incompetente para la vida, no apto para una comunicación eficaz y productiva.

Autoconcepto.- Es una serie de creencias y valores acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta.

Si alguien se cree tonto, actuará como tonto, si cree que es inteligente o apto, actuará como tal, y así se relacionará.

Autorrespeto.- Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse, tiempo para atenderse, cuidarse, protegerse y darse a sí mismo.

3.3.1. Desarrollo de la autoestima

La autoestima es un proceso interno que comienza con aceptarse uno mismo, con el perdón de los propios errores y el convencimiento positivo de que cada día es posible ser mejor dejando de lado las culpas del pasado.

Le brinda convicción al individuo para creer en lo que puede lograr a través del tiempo. La autoestima se va construyendo a partir de las personas que nos rodean, experiencias, vivencias y sentimientos que se producen a lo largo de las etapas de la vida. De ahí que la valoración que se tiene de uno mismo es consecuencia de un proceso de varias etapas y experiencias. Se encontró (*De los Ríos, J., 1999, citado por Espinoza, J., 2008*) que señala “el amor por sí mismo comienza a formarse en los niños durante los primeros años de su vida a través de las relaciones con la familia, amigos o en el colegio. En la adolescencia se reafirma o se revalora, y en la edad adulta, los éxitos y fracasos continúan repercutiendo en la manera de cómo nos evaluamos”.

Todos necesitan tener buena autoestima porque ésta permite mantener valores morales y experimentar plena satisfacción a través de pensamientos y acciones; permitiendo así al individuo desarrollar una adecuada y productiva adaptabilidad social; el nivel de autoestima determina nuestra forma de ver y afrontar la vida. Es así que **José Vicente Bonet** identifica dos niveles básicos:

3.3.2. Características de persona con alta autoestima

Una persona con autoestima elevada presenta por lo general las siguientes características:

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos.
- Es capaz de obrar según sus propias convicciones sin sentir culpa.
- No pierde tiempo preocupándose por el pasado, ni por el futuro. Aprende del pasado y proyecta para el futuro.
- Confía en su capacidad para resolver sus propios problemas.
- Se considera y se siente igual que cualquier otra persona, ni superior, ni inferior.
- Se considera interesante y valiosa para los demás.
- No se deja manipular por los demás.
- Reconoce y acepta en sí misma sentimientos tanto positivos como negativos.
- Es capaz de disfrutar en las diversas actividades que realiza.
- Es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás.

3.3.3. Características de persona con baja autoestima

Una persona con baja autoestima cumple las condiciones siguientes:

- **Autocrítica rigorista;** crea un estado habitual de insatisfacción consigo misma.
- **Hipersensibilidad a la crítica;** le hace sentirse fácilmente atacada.
- **Indecisión crónica;** por miedo exagerado a equivocarse.
- **Deseo excesivo de complacer;** no se atreve a decir “no” por temor a desagradar a los demás.

- **Perfeccionismo;** o autoexigencia que le llevan a sentirse mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- **Culpabilidad neurótica;** se condena por conductas que no siempre son malas, exagera la magnitud de sus errores y los lamenta indefinidamente sin llegar a perdonarse por completo.
- **Hostilidad flotante;** irritabilidad constante.
- **Actitud supercrítica;** casi todo le disgusta y decepciona.
- **Tendencias depresivas;** es proclive a sentir una desgano del gozo de vivir (Bonet, J.V.,1997: 29 - 30).

3.3.4. Aspectos de la autoestima que presentan los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

Una enfermedad crónica o terminal, disminuye nuestra autoestima porque afecta nuestra identidad y en ocasiones nuestra autoimagen, puede reducir nuestra sensación de control y seguridad, aumentando nuestra dependencia y sentimientos de incapacidad.

La autoestima comprende la consciencia que cada uno tenemos acerca de nosotros mismos, de cuáles son los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas de nuestra manera de ser y el sentimiento, aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra propia persona, la consideración que mantenemos hacia nuestros intereses, creencias, valores y modos de pensar (Rodríguez, 1998).

3.4. LA ANSIEDAD

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior

(Rojas E. 2000, p. 36 - 52). La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” y en la literatura científica se cuenta con una variedad de obras dedicadas a la sola definición del concepto.

Podremos manifestar que la ansiedad es un estado emocional particularizado en el individuo experimentado como una excitación emocional, con participación psicofisiológica, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida.

Esta forma de ver la enfermedad psíquica y por extensión, la ansiedad nos lleva a una redefinición de la misma que podría quedar expuesta del siguiente modo: la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad (Rojas E. 2000, p.36-52).

3.4.1. Tipos de ansiedad

Enrique Rojas (2000) distingue las siguientes: ansiedad exógena, endógena y angustia existencial.

➤ **Ansiedad endógena:** es aquella que proviene de los sentimientos vitales, de ese estrato llamado vitalidad, en donde parece que confluyen lo somático y lo psíquico. La produce el organismo, vive de la endogeneidad.

Deriva de lo psicofisiológico, de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional. Se trata de una serie de estructuras nerviosas, entre las que se destaca el sistema límbico principalmente: la corteza cerebral, un sistema de interrelaciones que se establece entre los dos anteriores a los que se deben añadirse una serie de sistemas de activación unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Esta serie de conexiones funcionales van a ser las responsables de las distintas versiones de la ansiedad, pero siempre con ese núcleo común, la emoción

que se experimenta como amenaza física y psíquica y que va a provocar una reacción de alerta.

➤ **Ansiedad exógena:** no es propiamente ansiedad, mejor llamarla de otro modo, es aquel estado de amenaza inquietante, producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones entronizadas de tensión emocional; crisis de identidad, personal, problemas provenientes del medio ambiente.

➤ **Angustia existencial:** es aquella que proviene de la inquietud de la vida y nos propone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá. Esta es buena siempre y cuando el sujeto no termine traumatizado y sin darse cuenta termine en una ansiedad patológica (Rojas, 2000: p. 83).

3.4.2. Clasificación de los síntomas de la ansiedad.

Para Rojas (2000) la ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de varias formas. Su sintomatología en cada sujeto puede aparecer relativamente distinta. Rojas reúne a esta sintomatología en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y por último los síntomas asertivos.

➤ **Síntomas físicos:** se produce por una serie de estructuras cerebrales intermedias. Donde se orientan las bases neurofisiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina. De tal manera, que cuando padecen fuertes tensiones emocionales, periodos de graves conflictos o estados de ansiedad más o menos crónica, siempre se observan síntomas en área concreta. Otro factor a destacar es el siguiente: hay emociones que son más negativas, otras tienden a canalizarse en el aparato respiratorio, y otros que escogen la vía cardíaca y la urinaria o la sexual. Por ejemplo, el terror suele expresarse en la zona precordial, con sensaciones de opresión y/o taquicardia; muchos conflictos se manifiestan en forma de náusea, vómitos, pellizcos gástricos, molestias digestiva difusas.

➤ **Síntomas psicológicos:** son aquellos que se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de bucear y descubrir sus sentimientos, y sobre todo su capacidad de expresar, referir, relatarlo que mueve dentro de ellos.

En el cual se lo diferencia los síntomas de ansiedad y angustia: la angustia tiene siempre manifestaciones somáticas más marcadas, mientras que la ansiedad se desarrolla en un nivel psicológico; fundamentalmente la angustia produce una reacción asténica, de paralización, bloqueo o inhibición. Los síntomas somáticos se expresan especialmente en la zona precordial y en los territorios gástricos: taquicardia, opresión precordial, pellizco gástrico, sensaciones vagas e indefinidas epigástricas, ardores y durante el tiempo que transcurre lentamente, de modo que recuerda un poco al padecimiento del melancólico: los acontecimientos de una forma parsimoniosa, más pausada y más gradual que en la ansiedad. Por otro lado hay una vivencia temerosa del prevenir, pero con elementos del pasado.

En la ansiedad observamos unas notas diferenciales, es decir experiencias más psicológicas, de tal manera que se ha dicho que la ansiedad es la experiencia de la libertad o de la posibilidades del ser humano, de ahí se deriva que ésta sea más creativa, provoca una reacción escénica, de sobresalto, de incitación a la huida, de participación a la actividad, tendencias a escaparse, a evadirse o a correr en una palabra impresión subjetiva de no estar quieto. Hay unos síntomas preferentes: sensación de falta de aire y dificultad para respirar, “es como si el aire no llegara dicen algunos ansiosos”, el tiempo va más acelerado: los hechos se viven con más rapidez, todo tiene una cierta velocidad, una mezcla de agobio y aglomeración de acontecimientos; todo parece que se precipita. Al mismo tiempo hay una clara anticipación de lo peor: malos presagios, vaticinios negativos de algo que sobreviene, presentimientos repletos de la idea que algo grave va a suceder y todo ello es una atmosfera indefinida, vaga, inconcreta, abstracta, poco clara. Todo es impresión futura, por tanto augurio, sospechas tumorosas y desventurada.

La angustia se registra más en los hombres que en las mujeres, los síntomas psicológicos, se captan a través del lenguaje verbal. Mediante el análisis del discurso penetramos en la calidad y los matrices de la vivencia.

➤ **Síntomas de conducta:** se denominan así a todos aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad del que sujeto cuente lo que le pasa. No es necesario que la persona cuente lo que se le pasa, sino que simplemente se registra al ver su comportamiento; tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo.

➤ **Síntomas intelectuales:** hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información. La Psicología cognitiva piensa que el conocimiento del hombre se produce en el cerebro como si éste funcionara como un ordenador. Todo lo que el cerebro recibe se almacena: un procesamiento de la información que va asegurar unas leyes y una organización funcional de la mente, del mismo modo que el técnico de programación conoce como opera el ordenador sin preocuparse por su infraestructura. Los síntomas intelectuales de la ansiedad se producen por fallos en la valoración de los hechos. La fuente de ansiedad diaria esta instituida por los conflictos que la vida nos trae a cada paso. Cuando no los afrontamos bien, o cuando no sabemos salir de ellos airoosamente, entramos en un círculo de tensiones ansiosas.

➤ **Síntomas asertivos:** se define como al trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación.

3.4.3. Características de la ansiedad en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto indica que se trata de una vivencia de un estado objetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción, con las características apuntadas para la misma.

La ansiedad en pacientes con enfermedad de insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis puede estar presente antes del diagnóstico. El diagnóstico

puede desencadenar preocupaciones anticipadas hacia la evolución de la enfermedad, el tratamiento y eventuales complicaciones asociadas a la pérdida progresiva de autonomía que antecede la muerte. Diversos factores que predisponen a la ansiedad incluyen trastornos que pueden ser cognitivos o somáticos.

Los síntomas más llamativos son los somáticos, que incluyen taquicardia, diaforesis, disnea, molestias gastrointestinales, náuseas y vómito. La pérdida del apetito, disminución de la libido y el insomnio son igualmente frecuentes, como también la hiperactividad y la irritabilidad (Driver L. 2000.; p: 88).

