



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

**RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
ENFERMOS TERMINALES**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Psicología

Alonso Villanueva Esquivel

Asesora: Lic. Mónica Jiménez Palomino

Uruapan, Michoacán. 16 de Enero de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
Hipótesis	6
Justificación	8
Marco de referencia	10

Capítulo 1. Influencia de la familia en el tratamiento de enfermedades terminales.

1.1 Insuficiencia renal crónica como enfermedad terminal	12
1.2 Papel de la familia en el tratamiento de las enfermedades terminales	21
1.3 Apoyo familiar en la presentación de alteraciones emocionales de pacientes terminales.	30

Capítulo 2. La depresión en los enfermos terminales.

2.1 Desarrollo clínico de la depresión.	37
2.2 Principales factores desencadenantes de la depresión en enfermos terminales.	44
2.3 Procesos psicológicos afectados durante la presencia de una enfermedad terminal	50

2.4 La influencia de la dinámica familiar en el proceso depresivo de los enfermos terminales.	57
---	----

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Metodología.	61
3.1.1 Enfoque.	61
3.1.2 Investigación no experimental	62
3.1.3 Estudio transversal	63
3.1.4 Alcance de la investigación	63
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	64
3.2 Descripción de la población	67
3.3 Descripción del proceso de investigación.	68
3.4 Análisis e interpretación de resultados	72
3.4.1 Nivel de depresión de los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	72
3.4.2 Apoyo familiar a los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	75
3.4.3 Correlación entre las variables depresión y apoyo familiar de los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	76
Conclusiones.	79
Bibliografía.	82

Mesografía	84
Anexos.	

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social toda la disposición y las facilidades otorgadas para la realización del presente trabajo de investigación, así como a todos y cada uno de los pacientes y a sus familias que amablemente colaboraron conmigo con su amabilidad para llevar a cabo las sesiones de aplicación.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza para determinar si existe una relación significativa entre el grado de apoyo familiar que reciben las personas con diálisis peritoneal que son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán y el nivel de depresión que ellos presentan.

Antecedentes

La labor de investigación se llevó a cabo con base en que el enfermo de insuficiencia renal crónica se torna en gran medida dependiente de su familia para poder realizar sus actividades cotidianas y las diligencias propias del tratamiento.

Con frecuencia, esto conlleva una interpretación de dependencia e insuficiencia por parte del paciente y por lo mismo, es factible que a corto plazo se generen procesos depresivos. Por lo tanto, con la finalidad de aclarar el enfoque que se da a cada una de las variables, enseguida se procede a definir las:

Por apoyo familiar se entenderá al “apoyo emocional y afectivo referente a la disponibilidad de personas que pueden proporcionar amor, estima, cariño y empatía”; para lograr complementar la definición anterior se entiende también como la “información verbal y no verbal, ayuda tangible o acción prestada por íntimos o

inferida de su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor” (www.samfyc.es; 2002).

Para lograr dar comienzo al desarrollo clínico de la depresión se considera necesario conceptualizar el término de dicho trastorno, el cual se define como un “trastorno del estado del ánimo caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en las actividades y culpa excesiva o sentimientos de minusvalía” (Morris y Maisto; 2005: 449).

Definidas ambas variables de la investigación, se da paso a enunciar distintos trabajos de indagación relacionados que sirven como los antecedentes de la misma.

Paz y cols. (2009, referidos en www.redalyc.uamex.mx) realizaron un estudio de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, constó de treinta pacientes con edades comprendidas entre los veinticinco y los ochenta y cinco años. En dicho estudio se utilizaron instrumentos como el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberg, lo cual indicó que el 56.7 de los pacientes manifestó algún grado de depresión, en tanto los niveles de ansiedad (estado-rasgo) se correlacionaron positivamente con los de la depresión.

Por otro lado, Reyes y cols. llevaron a cabo una investigación