3.5. LA DEPRESIÓN

El presente documento tomara como referencia teórica los postulados de Beck el cual define a la depresión como un “síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, con la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes.

Los trastornos emocionales existen una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o de privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los considera globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la triada.

➤ Visión negativa del yo

El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazan.

➤ Visión negativa del mundo

Las interacciones con el ambiente son interpretaciones como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

➤ **Visión negativa del futuro**

Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes.

Supone que sus problemas y experiencias comunes continuaran indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregarán otros males de mayores.

3.5.1. Etiología de la depresión

El procesamiento distorsionado de la información en la depresión y en la ansiedad entiende la teoría de Beck como un factor de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos. Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información. Ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores:

- La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad.
- Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo.

La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es de decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (Ruiz y Juan José.; P: 8).

3.5.2. Tipos de depresión

A continuación se describen los tipos de depresión:

➤ **La depresión como emoción normal**

La depresión es una emoción común que en condiciones normales, es una reacción provocada por procesos psicológicos como evaluaciones y estimaciones a nivel cognitivo; en el proceso de depresión intervienen factores cognitivos y sociales. Por su condición desagradable, la depresión parece tener una función: la de eliminación a sí mismo. Pero será así si la persona se ve obligada a reorganizar sus pensamientos y buscar nuevas ideas para reconstruir su vida.

➤ **La depresión como emoción anormal**

Una depresión es anormal cuando no guarda proporción con el suceso o sucesos antecedentes que lo han provocado; cuando es excesiva con respecto a la causa o factor precipitante conocida; cuando se produce en sustitución de otra emoción más adecuada.

Para explicar esta depresión tenemos factores psicológicos y constitutivos. Estos factores están conectados con la depresión durante la psicosis maniaco-depresiva. La depresión no reorganiza las ideas sino que piensa los procesos de pensamiento portadores del dolor mental (Calderón. 1998.; p: 5).

3.5.3. Clasificación de los síntomas de depresión

Beck (1979) citado por Ruiz Sánchez (2000) indica que la depresión presenta una serie de sintomatologías en lo que tanto el componente afectivo, intelectual, conductual y somático sufren concluyentes cambios a los que se denominaran como trastornos.

➤ **Trastornos afectivos**

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora lo abaten.

El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que cuesta mucho trabajo tomar decisiones hecho que deteriora su voluntad y su actividad. El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal que las demás de las veces se manifiestan con frases como, soy un inútil, para mí ya no hay nada, todo lo hago mal, etc.

Otro síntoma frecuente es el miedo que a veces se presenta en forma no precisa; pero el paciente siente temor pero no puede explicar a que, pudiendo ser todo o nada en especial.

➤ **Trastornos intelectuales**

Es frecuente que la censo percepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal.

Aparte hay una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy nefasto para los demás, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo; ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan.

➤ **Trastornos conductuales**

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta, la actividad y la productividad del sujeto

disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarlo a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligrosos que debe valorarse al inicio del tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia. Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

➤ **Trastornos somáticos**

A este cuadro se llama “depresión enmascarada” y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Así mismo el paciente inicia una preocupación somática que provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podía haber resultado su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio, la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser única pero angustiosa queja por muchos años. Otro trastorno importante es la pérdida de peso o disminución del apetito, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos.

Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia, falta de erección o eyaculación precoz, no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es muy evidente. Aunque suele perturbarla menos que al hombre y otros síntomas somáticos que varían entre un caso y otro.

3.5.4. Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

Moreno (2004.; p: 17-25) describe a la depresión que sufren los participantes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, no desempeñan ningún tipo de actividad laboral, presentan mayores grados de depresión en comparación con el grupo de participantes con actividad laboral. Algunos dependen de su familia, otros son beneficiarios de una pensión o jubilación por incapacidad cuya retribución es escasa, alcanzando sólo a cubrir los gastos médicos ocasionados por la IRC y provocando, en muchos casos, problemas económicos y emocionales. Muchos de los síntomas físicos asociados a la depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

3.6. LA FAMILIA

La familia es la unidad básica de la sociedad, es el lugar donde se forma los valores, donde se forman las nuevas ciudades de la sociedad. Dentro de la familia, la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella. Toda conducta es comunicación y por ende influyen sobre los demás y sobre la influencia de estos.

La familia es una estructura flexible constantemente cambia las relaciones intrafamiliares y los procesos de interacción entre sus miembros, vale decir que no son entidades estáticas sino esta ante cambio, que se da y a partir de las interacciones entre los individuos de los miembros de la familia (Ackermann. 1986).

3.6.1. Relaciones intrafamiliares

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión

familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”. La dimensión de **unión y apoyo** mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar, así también, la dimensión de **expresión** mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto (Rivera H. 2010.; P: 17).

3.6.2. Funciones de la familia

La familia es institución que tiene fundamentalmente funciones que cumplir con los niños de manera especial, la familia es un grupo de personas que viven en un mismo domicilio, participan en la satisfacción de sus necesidades económicas, apoyo moral, interacción dentro de la familia, afectivas, comunicación constante, etc.

- 1) **Funciones física.-** La familia debe cubrir necesidades de alimentación, ambiente físico para su mejor desarrollo y velar por su salud, dentro del núcleo familiar son principalmente responsables de cumplir con esta función los padres.
- 2) **Función económico.-** en el modelo de la familia es brindar económicamente sus necesidades en el entorno familiar, ya que el apoyo económico es un factor importante en la familia en la sociedad.
- 3) **Función afectivas.-** es el clima que trasmite la familia y está expresando en la calidad de sus lazos de amor, lealtad, apoyo y reconocimiento. Esta función es la única que la familia no puede delegar al sistema social.
- 4) **Función psicológica.-** sobre toda satisfacer las necesidades afectivas y emocionales, esto quiere decir que una familia debe generar confianza, autoestima, potenciar la personalidad.

3.6.3. Relaciones intrafamiliares de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

La familia es un “conjunto de personas unidas entre sí por el matrimonio y el lazo de la filiación”. La relación de implicación existente entre la familia y la sociedad, “no hay familia sin sociedad”, por lo tanto una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia, provoca reacciones diferentes en los distintos miembros de la misma. Pueden surgir sentimientos de protección, compasión y necesidad de ayudar al enfermo o enojo y resentimiento contra la vida, generalmente puede ir coraje acompañado de culpa y auto recriminaciones, según el tipo de enfermedad y relación, la tensión y el cansancio pueden ser constantes en los familiares cercanos y cuidadores.

La familia debe comunicarse en su totalidad como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y en cada uno de los demás miembros de la familia.

Por lo tanto la enfermedad renal crónica y el tratamiento de diálisis y la hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio (Medisan, 2006).

6.6.4. La familia frente a la enfermedad terminal

La familia frente a la enfermedad terminal de un miembro enfrenta a la totalidad de la misma con una amenazante crisis en la que todos sus miembros reaccionan en sus formas características, sus respuestas son variables y pueden ser más o menos compatibles unas con otras y con las necesidades del momento, algunos de los miembros pueden estar y con las necesidades del momento, otros pueden estar aun mas angustiados que el propio paciente. Sin embargo es un tiempo de reunión y movilización de recursos; hay mucha voluntad para ofrecer ayuda y apoyo activo, incluso de miembro lejano y amigos de la familia. La familia debe equilibrarse las necesidades del paciente con las de otro miembro de la misma. Además de resumir

las tareas normales del desarrollo para cada uno de ellos, pueden surgir dificultades y conflictos entre sus miembros, diferencias sobre los objetivos y el proceso mismo de la enfermedad y su tratamiento; mientras un cuidador primario puede permanecer manifestando protector, otro permite, exige y estimula una mayor libertad del paciente (Ibíd.).

3.6.5. Manifestaciones de la familia ante la enfermedad terminal

Palechano (1999) realizó estudios sobre cómo afronta la familia frente a esta enfermedad crónica.

- **Shock:** Período de aturdimiento e incredulidad. Se activa la respuesta de alerta. Se recurre a más opciones que buscan encontrar la posibilidad de curación.
- **Negación:** Período necesario para poder manejar el estado de shock, durante esta fase la familia puede mantener el control y la estabilidad emocional. No todos los miembros reaccionan igual. Comienzan a manifestarse sentimientos de ansiedad, miedo, desprotección, inutilidad.
- **Negociación:** Significa que se empieza a asimilar el significado de la enfermedad terminales como ser: renal crónica, sida, cáncer, diabetes etc.
- **Conspiración del silencio:** acuerdo sobre no decir la verdad, aunque se tenga claridad sobre ella, con el fin de protegerse unos con otros, conspiración relega al paciente al aislamiento emocional dejándolo sólo con sus pensamientos, ansiedades y temores.
- **Depresión:** Al avanzar la enfermedad, la familia se enfrenta a diversas pérdidas; durante esta fase surgen sentimientos de: dolor, tristeza, desasosiego, temor, ansiedad, confusión, desesperanza.
- **Duelo anticipatorio:** Aceptación, ocurre cuando la familia halla mecanismos de adaptación, se ve próxima la muerte del paciente y la familia emocionalmente se siente preparada. Al aceptar los hechos y al abandonar terceras y cuartas opiniones y curaciones milagrosas; la esperanza debe fortalecerse hacia el acompañamiento y al adecuado control de síntomas, por lo que la familia reorganiza su esquema,

permitiéndose el pensamiento de pérdida, y al mismo tiempo siendo la base del manejo.

3.6.2. Dificultades en relaciones intrafamiliares

Se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.

Desorganización, la enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes sido exitosos.

Ansiedad, conductas hiperactivas, irritabilidad, intolerancia entre unos y otros.

Emocional, relación oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frente y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente.

Introversión, la enfermedad y la muerte son poderosos fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia, la cual para defender implanta nuevas normas.

IV. METODOLOGÍA

Este capítulo, muestra la descripción metodológica, técnicas e instrumentos empleados en la investigación.

4.1. TIPIFICACIÓN

El tema objeto de estudio pertenece al área de:

La **Psicología Clínica**, debido a que “la misma pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo”.

En este sentido se evaluaron las características psicológicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en proceso de diálisis, tales como la ansiedad, nivel de autoestima, grado de depresión y relaciones intrafamiliares. Dado que la Psicología Clínica es una de las ramas de la Psicología dirigida a la detección, prevención y desarrollo de la salud mental de los individuos, se constituye en el área de estudio.

Por otra parte la investigación se tipifica como un estudio: “**Descriptivo - exploratorio**”.

Decimos **exploratorio** porque es la primera vez que se realiza un estudio con esta población en la ciudad de Tarija. **Descriptivo** porque busca especificar las características psicológicas “nivel de autoestima, nivel de ansiedad, grado de depresión y relaciones intrafamiliares” de los pacientes que padecen la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica y que se encuentran en tratamiento de diálisis.

El tratamiento de los datos se realizó de manera cuantitativa, transformando los mismos en datos estadísticos, los cuales permitieron mostrar indicadores sobre estas características; considerando que la posterior interpretación de los resultados tienen carácter cualitativo, corroborados con la entrevista abierta realizada.

4.2. POBLACIÓN

Para la realización del presente trabajo de investigación, se tomó en cuenta a todos los

sujetos que padecen de insuficiencia renal crónica; la misma se caracteriza por un mal funcionamiento de los riñones que afecta la funcionalidad de los demás órganos entorpeciendo la adaptación del individuo al medio circundante.

Se trabajó con todos los pacientes que sufren la enfermedad de insuficiencia renal crónica y actualmente reciben tratamiento de diálisis en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, con 30 sujetos, los mismos que constituyen el total de la población que; atraviesan la fase terminal de la enfermedad; por lo tanto no se realizó una selección muestral.

A continuación se presenta un cuadro sobre las características de la población con la que se trabajó.

Cuadro N° 1

Población y Muestra

TIEMPO de enfermedad	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
1 a 4 semanas	2	--	2
1 mes a 12 meses	9	4	13
1 a 2 años	7	5	12
3 a 4 años	--	3	3
TOTAL	18	12	30

4.2. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.2.1. Métodos

Los métodos empleados en la presente investigación fue:

- **Método Teórico**

El método teórico se utilizó principalmente en la construcción del marco teórico y la interpretación de los datos, aunque el mismo está presente en todos los momentos de la investigación.

El soporte teórico permitió afianzar la información obtenida y de ese modo consolidar los datos y su veracidad; en ese sentido se abordó todo lo concerniente a las características psicológicas particulares de los sujetos que padecen de Insuficiencia Renal Crónica.

- **Método Empírico**

A efectos de conocer la caracterización psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica, se procedió a la aplicación de pruebas estandarizadas, cuestionario y test psicológicos, facilitando el registro, análisis, interpretación y transformación de la realidad en el proceso de investigación.

4.3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas empleadas en el presente trabajo de investigación fueron las siguientes:

Entrevista abierta.

La entrevista es una herramienta que representa el encuentro entre el psicólogo y el paciente que provoca un intercambio afectivo y permite la observación y el establecimiento del vínculo necesario para que el entrevistado deposite su confianza hacia el entrevistador.

Cuestionario.

El cuestionario es una técnica muy estructurada para recopilar datos que consiste en una serie de preguntas escritas y orales que debe responder un entrevistado. Por lo

general el cuestionario constituye un elemento de un paquete de recopilación de datos.

4.3.3 Instrumentos

Los **instrumentos** implementados en la recopilación de datos, fueron los siguientes:

Pruebas Psicológicas.-

Inventario de Autoestima de forma 35 B

El inventario de autoestima 35B, es un instrumento que mide el nivel de autoestima.

Este instrumento consta de 50 ítems, a los cuales el sujeto debe responder en función a cuatro alternativas, desde óptimo hasta deficiente, en un rango de 0 a 3, la escala de autoestima comprende diez rangos, cada uno con sus determinados niveles, tomando en cuenta las cuatro categorías que son: *autoconocimiento*, grado en que la persona conoce sus potencialidades y rendimientos; *autoconcepto*, lo cual se refiere a una serie de creencias acerca de uno mismo, que se manifiesta en la conducta; *autoevaluación*, catalogada como el grado en que la persona se evalúa a sí misma y finalmente el *autorespeto*, que es el grado en que la persona reconoce y acepta su propia valoración.

Las escalas en las que se mide son:

La escala de autoestima comprende diez rangos cada uno con sus determinados niveles:

Óptimo 61 A 75.	Muy Bajo - 31 A – 45.
Excelente 46 A 60.	Extrema - 46 A - 60.
Muy Bueno 31 A 45.	Nula - 61 A – 75.
Bueno 16 A 30.	
Regular 0 A 15.	
Baja - 1 A – 15.	
Deficiente - 16 A – 31.	

El cuestionario es aplicable a personas a partir de los 12 años en adelante; para la corrección del test se procede a la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números pares, de este total se resta la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números impares y se procede a ubicar el puntaje en uno de los diez rangos existentes.

Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas:

Esta prueba permite valorar el nivel de ansiedad que presenta una persona, consta de 100 preguntas relacionadas con los distintos síntomas de ansiedad que abarca lo fisiológico, psíquico, conductual, cognitivo y asertivo, a partir de los cuales se establece un diagnóstico y el nivel general de ansiedad que presenta el sujeto aplicado.

Las escalas en las que se miden son:

0 a 20 Banda normal.

40 a 50 Ansiedad grave.

30 a 40 Ansiedad moderada.

20 a 30 Ansiedad ligera.

50 Ansiedad muy grave.

Inventario de Depresión de Beck

Es un instrumento cuyo objetivo es evaluar el grado de depresión en el cual se ubica un sujeto.

Este inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión, en valores numéricos del 0 al 3 que cuantifican estas posibilidades. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se divide en a y b; los ítems fueron escogidos tomando en cuenta su relación con el cuadro depresivo, dejando de lado cualquier significación etiológica.

Las escalas en las que se miden son:

Sin depresión 0-9

Depresión leve 10-18

Depresión moderada 19-25
moderada grave 26-35

Depresión

Depresión grave 36-63

Cuestionario de relaciones intrafamiliares (Elaboración propia)

Se elaboró un cuestionario semi - estructurado con preguntas abiertas y cerradas, el que fue valorado según el criterio de dos especialistas en el área de Psicología; mediante éste instrumento se buscó establecer las características de las relaciones intrafamiliares en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.

Este cuestionario consta de 20 preguntas a las cuales el sujeto responde con las alternativas que son:

La escala en las cuales se responde son:

Muy Buena	Siempre	Si
Buena	A Veces	No
Regular	Nunca	Ns/Nr
Mala		

Guía de entrevista.

La entrevista se elaboró con el afán de corroborar los datos establecidos inicialmente sobre las relaciones intrafamiliares, indagando el antes y el momento actual de la enfermedad.

La entrevista fue elaborada en base a ocho preguntas abiertas, por medio de las cuales el paciente pudo exponer su sentir frente a la temática expuesta. La información obtenida proporcionó datos relevantes para el enriquecimiento de la investigación.

6. PROCEDIMIENTO

La presente investigación se desarrolló en función a las fases siguientes:

1). Primera fase: revisión bibliográfica

Previamente se procedió a la revisión bibliográfica; la misma permitió recabar la información pertinente y por ende consolidar el soporte suficiente para la elaboración del marco teórico. Dado que toda investigación se apoya en la veracidad de su información; es evidente la importancia del soporte teórico en el proceso investigativo.

2). Segunda fase: contacto con la institución

En la segunda fase se procedió a establecer el contacto con las autoridades del Hospital Regional San Juan de Dios para tener acceso a la población y de ese modo proceder a la aplicación de los instrumentos

3). Tercera fase: prueba piloto

Esta fase comprendió la aplicación de la prueba piloto a 6 pacientes, lo cual permitió, identificar la existencia de dificultades respecto a ciertas preguntas por lo cual se procedió a realizar algunos cambios o selecciones de instrumentos.

4). Cuarta fase: consentimiento de los pacientes

En la quinta fase de la investigación, se procedió a conseguir el consentimiento informando, que tiene como finalidad lograr la autorización de cada uno de los pacientes parte de la investigación para la consecuente aplicación de los instrumentos.

5). Quinta fase: aplicación de las pruebas

Una vez delimitada la población se procedió a la aplicación de los instrumentos a cada uno de los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de diálisis en el Hospital Regional San Juan de Dios.

Previamente se aplicó el Cuestionario de Autoestima 35B; luego el Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas y el Inventario de Depresión de (Beck). Finalmente el Cuestionario Semi - estructurado de Relaciones Intrafamiliares.

Estas pruebas fueron aplicadas de forma individual en cada sesión programada por los pacientes.

6). Sexta fase: sistematización y procesamiento de los datos

En esta fase de la investigación se procedió a la tabulación y a la realización de la matriz de datos lo cual permitió la creación de los cuadros respectivos.

7). Séptima fase: Análisis e interpretación de los datos:

La realización de cuadros permitió el análisis e interpretación de resultados respectivos, en función a los objetivos planteados inicialmente.

8). Redacción del informe final.

De acuerdo a las necesidades y convenios realizados durante la investigación se elaboró un informe final que muestra claramente los objetivos que se formularon, la información teórica permite comprender el fenómeno estudiado, la metodología utilizada, los datos y las conclusiones a las que se llegaron y así también las recomendaciones, ya sea como posibles soluciones al problema existente o como sugerencias a la institución donde se realizó el presente trabajo.

Hechas las correcciones pertinentes, se procedió no sólo a la redacción sino también a la presentación del informe final con la posterior defensa del mismo ante las instancias correspondientes.

V.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se encuentran, los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, a partir de los mismos fue posible responder a los objetivos específicos expuestos en el trabajo de investigación.

Los resultados a los cuales se arribó están organizados siguiendo el orden de la aplicación de los instrumentos, vale decir: Inventario de Autoestima 35 B, cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas, Inventario de Depresión de Beck y finalmente cuestionario de relaciones intrafamiliares; sumado a ello la investigación se apoyó en la información recabada gracias a la aplicación de la entrevista abierta respectiva.

Posteriormente se procedió al análisis de las hipótesis para poder confirmar o rechazar las mismas según los resultados alcanzados.

Es así que la información obtenida es desglosada siguiendo el orden preestablecido para los objetivos planteados.

A continuación se presentan los datos generales a través de cuadros.

5.1. Primer objetivo: Identificar el nivel de autoestima que presentan los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.

La autoestima es catalogada como la actitud de aceptación de uno mismo; la suma integrada de nuestra forma de pensar, amar, sentir, la confianza y respeto hacia la manera de ser particular de cada individuo; así como la aceptación del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.

La variable descrita permitió identificar los niveles en función al Inventario de autoestima 35 B; mismo que se adhiere a los parámetros siguientes: óptimo, excelente, muy bueno, bueno, regular, bajo, deficiente, muy baja, extrema y nula

Cuadro N° 2

Nivel de autoestima

Niveles	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Óptima	--	--	--
Excelente	--	--	--
Muy Buena	--	--	--
Buena	--	4 33%	4 13%
Regular	6 33%	3 25%	9 30%
Baja	12 67%	4 33%	16 53%
Deficiente	--	1 8%	1 3%
Muy Baja	--	--	--
Extrema	--	--	--
Nula	--	--	--
TOTAL	18 100%	12 100%	30 100%

Como se observa en el presente cuadro, los resultados más significativos alcanzados por los pacientes en función al Inventario de autoestima 35 B se encuentran dentro del nivel bajo con el 53%, en el nivel regular con el 30%, mientras un 13% denota un nivel de autoestima buena y un 3% restante de una autoestima deficiente.

Es innegable la importancia que repercute la autoestima durante el proceso de desarrollo del individuo, permite mantener valores morales y experimentar plena satisfacción a través de pensamientos y acciones; resulta vital para desarrollar relaciones positivas tanto consigo mismo como con el entorno, permitiendo alcanzar un desarrollo armónico de la personalidad y en consecuencia una adecuada adaptabilidad social.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis presentan dentro de los niveles más elevados, con un porcentaje del 53 %, una autoestima baja,

es decir se caracterizan por ser personas con una tendencia a la auto crítica, así como una imagen deficiente de sí mismos ante las demás, presentan dificultades para tomar decisiones y en consecuencia sus relaciones interpersonales se ven afectadas. Al tratarse de una enfermedad con estas características es comprensible que los pacientes manifiesten bajos niveles de autoestima, pues al encontrarse en un periodo de tratamiento atraviesan etapas de tensión emocional dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales.

Así también, presentan rasgos de inhibición, así como sentimientos de inferioridad debido a que los embates de la enfermedad generan en ellos ciertos episodios de inutilidad al no poder realizar actividades que antes concretaban sin mayor dificultad; asimismo muestran desconfianza hacia los demás y disconformidad con ciertos rasgos, carencias o limitaciones que creen poseer.

Por lo general estos pacientes no asisten a eventos sociales lo cual entorpece su relación con familia y amigos; es así que su inseguridad frente a sí mismos cohibe su proceso de adaptación al medio circundante.

La correlación entre las variables de sexo y autoestima, muestra que tanto hombres como mujeres presentan en mayor porcentaje una autoestima de nivel bajo; el sexo femenino con un porcentaje del 67%, de la misma manera con el 33% el sexo masculino; es importante hacer notar que en función a los resultados los hombres presentan mayores porcentajes, tendientes a una buena autoestima, lo cual pone de manifiesto que las mujeres son más propensas a sufrir una disminución de la misma al transcurrir su enfermedad, en función a ello algunos pacientes adujeron: *“Yo antes era diferente, nada que ver como estoy ahora, antes era gordita, era bonita, salía a vender al campesino mi mercadería, tenía amigas del mercado, era feliz con mi familia...”*.

“... Ahora sigo siendo un hombre fuerte... yo me siento bien, solo tengo un poco de dolores por la fistula pero después no. Yo puedo ir al mercado con mi esposa, puedo cargar una arroba de papa, algunas veces tomo un vasito de vino y doy una polviadita (bailar)...”

Es evidente que la autoestima comprende la conciencia que cada uno tenemos acerca de nosotros mismos, compromete rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas; es por esta razón que la magnitud de una enfermedad crónica disminuye notablemente la autoestima afecta la identidad y la autoimagen reduciendo la sensación de control y seguridad e incrementando la dependencia y sentimientos de incapacidad; la información proporcionada por los pacientes durante las entrevistas contribuyen a establecer sólidamente la teoría expuesta: *“Yo pienso que nosotros ya no servimos para nada, esta enfermedad nos prohíbe muchas cosas y así no se puede vivir...”*, *“con esta enfermedad ya no hay vida, yo me quiero morir...”*

El bajo nivel de autoestima en el sexo femenino revela la existencia de relativa inseguridad, con relación al respeto, valoración, aceptación de sí misma; la mujer tiende a ser más expresiva la naturaleza de su género insta a develar abiertamente sus pesares y molestias; al respecto algunos pacientes refirieron: *“Gracias a Dios me siento tranquila, salgo cuando quiero, como lo que quiero...”*, *“antes era, bonita, mírame ahora, lo único que quiero, es llorar cuando me veo”*

Indistintamente del sexo tanto para un hombre como para una mujer es difícil asumir una enfermedad de esta naturaleza, pues implica asimilar que la vida de quienes la padecen cambiará radicalmente; deberán enfrentar constantemente los embates de una enfermedad inclemente que afecta su condición física, emocional y social. Algunos ejemplos de ello los encontramos en las entrevistas realizadas: *“Antes podía salir a las fiestas, tomar bebida sin problema, hasta fumar y ahora no puedo nada, en mi trabajo soy el pobrecito, voy a la fiesta con mis amigos me cuidan como un niño...”*, *“me da igual todo y me quiero morir...”*

Algunos pacientes no saben muchas veces cómo actuar frente a su enfermedad, se sienten perdidos y desorientados, se cuestionan el porqué de tanto padecimiento; es difícil asimilar que deben superarlo con fortaleza, para ello el apoyo de familiares y amigos es indispensable; muchos de estos pacientes afirman: *“Yo nunca he hecho*

maldad a nadie, mira donde estoy...”; “La vida no es justa, no entiendo por qué, por qué a mí”.

Cuadro N° 3

Nivel de autoestima en relación a la edad

Niveles	EDAD				
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 73
Óptima	--	--	--	--	--
Excelente	--	--	--	--	--
Muy Buena	--	--	--	--	--
Buena	--	--	--	2 22%	2 20%
Regular	2 67%	1 50%	1 17%	3 33%	2 20%
Baja	1 33%	1 50%	5 83%	4 44%	5 50%
Deficiente	--	--	--	--	1 10%
Muy Baja	--	--	--	--	--
Extrema	--	--	--	--	--
Nula	--	--	--	--	--
TOTAL	3 100%	2 100%	6 100%	9 100%	10 100%

Realizando un análisis entre las edades y el nivel de autoestima, se puede observar en el cuadro N° 3 que, en cuanto a los niveles de autoestima de manera general se encuentran, en un rango “*bajo*” el 83% de los pacientes comprendidos entre 35 a 46 de edad. Así mismo los pacientes cuyas edades oscilan entre los 15 a 25 años se encuentran en un rango regular, lo que significa que estos individuos presentan relativa inestabilidad, con relación al valor, no aceptación y desconfianza de sí mismos, al respecto algunos pacientes manifiestan: “*Yo a veces pienso no... porque tenía que llegarme ésta enfermedad, era gorda y ahora estoy como palo, no tengo fuerzas para nada soy como wawa y me pregunto por qué justo a mí me tocó vivir esta enfermedad...*”; “*la vida es muy injusta, ya que para nosotros no hay vida...*”. Las cifras muestran que existe cierta tendencia a presentar niveles de baja autoestima en edades medias, lo cual influye en el desarrollo de la autoestima.

Es indudable que padecer de una enfermedad crónica supone sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona, afectando en consecuencia a la familia y amigos; quienes deben adaptarse a la enfermedad y lo que ella conlleva. Uno de los factores que incide en la manera de como la persona enferma y su familia se adaptan a la enfermedad es la edad de la víctima; la noción de muerte es más fácil de asimilar para una persona que ya ha concretado gran parte de su vida; sin embargo para quien se encuentra en la plenitud de su existencia representa una verdadera agonía y un padecimiento lleno de incesantes cuestionamientos; sabiendo que existen sueños y proyectos que probablemente ya no tengan la oportunidad de realizar.

Cuadro N° 4

Nivel de autoestima y tiempo de tratamiento de Diálisis.

Niveles	TIEMPO DE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS			
	1 a 4 semanas	1 a 12 meses	1 a 2 años	3 a 4 años
Óptima	--	--	--	--
Excelente	--	--	--	--
Muy Buena	--	--	--	--
Buena	--	1 8%	2 16%	1 33%
Regular	1 50%	2 15%	5 42%	1 34%
Baja	1 50%	9 69%	5 42%	1 33%
Deficiente	--	1 8%	--	--
Muy Baja	--	--	--	--
Extrema	--	--	--	--
Nula	--	--	--	--
TOTAL	2 100%	13 100%	12 100%	3 100%

Como se observa en el cuadro N° 4 los promedios más relevantes se hallan de 1 a 12 meses con un porcentaje del 69% en un nivel bajo, de 1 a 4 semanas presentan el 50%

en un nivel bajo y regular, de 1 a 2 años encontramos un 42% que se halla en un nivel bajo y regular; finalmente de 3 a 4 años los porcentajes ascienden entre 33% autoestima baja – buena y un 34% que presenta una autoestima regular.

Los niveles bajos de autoestima se constituyen en los más predominantes y los mismos comprenden el 69% del total de la población concerniente a la presente investigación; este porcentaje denota una crisis en los pacientes dado que son los primeros meses de enfermedad y en ese proceso de adaptación a la misma, su rutina de vida cambia radicalmente, en consecuencia se generan niveles bajos de autoestima, la enfermedad afecta la identidad del paciente y en ocasiones su autoimagen, puede reducir la sensación de control y seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad. En función a ello evidenciamos que los primeros meses de la enfermedad son los más críticos pues el paciente está en ese proceso de adaptarse a los cambios que su nuevo estilo de vida convoca. Al respecto algunos pacientes manifestaron: *“No soy la misma de antes, no puedo hacer nada, mis manos son inútiles, solo siento dolor y cansancio...”*; *“... Soy como una wawa en mi casa y para mis hijos...”*

El tiempo que dura el tratamiento incrementa los pensamientos negativos sobre sí mismo, consiente que su enfermedad es crónica el paciente asume los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y en general reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas”, inferiores a la mayoría. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede concretar sus proyectos, no puede trabajar, ni brindar el soporte que su familia requiere. Durante los primeros años de la enfermedad estos factores se ven con gran incidencia, pues el individuo esta en ese proceso de aceptar los nuevos cambios que se dan en su vida; es así que se ve a sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social.

Sin embargo a medida que avanza la enfermedad el paciente parece aceptar su realidad y la irreversibilidad del proceso, el enfermo se reconcilia consigo mismo, hace un repaso de su vida pasada y termina por vivir el presente; el poder reconocer su situación le ayuda a adaptarse mejor al entorno y le brinda mayores posibilidades de auto valorarse, de reconocer sus limitaciones pero de no olvidarse de capacidades que aún permanecen inherentes.

En esta fase de aceptación de la enfermedad el paciente toma conciencia de su valía, se da el crédito y respeto que merece. Al respecto algunos pacientes manifiestan: *“Ahora yo me siento bien, pero cuesta los primeros meses aceptar esta enfermedad, cuando uno se quiere y quiere vivir pues hay que cuidarse”*. *“... Poco a poco fui asumiendo mi enfermedad y ahora ya estoy mejor, porque no me queda otra que seguir...”*

Los pacientes que se encuentran en tratamiento de 1 a 4 años de diálisis, mayormente comienzan a aceptar mejor la enfermedad y el proceso de tratamiento que realizan, asumiendo que los cambios drásticos a nivel físico, emocional y social son parte esencial de su nueva vida.

Gran parte de las investigaciones refieren que el tratamiento de diálisis ejerce notable influencia sobre la autoestima, por lo menos un año, debido a que éste parece ser el tiempo considerable para la adaptación a una nueva situación, después de superar el desconcierto inicial (Zahonero, 1986).

5.2. Segundo objetivo: *Caracterizar el nivel de ansiedad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.*

La ansiedad es un estado emocional particularizado en el individuo de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida, es un estado impreciso carente de objeto exterior (Rojas, 2000).

Cuadro N° 5

Nivel de ansiedad

Nivel	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Banda Normal	6 33%	9 75%	15 50%
Ansiedad Ligera	9 50%	3 25%	12 40%
Ansiedad Moderada	3 17%	--	3 10%
Ansiedad Grave	--	--	--
Ansiedad Muy Grave	--	--	--
TOTAL	18 100%	12 100%	30 100%

Los resultados obtenidos del cuestionario de ansiedad de rojas revelan que el 50% del total de la población que se halla en tratamiento obtuvieron una ansiedad de banda normal, así mismo el 40% cuentan con ansiedad ligera, finalmente el 10% restante presenta una ansiedad moderada.

Cuando se siente un peligro o amenaza para la integridad física o psíquica, el organismo se adapta rápidamente a la situación mediante una reacción de alerta; el 50% de los pacientes con IRC en tratamiento de diálisis reflejan una ansiedad normal. La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente; es por ello que para las personas que viven severos problemas de salud como es el caso de esta investigación les permite adaptarse más fácilmente a todo lo que su enfermedad implica. Al respecto algunos pacientes refieren:

“Estoy bien nomás, a veces nomás me pongo mal pero bueno así es esta enfermedad que vamos hacer”, “con esta enfermedad te duele todo, sabes que es todo...?”, “me agarra desesperación, en las noches no puedo dormir, pero así es esto, y me tengo

que acostumbrar”, “a veces ya no quiero seguir, pero Dios sabe porque, creo que ya me resigné, esta es mi vida ahora”.

A medida que el tratamiento avanza y se incrementa el deterioro físico, se origina una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que afecta la visión que tiene el paciente sobre sí mismo; son factores con los cuales el sujeto debe rebatirse diariamente y en consecuencia aprender a adaptarse.

Es precisamente el miedo que actúa como mecanismo fisiológico de adaptación, tiene un gran valor para la supervivencia debido a que prepara al cuerpo para la lucha o la huida, mejorando su rendimiento en situaciones complejas.

En cuanto a los datos obtenidos, en relación al sexo es evidente que los varones presentan niveles de ansiedad menores que las mujeres, mientras ellas manifiestan una ansiedad ligera, los varones una ansiedad de tipo normal. Esto puede deberse a que los pacientes de sexo masculino son más resistentes a demostrar los síntomas que presentan; muchas veces los pacientes tienden a buscar mecanismos de negación del proceso patológico y en otras ocasiones se centran en él mismo; con frecuencia presentan manifestaciones a nivel fisiológico, la persona ansiosa presenta reacciones corporales anómalas tales como mareos, taquicardias, presión en el pecho, sequedad de boca, tensión muscular, excesiva sudoración y falta de aire entre otras. Algunos pacientes manifiestan al respecto:

“Yo me siento bien, orino normal, y muchos dicen que hasta el sexo va bajando, eso no me pasa a mí... yo estoy bien...”

Tal parece que la sociedad ha estereotipado a lo largo de los años tanto al hombre como a la mujer asignándole al hombre el rol de imponer virilidad y no mostrarse vulnerable; en contraposición las mujeres dada su naturaleza emotiva y sensible presentan mayor facilidad para comunicar sus verdaderos estados emocionales; se expresan más abiertamente frente a sus sentimientos.

Cuadro N° 6

Síntomas de ansiedad

SÍNTOMAS	A. Normal	A. Ligera	A. Moderada	A. Grave	A. Muy Grave	TOTAL
FÍSICOS	6 20%	10 34%	7 23%	4 13%	3 10%	30 100%
PSÍQUICOS	16 53%	7 23%	4 13%	3 10%	--	30 100%
CONDUCTA	17 57%	10 33%	3 10%	--	--	30 100%
INTELECTUALES	23 77%	7 23%	--	--	--	30 100%
ASERTIVOS	27 90%	3 10%	--	--	--	30 100%

El presente cuadro N° 6 nos muestra que la mayor parte de los síntomas de ansiedad se encuentran en un nivel de banda normal y ansiedad ligera; en los síntomas asertivos se encuentra en un 90% de banda normal, síntomas intelectuales se encuentra en un 77% de banda normal, síntomas conductuales con el 57% de banda normal, síntomas psíquicos con el 53% de banda normal y síntomas físicos con el 34% en ansiedad ligera.

Sea cual sea el tipo de ansiedad en el cual se encuentre la persona manifiesta una serie de síntomas que son importantes destacar; sin embargo es ineludible considerar que cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas; algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración. A continuación se describen algunas de sus particularidades.

Síntomas asertivos. Rojas E. (2000) define este síntoma como al trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación. De acuerdo al concepto analizado, los pacientes de IRC en tratamiento de diálisis presentan un porcentaje del 90% con una ansiedad de nivel de banda

normal, por lo general estos pacientes presentan un nivel adaptativo a la enfermedad y sus implicancias; así también el 10% de los pacientes presentan ansiedad ligera, dentro de sus características se tiene a personas que están en proceso de adaptación al tratamiento de diálisis.

Síntomas intelectuales. En el presente cuadro los síntomas intelectuales o cognitivos evidencian que un 77% del total de la población manifiesta una ansiedad de banda normal; en este caso la ansiedad se originó debido a fallos en la valoración de ciertos acontecimientos que los pacientes tuvieron en la vida, es importante mencionar que cuando no se afronta bien o no se puede salir airoso es posible ingresar en un círculo de tensiones ansiosas, mismo que genera un desequilibrio en el cual se expresa la sensación de no pertenecer a ningún lugar o no tener claro el lugar del cual se sienten parte, sentir frustración por no poder hacer las cosas como uno desearía.

Esto se debe a que el ser humano se halla constantemente en un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una situación genera el entorno estresante o amenazante para él; es por ello que consiente de sus capacidades acorde a la enfermedad se siente desorientado y en desequilibrio; entra en conflicto con la realidad porque el sujeto busca en todo momento modificarla, consciente de que la misma representa para él sufrimiento.

Síntomas de conducta. El 57% del total de la población se halla en el nivel de ansiedad de banda normal; es decir el paciente presenta una reacción esperable y común ante una situación estresante en este caso la enfermedad, así también el grado de sufrimiento es mucho más transitorio y el paciente se encuentra en mayores condiciones de vivir una vida lo más normal posible. El encontrarse en esta etapa no significa que la enfermedad no le afecte al paciente, al contrario, se dan de por medio los cambios habituales a nivel fisiológico, psicológico y social pero el individuo logra establecer ese equilibrio interior que le permite sopesar en algo las temibles secuelas que su afección le representa.

Síntomas psíquicos. Así mismo el 53% de los sujetos presentan ansiedad en banda normal con síntomas psíquicos, el 5% de los pacientes que es una minoría presentan ansiedad ligera; muchas veces los pacientes confunden el tratamiento de diálisis

debido a que conservan las esperanzas de curarse; por lo tanto la desesperanza se apodera de ellos, se sienten amenazados interiormente y con ganas de huir.

Síntomas físicos. El 34% del total de la población manifiesta una ansiedad ligera; al respecto los pacientes pasan por algunos síntomas físicos como ser: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad; en algunos de los comentarios los pacientes refieren: *“Cada vez me internan porque se me tapa la respiración...”*; *“tengo diarreas y no puedo dormir con el dolor noches enteras...”*

Producto de una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones, los síntomas físicos frecuentes en las personas que padecen esta afección pueden estar asociados a diferentes enfermedades como ser: hipertensión, diabetes, cáncer de próstata y otros.

Cuadro N° 7

Nivel de ansiedad en relación a la edad

Nivel	EDAD				
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 73
Banda Normal	2 67%	2 100%	--	6 67%	5 50%
Ansiedad Ligera	1 33%	--	5 83%	2 22%	4 40%
Ansiedad Moderada	--	--	1 17%	1 11%	1 10%
Ansiedad Grave	--	--	--	--	--
Ansiedad Muy Grave	--	--	--	--	--
TOTAL	3 100%	2 100%	6 100%	9 100%	10 100%

Los resultados del cuadro N° 7 muestran que la mayoría de los pacientes presentan

ansiedad normal, con el 83% entre los 36 a 45 años de edad, se encuentran en nivel de ansiedad ligera; con el 67% entre 46 a 55 presentan ansiedad normal y también en un nivel normal con el 50% de los sujetos entre el 56 a 73 años de edad.

En el presente cuadro con relación a la edad se puede observar claramente que, mientras mayor sea la edad de los enfermos renales crónicos que se encuentran en tratamiento de diálisis, los niveles de ansiedad aumentan; un porcentaje del 83% revela que los pacientes comprendidos entre 36 a 45 años manifiestan una ansiedad ligera, lo que no sucede en pacientes de menor cuyo nivel es normal. Se considera que esto se debe a que los pacientes comprendidos en este rango de edad se hallan en un periodo donde el individuo busca establecerse tanto económica como afectivamente, sus planes de formar una familia y ver crecer a sus hijos son la base de esa faceta; es por ello que el hecho de tener que asumir la idea de una enfermedad crónica significa para ellos cuestionarse sobre su proyecto de vida y por el futuro de sus hijos cuando ellos ya no estén; algunos cometarios de los pacientes sustentan lo recientemente expuesto: *“Al pensar en mis hijos más mal me pongo, mis hijitos son pequeños y me necesitan, muchas veces no los veo, no puedo llevarlos a su escuela y eso me pone ansiosa”*; *“me preocupo por mis hijos, que harán si yo les falto...”*; *“imagínate ya estoy tres semanas internado aquí, sin ver a mi hijito, quiero irme a mi casa, ya no quiero estar aquí”*. Los intereses en estos pacientes se ven enfocados hacia la salud, el hogar, la familia y personas cercanas, el poder seguir disfrutando de los hijos, participar de actividades que se les presenta en la vida diaria.

Lo contrario ocurre en pacientes cuyas edades oscilan entre los 46 a 73 años de edad, encontrándose los mismos con una ansiedad normal; donde el individuo tiene la mayor parte de su vida definida y probablemente lograron concretar sus aspiraciones; a esta ansiedad de tipo ligera se suma el deterioro físico, las limitaciones inherentes a la enfermedad y su tratamiento, llevando así a una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales.

Cuadro N° 8

Nivel de ansiedad y tiempo de tratamiento de diálisis

Nivel	TIEMPO DE DIALISIS			
	1 a 4 semanas	1 a 12 meses	1 a 2 años	3 a 4 años
Banda Normal	--	4 31%	8 67%	3 100%
Ansiedad Ligera	--	8 61%	4 33%	--
Ansiedad Moderada	2 100%	1 8%	--	--
Ansiedad Grave	--	--	--	--
Ansiedad Muy Grave	--	--	--	--
TOTAL	2 100%	13 100%	12 100%	3 100%

Como se observa en el cuadro N° 8 los resultados más relevantes de los pacientes que están en tratamiento de diálisis entre 1 a 2 años presentan un nivel normal de ansiedad con un porcentaje del 67%, por otro lado de 1 a 12 meses de tratamiento se encuentra un 61% quienes presentan un nivel de ansiedad ligera.

Como se puede observar en el cuadro N°8, existe una diferencia significativa de 1 a 4 semanas en un nivel de ansiedad moderada y de 1 a 12 meses presentan ansiedad ligera; la insuficiencia renal durante el proceso de tratamiento de diálisis, puede ir manifestándose desde el día que ingresan a su tratamiento, a medida que van avanzando los años es probable que superen o mantengan los cuidados tan complejos que ésta conlleva; se hace necesario que el paciente permanezca mucho más tiempo en el hospital, llegando en la mayoría de las ocasiones a fallecer en él; ésta enfermedad requiere un arduo trabajo día a día.

Estos porcentajes permiten evidenciar que una vez iniciado el tratamiento de diálisis los niveles de ansiedad ascienden vertiginosamente; dado que los pacientes están en ese periodo de adaptación a la enfermedad y sus implicancias; en consecuencia muchos de los cambios son aun nuevos para ellos, atemorizantes y representan

motivo suficiente para sentirse ansiosos pues no saben que esperar de la enfermedad, del tratamiento ni de su vida misma. Al transcurrir el tiempo del tratamiento se nota una disminución de los niveles de ansiedad, dado que el paciente está más adaptado al proceso y comprende que los cambios son parte de su nuevo estilo de vida y debe adecuarse a ellos.

Corroborando con lo mencionado, Moreno (2004) afirma que el llevar más tiempo en tratamiento de diálisis no se relaciona con la ansiedad, donde el grado de ansiedad y la cantidad de meses o años de diálisis se correlacionan negativamente; es decir, en los enfermos renales crónicos prevalecieron los estados ansiosos durante los primeros meses de TD, tal como lo afirmaron Fair y Kutner (1985). De estos resultados interpretamos que al transcurrir el tiempo en tratamiento de TD estos pacientes manifiestan una disminución en la intensidad y frecuencia de la ansiedad, por un proceso de adaptación al tratamiento de diálisis.

El tiempo que el paciente permanece en tratamiento no está relacionado con los altos rangos de ansiedad; sin embargo es un proceso que va asumiendo poco a poco. Por ejemplo: *“Cuando yo entré a este área pensé que iba hacer sólo un tiempo, me desesperaba, tenía miedo cada vez que me tocaba la diálisis, pero ahora ya no mucho no...”*; cuanto mayor es el tiempo que el paciente permanece en el tratamiento de diálisis existe menor riesgo de sufrir ansiedad.

Tercer objetivo: *Determinar el grado de depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.*

La depresión es un trastorno de la afectividad caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, cansancio y abatimiento en general que puede acompañarse de ansiedad.

Los niveles de diagnóstico fueron obtenidos mediante el inventario de Beck, que categoriza la depresión en distintos niveles, como ser grave; moderada; moderada grave; leve; sin depresión.

Cuadro N° 9

Nivel de depresión

Niveles	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Sin Depresión	--	--	--
Depresión Leve	--	1 8%	1 3%
Depresión Moderada	5 28%	7 58%	12 40%
Depresión Grave	7 39%	1 8%	8 27%
Depresión Muy Grave	6 33%	3 25%	9 30%
TOTAL	18 100%	12 100%	30 100%

Como se observa en el cuadro N° 9 el promedio más relevante de los pacientes valorados con el inventario de Beck comprende la depresión moderada con un porcentaje del 40%; estas personas presentan dentro de sus características más apremiantes episodios de tristeza, sentimientos de incompetencia, irritabilidad o ira excesiva, descenso de la actividad, la eficiencia y productividad; así también angustia por no saber el nuevo rumbo que tomaran sus vidas debido a la enfermedad; con relación al sexo se evidencian dentro de los promedios más significativos el rango moderado con el 58% perteneciente al sexo masculino, estas personas presentan ciertas dificultades para comer, dormir, trabajar, realizar actividades placenteras, interfiriendo en su funcionamiento y bienestar; pese a que estos problemas interfieren en el normal desempeño del individuo es importante mencionar que las mismos no lo incapacitan.

En relación al sexo es posible apreciar que el mayor porcentaje comprende a los varones; sin embargo el sexo femenino alcanza el nivel más elevado del 39% en la depresión grave, así también un 33% de las mujeres partícipes de ésta investigación

manifiestan una depresión de tipo muy grave; según este porcentaje se identifican las siguientes características: dificultades en la concentración, fatiga y falta de energía, dificultad para conciliar el sueño, aislamiento. En base a estos resultados surge la cuestionante del por qué los índices de depresión son mayores en las mujeres que en los hombres; al respecto se han realizado una multiplicidad de estudios científicos que infieren algunas de sus causas; es probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales se unan para contribuir a incrementar los índices de depresión en las mujeres; más aun al tratarse de una enfermedad crónica donde el cambio radical en el estilo de vida compromete un efecto adverso en el estado emocional.

Los resultados obtenidos se pueden corroborar con los datos aportados por el autor Moreno (2004), quien realizó estudios psicológicos con los pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis. A partir de los mismos sugiere que en este tipo de pacientes, la falta de trabajo predispone a un estado de ánimo depresivo. Muchos de los pacientes, debido al constante malestar físico y a la gran cantidad de horas semanales destinadas a la diálisis, no desempeñan una actividad laboral económicamente productiva. Algunos dependen de su familia, otros son beneficiarios de una pensión o jubilación por incapacidad cuya retribución es escasa, alcanzando sólo a cubrir los gastos médicos ocasionados por la IRC y provocando, en muchos casos, problemas económicos y emocionales.

El 40% del total de la población presentan depresión moderada, lo cual se refiere a que los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis, tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto conduce a la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información y en consecuencia a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Los datos obtenidos del cuadro N° 9 sobre la depresión en relación al sexo demuestran que los varones presenta un nivel de depresión moderada con el 58% del total de la muestra estudiada; a diferencia del sexo femenino quienes manifiestan un

porcentaje del 39% correspondiente a una depresión grave. La naturaleza misma de la mujer la hace más vulnerable a los sucesos de la vida cotidiana y más aun cuando asume conscientemente el cambio trascendental que significa una enfermedad crónica; esto representa para ella preocupación como madre, como esposa; ve truncadas las esperanzas de ver crecer a sus hijos y de apoyar a su familia; todo ello muchas veces la conduce a un estado depresivo con las características mencionadas en párrafos anteriores.

Un elemento importante en la depresión son los factores biológicos, hormonales y psicosociales que son únicos del sexo femenino, los mismos pueden estar relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Pese a presentarse mayor incidencia de depresión en las mujeres, las mismas tienen la capacidad de salir de un cuadro depresivo con más facilidad que la de los varones.

Cuadro N° 10

Nivel de depresión en relación a la edad

Niveles	EDAD				
	15 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 73
Sin Depresión	--	--	--	--	--
Depresión Leve	--	--	--	1 11%	--
Depresión Moderada	1 33%	1 50%	1 17%	4 44%	5 50%
Depresión Grave	1 33%	--	3 50%	2 22%	2 20%
Depresión Muy Grave	1 33%	1 50%	2 33%	2 22%	3 30%
TOTAL	3 100%	2 100%	6 100%	9 100%	10 100%

Según el cuadro N° 10 los datos más relevantes respecto al nivel de depresión en

relación a la edad muestran que los pacientes comprendidos entre los 36 a 45 años constituyen un 50% con un nivel de depresión grave; estos pacientes manifiestan dentro de sus características: disminución importante del interés, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, fatiga o pérdida de la energía, disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo; al encontrarse el individuo en esta fase de su vida es propenso a que sus niveles de depresión se incrementen dado que comprende un periodo en el cual el ser humano logra establecerse y consolidar su núcleo familiar en consecuencia los hijos y el hogar constituyen la base de sus responsabilidades, es así que al encontrarse limitados por una causa tan apremiante como una enfermedad crónica genera en ellos niveles de depresión al sentir que no pueden cumplir sus obligaciones con el mismo desempeño que antes.

Así también los pacientes de 56 a 73 años de edad presentan un porcentaje del 50% los mismos se hallan en un nivel moderado de depresión, finalmente con el 44% con un nivel de depresión moderada se encuentran los pacientes comprendidos entre 46 a 55 años de edad. Estos porcentajes revelan que a mayor edad los niveles de depresión disminuyen, situación que puede deberse a que han concretado parte de su vida, sus hijos están en condiciones de velar por sí mismos y es probable que gran parte de sus aspiraciones hayan sido realizadas con éxito; de modo que el porvenir no representa para ellos motivo enteramente de preocupación y zozobra, pues en la mayoría de los casos han logrado adaptarse a su enfermedad y sus implicancias.

Estudios realizados por Seligman, (1996) señala que la depresión es más frecuente en pacientes de más de 55 años; otros sin embargo indican que los sujetos de mayor edad presentan menos depresión, esto debido a su nivel de adaptación a la enfermedad.

Existe cierta controversia acerca de cómo afectan al grado de depresión en ciertas edades, la actividad laboral y el tiempo en tratamiento. Otro aspecto que parece influir en la gravedad de la depresión son las expectativas del paciente respecto a la evolución de la enfermedad. Los sujetos con peores expectativas sobre el futuro suelen presentar niveles de depresión más elevados, sin embargo aquellos con

expectativas positivas es probable que sufran también un cuadro depresivo.

Cuadro N° 11
Nivel de depresión y tiempo de tratamiento de diálisis

Niveles	TIEMPO DE DIÁLISIS			
	1 a 4 semanas	1 a 12 meses	1 a 2 años	3 a 4 años
Sin Depresión	--	--	--	--
Depresión Leve	--	--	1 8%	--
Depresión Moderada	--	3 23%	7 58%	2 67%
Depresión Grave	2 100%	6 46%	--	--
Depresión Muy Grave	--	4 31%	4 33%	1 33%
TOTAL	2 100%	13 100%	12 100%	3 100%

El cuadro N° 11 refleja que un 58% de los pacientes comprendidos de 1 a 2 años de tratamiento de diálisis presentan un nivel de depresión en rango moderado, así también de 1 a 12 meses con el 46% presentan un rango grave de depresión; a medida que avanza el tratamiento el individuo manifiesta una reducción en los niveles de depresión; es posible que esto se deba a que el paciente logra adaptarse a la enfermedad, consigue conciliar los cambios y reconocerlos como parte de su vida; comprende que no puede cambiar su realidad sólo resta adaptarse a ella y esperar lo mejor de la vida.

El tiempo de tratamiento de diálisis afecta en gran parte al individuo, predisponiéndolo ante la depresión cuyas características pueden aparecer esporádicamente en la población general; según Seligman tienen una presencia constante en los enfermos renales como ser; la pérdida de salud, trabajo, estabilidad, movilidad, dieta, ingesta de líquidos, la reducción de las actividades de ocio y diversión, la experiencia de indefensión por lo poco que puede hacer por sí mismo

para cambiar sus condiciones físicas o las exigencias del tratamiento (Seligman, 1996; 56).

A medida que pasa el tiempo los enfermos renales consiguen adaptarse a su enfermedad reduciendo los problemas depresivos; *“Cómo pasa el tiempo, el día que entré a este lugar me asusté de las máquinas, porque sólo lo veía en la tele, durante este tiempo pasé muchos dolores, malestares ya que nosotros estamos muy propensos por las pocas defensas...”*

Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por altibajos debido a que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado. Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

La depresión suele aparecer unida a los sentimientos de desvalorización y pérdida de la autoestima personal, a causa de las dificultades que supone el asumir las limitaciones que la enfermedad origina; *“me siento muy mal, esto no es vida...”*, *“no sirvo para nada”*. El paciente experimenta gran tristeza como consecuencia lógica del dolor, existe la ausencia de perspectivas de mejoría; sin embargo las reacciones varían según el enfermo, aunque es evidente que resulta difícil intentar sobreponerse a la situación y salir adelante. La imposibilidad de llevar a cabo las actividades cotidianas y adaptarse al dolor físico pueden conducir a un cuadro depresivo.

5.5. Cuarto objetivo: Caracterizar las relaciones intrafamiliares de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis.

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluyen la percepción respecto al grado de unión familiar, capacidad para afrontar problemas así como para expresar emociones, manejo de las reglas de convivencia y adaptación a situaciones de cambio. Éste

término está cercanamente asociado a la dimensión de unión, apoyo, expresión y comunicación desarrollados en el entorno familiar.

Cuadro N° 12

Relación familiar

Categorías	Antes		Ahora	
	Fr	%	Fr	%
Muy Buena	2	7	2	7
Buena	19	63	17	57
Regular	7	23	8	27
Mala	2	7	3	10
TOTAL	30	100	30	100

Los datos reflejados en el presente cuadro manifiestan que el 63% de los pacientes describen que la relación familiar antes de su enfermedad era buena y con una diferencia no muy significativa el 57% de los pacientes actualmente en tratamiento de diálisis refieren que es buena.

Los datos obtenidos demuestran que los pacientes en tratamiento de diálisis, manifiestan relaciones intrafamiliares de forma positiva; al respecto algunos pacientes refieren: *“estamos más unidos, siempre me están llamando mis hijos, si en caso necesito algo...”*, la enfermedad crónica provoca reacciones diferentes en los distintos miembros de la familia, pueden surgir sentimientos de protección, compasión y necesidad de ayudar al enfermo, o enojo y resentimiento contra la vida; generalmente el paciente experimenta sentimientos de culpa y auto recriminaciones, convirtiéndose la tensión y el cansancio en constantes para familiares cercanos y cuidadores.

La relación intrafamiliar antes y durante el proceso de tratamiento de la enfermedad; demuestra una diferencia no muy significativa, algunos pacientes indican por ejemplo: *“Ahora que estoy enferma, mi esposo trabaja en Oruro y como no está aquí su papá, mis hijos se salen...”*; esta actitud podría atribuirse al hecho de que la familia muestra cierta resistencia y negación ante la idea de una enfermedad crónica

que compromete cambios significativos en la vida del paciente y de quienes lo rodean; algunas familias toleran bastante bien las cargas afectivas, y utilizan recursos externos para manejar la enfermedad. Otras familias en cambio requieren un proceso gradual para adaptarse a la nueva situación; la familia debe reestructurarse en cuanto a actividades y papeles; cambios que no siempre son aceptados, dando paso muchas veces a la negación de la enfermedad, lo cual no significa que dejen de preocuparse y de estar a la expectativa de lo que pudiera demandar la enfermedad para su bienestar.

Es en este sentido que los comentarios expuestos por los pacientes permiten inferir esa negación a la enfermedad por el entorno familiar, los mismos durante la aplicación de las pruebas respondieron que su relación intrafamiliar es buena; sin embargo durante el transcurso de las entrevistas se evidencia lo contrario. La enfermedad renal crónica y el tratamiento de diálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio. La familia debe comunicarse en su totalidad como un organismo vivo y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en el resto de los miembros de la familia.

Cuadro N° 13

Comunicación familiar

Comunicación dentro del hogar	Fr	%
Muy Buena	1	3
Buena	16	54
Regular	10	33
Mala	3	10
TOTAL	30	100
La comunicación es frecuente	Fr	%
SI	20	67
NO	10	33
TOTAL	30	100

El presente cuadro revela los datos sobre el nivel de comunicación familiar, el 54%

manifiesta que su nivel comunicacional dentro del hogar es bueno, el 67% de la muestra evaluada indica que la comunicación familiar se da con relevante frecuencia en los momentos más significativos de la enfermedad, acompañando al individuo en las diversas facetas.

Los resultados evidencian que la comunicación familiar en el momento de la enfermedad requiere poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a un nuevo estilo de vida, sumado a ello el tratamiento que compromete una serie de cambios sustanciales para el paciente y su familia; según aseveraciones de los pacientes antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para su alcance y por su entorno tanto familiar como social; al respecto algunos de ellos refirieron: *“Antes quizá cada quien se iba por su lado en mi casa, mientras ahora siempre me están llamando por celular, como estoy en mi diálisis, si necesito algo”*. Es más sencillo para la familia negar la enfermedad y sus implicancias debido a que muchas veces sus miembros no comprenden la dimensión de los cambios que genera, sin embargo es importante no dejar solo al paciente con su padecimiento, y en la mayoría de los casos pese a esa resistencia a la enfermedad siempre están presente durante el duro proceso.

Respecto a este cuadro de resultados se evidencia cierta contradicción con el cuadro que antecede, es posible inferir que quizá se deba a la existencia de cierta negación por parte de la familia respecto a la enfermedad.

En función a lo expuesto es importante considerar el concepto de la comunicación familiar en el sentido de que la modificación de conducta en uno de los miembros de la familia puede promover el cambio y generar beneficios en otro; de ahí que aunque en ocasiones la familia del paciente no consiga adaptarse prontamente a la enfermedad el amor de familia lo conduce a hacer lo correcto en beneficio del ser querido que sufre, generando un clima apropiado que permita la expresión abierta de los sentimientos individuales de cada uno de los miembros de la familia.

Cuadro N° 14

Apoyos

APOYO MORAL DE LA FAMILIA						
Categorías	Recibe apoyo moral		Compañía		Sentimiento de protección	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	26	87	24	80	25	83
NO	4	13	6	20	5	17
TOTAL	30	100	30	100	30	100
APOYO ECONÓMICO DE LA FAMILIA						
Categorías	Recibe apoyo económico		Pagar medicamentos		Pagar tratamiento	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	23	77	24	80	21	70
NO	7	23	6	20	9	30
TOTAL	30	100	30	100	30	100

El presente cuadro manifiesta que el 87% de los pacientes si reciben apoyo moral por parte de la familia, el 83% se sienten protegidos en el núcleo familiar que conviven, finalmente el 80% de la muestra responde de manera favorable respecto a que la compañía de los seres queridos es primordial en situaciones de crisis como es el caso de ésta enfermedad; estos datos porcentuales se apoyan en comentarios textuales de algunos pacientes quienes refirieron: *“mi familia gracias a Dios siempre está acompañándome donde voy, mis hijos se quitonean para llevarme a Cochabamba para mis controles”*.

De ese modo es innegable que el apoyo mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar; aspectos que alimentan la esperanza del paciente de aspirar a una mejor calidad de vida.

El apoyo moral que recibe el enfermo de la familia es muy importante, debido a que la atención y los cuidados, permiten que el enfermo asuma y acepte las limitaciones de su enfermedad de una manera más digna. Aunque ésta no es una realidad en todos

los casos, constituye sin embargo un paliativo al sufrimiento; debe prestarse el apoyo necesario para que el enfermo pueda asimilar su situación y no se quede en las reacciones de negación, rechazo o depresión que pueden seguir a las malas noticias médicas; situación que se ve fortalecida al existir de por medio el apoyo moral de los miembros del núcleo familiar; es así que algunos pacientes al respecto manifestaron: *“mi familia siempre me está apoyando en todo momento, pero muchas veces me hacen sentir más enferma ellos, más que todo mis hijos me apoyan moralmente...”*. El apoyo familiar es un factor clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento, saber que las personas que lo rodean lo quieren y lo demuestran interesándose por lo que le sucede; si esto ocurre, una persona se siente amada, se reconocerá como valiosa al ser merecedora de cariño y experimentará una alta motivación para cuidar de sí misma.

El no aceptar la enfermedad origina una actitud negativa frente al tratamiento; sin embargo el apoyo moral al paciente es importante para que continúe luchando *“Yo siempre digo, la vida me tocó vivir de esta manera... mas bien mis hijos me apoyan, todo el tiempo me dicen, usted puede, acaso se va dejar vencer? Eso parece que me hace seguir...”*.

Al asumir la enfermedad, existe un cambio de actitud; ya que es un paso para aprender a vivir con ella. Pero como todo proceso de adaptación puede llevar tiempo.

La reacción de la familia ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos, pues los miembros reaccionan de forma diversa según la manera cómo conciben la enfermedad; por ejemplo: *“además yo veo que no le importo nada a mi marido, está esperando que me muera parece...”*, cuando no existe apoyo moral ni aceptación por parte de la familia, existe mayor dificultad para encarar la enfermedad, el paciente se siente en un estado de indefensión, sumado a ello el débil estado emocional no hace más que empeorar el curso de la enfermedad debido a que el proceso de una afección crónica requiere la adaptación de toda la familia a la nueva situación, a pesar de las tensiones y reestructuraciones.

Érico, y Smith (1990) refieren que los pacientes que reciben menor apoyo moral y cuyo nivel comunicacional en la familia no es bueno presentan más síntomas depresivos que los que gozan de mayores posibilidades en estos aspectos.

Además de las inclemencias de la enfermedad a nivel físico y emocional la misma origina problemas económicos y en la mayoría de los casos un descenso del nivel de vida habitual de la familia debido a la serie de gastos que debe asumir entre medicamentos y el tratamiento de diálisis; algunos comentarios de los pacientes refieren al respecto: *“mi esposo se pasa trabajando para sustentar económicamente tanto la casa y como también para mi diálisis”*.

El ingreso económico es el factor principal para llevar adelante el tratamiento de diálisis, los datos de ésta investigación demuestran que el 77% de los pacientes reciben apoyo económico por parte de la familia, así también un 80% está en condiciones de pagar los medicamentos que demanda su enfermedad, finalmente un 70% tiene las condiciones económicas necesarias para cancelar los costos de un tratamiento de diálisis que les proporcione una mejor calidad de vida. Es evidente que el factor económico es determinante dado que el paciente puede sentirse motivado a vivir pero cuando la realidad económica insta a lo contrario las esperanzas de una mejor calidad de vida se reducen notablemente; al respecto algunos pacientes manifestaron: *“muchas veces no tengo plata para mi diálisis, me hago retar con los doctores por falta de dinero...”*, es determinante al momento de brindarle al paciente una mejor calidad de vida y la alternativa más eficaz para disminuir su padecimiento aunque al pasar del tiempo se constituya únicamente en un paliativo. Estos problemas económicos que muchas veces alejan al paciente del tratamiento afectan negativamente las relaciones familiares y por tanto el bienestar del enfermo, quien muchas veces siente ser una carga para quienes lo quieren.

5.5. Análisis de la Hipótesis.

Tomando en cuenta las hipótesis planteadas en ésta investigación se tiene: Las características psicológicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis; atendidos en el Hospital Regional Universitario San Juan de

Dios de la ciudad de Tarija son:

- *El nivel de autoestima que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis se encuentra en un nivel bajo.*

En un primer aspecto se tiene un bajo nivel de autoestima, de acuerdo a los resultados obtenidos sobre las características psicológicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis; al respecto en el cuadro N° 1, los resultados reflejaron que el 53%, de los pacientes presentan una baja autoestima; por lo tanto se CONFIRMA la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

- *El nivel de ansiedad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis se encuentra en nivel grave de ansiedad.*

En lo relacionado con la ansiedad, los datos del cuadro N° 5 hacen referencia a que el 50% de los pacientes evaluados presentan un nivel de ansiedad ligera, no se registraron datos en niveles graves de ansiedad, demostrando así que los mismos no son significativos para aceptar la hipótesis, la cual se RECHAZA, sin embargo esto no genera alteraciones considerables de tipo adaptativo que puedan inducir al trastorno.

- *El grado de depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis presenta un grado de depresión moderado*

En el cuadro N° 9 los datos reflejan que un 40% de los pacientes con IRC en tratamientos de diálisis presentan depresión moderada, el 30% tiene un nivel de depresión grave, finalmente el 27% manifiesta un nivel de depresión grave; como resultado del tratamiento de diálisis estos pacientes sufren un constante malestar físico, además de padecer la gran cantidad de horas semanales destinadas a la diálisis.

Una vez realizado el análisis respectivo se tiene que la hipótesis no comprueba un porcentaje superado al mayor del universo muestral. En consecuencia la hipótesis planteada al inicio de la investigación se RECHAZA.

- *La relación intrafamiliar que se genera dentro del hogar del paciente es buena, lo*

cual pone de manifiesto una adecuada comunicación y apoyo moral constante durante el proceso de la enfermedad.

Los resultados respecto a las relaciones intrafamiliares manifiestan que antes de la enfermedad un 63% de los pacientes presentaron una relación familiar buena debido a la existencia de un adecuado nivel comunicacional así como del apoyo moral en momentos críticos de la enfermedad; del mismo modo un 57% evidencia una buena relación intrafamiliar durante el tratamiento de diálisis.

En función a los resultados expuestos se tiene que la hipótesis inicialmente planteada se CONFIRMA.

6.1. CONCLUSIONES

La Insuficiencia Renal Crónica compromete una serie de cambios drásticos en diversas áreas: física, emocional, estilos de vida, etc., supone nuevos estilos de vida tanto para el paciente como para la familia quienes deben adaptarse a los mismos. A raíz de ello, surgió la inquietud por estudiar la temática.

Una vez concluida la investigación, fue posible arribar a las conclusiones siguientes:

Con respecto al primer objetivo, identificar el nivel de autoestima:

- Los pacientes con IRC en tratamiento de diálisis, en general presentan una autoestima baja, es decir se caracterizan por ser personas con una tendencia a la auto crítica, así como una imagen deficiente de sí mismos ante las demás, presentan dificultades para tomar decisiones, en consecuencia sus relaciones interpersonales se ven afectadas.
- En cuanto al sexo, las mujeres manifiestan bajos niveles de autoestima; se sienten desvalorizadas, carecen de seguridad en sí mismas; a pesar que los hombres atraviesan de igual manera bajos niveles de autoestima la diferencia radica que se trata de un porcentaje más reducido.
- Las cifras muestran que existe cierta tendencia a presentar niveles de baja autoestima en edades medias, lo cual influye en el desarrollo de la autoestima; es indudable que padecer de una enfermedad crónica supone sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona.
- La investigación permite concluir que a menor tiempo de tratamiento existe mayor tendencia a presentar niveles bajos de autoestima, debido a que los pacientes deben adaptarse a un nuevo estilo de vida que compromete cambios significativos.

En cuanto al segundo objetivo específico en el nivel de ansiedad:

- Presentan una ansiedad normal; que no es limitante para provocar alteraciones adaptativas de gran magnitud, es decir que los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis pueden aspirar a una mejor calidad de vida. La ansiedad bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, moviliza al individuo frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que logre evitar el riesgo.
- En relación al sexo es evidente que los varones presentan niveles de ansiedad menores que las mujeres, mientras ellas manifiestan una ansiedad ligera los varones un grado normal de ansiedad. Esto puede deberse a que los pacientes de sexo masculino son más resistentes a demostrar los síntomas que presentan.
- En relación a la edad de los pacientes se tiene que, mientras mayor sea la edad de los enfermos renales crónicos que se encuentran en tratamiento de diálisis, los niveles de ansiedad aumentan; este rango de edad se hallan en un periodo donde el individuo busca establecerse tanto económica como afectivamente.
- Al transcurrir el tiempo del tratamiento, se evidencia una disminución en los niveles de ansiedad, dado que el paciente está más adaptado al proceso y comprende que los cambios son parte de su nuevo estilo de vida, en consecuencia debe adecuarse a ellos.

En cuanto al tercer objetivo específico en el grado de depresión:

- Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis, tienden a presentar depresión moderada, por lo cual pueden existir sentimientos de culpa, tristeza, cansancio, desvalorización, fatiga por la gran cantidad de horas semanales destinadas a dializarse.
- En cuanto al sexo, la depresión son mayores en las mujeres que en los hombres; es probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, ambientales, psicológicos y sociales se unan para contribuir a incrementar los índices de depresión en las mujeres.
- Considerando que la depresión es más frecuente en pacientes de edad media; es importante considerar que los sujetos de mayor edad presentan menos depresión

debido a su nivel de adaptación a la enfermedad, su nivel de madurez les permite concebir los cambios en su vida y en consecuencia adaptarse a ellos; es por ello que consientes de su nueva rutina sus índices de depresión disminuyen notablemente.

- A medida que avanza el tratamiento el individuo manifiesta una reducción en los niveles de depresión; es posible que esto se deba a que el paciente logra adaptarse a la enfermedad, consigue conciliar los cambios y reconocerlos como parte de su vida; comprende que no puede cambiar su realidad solo resta adaptarse a ella y esperar lo mejor de la vida.

En cuanto al cuarto objetivo específico en las relaciones intrafamiliares:

- Respecto a las relaciones intrafamiliares en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, se tiene que las mismas son buenas, dado que al interior del núcleo familiar existe un tipo de comunicación favorable que ayuda y sirve de soporte al individuo para su recuperación; del mismo modo el apoyo moral que brindan los seres queridos constituye un incentivo para el paciente y un pilar fundamental de apoyo emocional.

Como conclusión final del presente trabajo de investigación se tiene que: los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija en la gestión 2012, presentan las siguientes características psicológicas; una baja autoestima, nivel de ansiedad ligera, depresión moderada y buena relación intrafamiliar, así como nivel comunicacional; sumado a ello el apoyo moral en momentos críticos de la enfermedad.

6.2. RECOMENDACIONES

La Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis compromete cambios estructurales en diversas facetas del individuo, afecta su rendimiento y altera su calidad de vida radicalmente, es por ello que en función a lo expuesto se recomienda lo siguiente:

- Al Hospital San Juan de Dios se recomienda atribuyan la importancia que requiere el apoyo psicológico para los pacientes con enfermedad terminal, debido a que los

mismos necesitan ser preparado/as emocionalmente para enfrentar la enfermedad, se considera que la preparación psicológica hace menos traumático el tratamiento.

- Al personal de área, hacer notar la importancia de contar con un profesional especialista en Psicología, mismo que deberá trabajar multidisciplinariamente en relación con los demás profesionales a fin de brindar al paciente la posibilidad de una mejor calidad de vida tanto a nivel físico como emocional.
- Se recomienda al entorno familiar del paciente, proporcionarle un ambiente de comunicación, apoyo moral y afectividad constantes; debido a que necesita sentirse constantemente apoyado.

Tanto la familia como el paciente, deben recibir apoyo psicológico, puesto que muchas veces la noticia de la enfermedad puede ser traumatizante para los miembros que la conforman, de manera que ambas partes puedan apoyarse mutuamente siendo la prioridad el enfermo.

- Se recomienda realizar actividades sociales con estos pacientes, dada la importancia de mejorar los niveles de comunicación e interacción. Quizás participar en grupos como clubes de amigos, grupo parroquial, reuniones familiares, terapias de grupos e individuales; podrían resultar beneficiosas para el paciente.
- Se debe concientizar a la sociedad, transmitirles la magnitud de las enfermedades terminales y las secuelas que dejan en los pacientes y sus familias; de modo que consientes de la funesta realidad pueda nacer la solidaridad para permitir que las personas que padecen esta enfermedad puedan aspirar a una mejor calidad de vida y no mueran en una cama de hospital por no tener muchas veces los recursos económicos suficientes para poder vivir con dignidad el tiempo que Dios destine para ellos.
- A los futuros investigadores se recomienda tomar en cuenta los datos obtenidos en la presente investigación sobre las características psicológicas de los pacientes con enfermedad crónica; con el fin de profundizar estos datos, considerando en lo sucesivo otras variables que no hayan sido tomadas en cuenta en esta oportunidad como por ejemplo, calidad de vida.
- Finalmente se recomienda reducir los bajos niveles de autoestima y depresión en

los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis, con la realización de actividades recreativas que incluyen laborterapia, terapia cognitiva-conductual, psicoterapia cuya finalidad es ayudar a las personas a cambiar su modo de pensar y modificar sus conductas negativas contribuyendo de ese modo a aliviar su depresión.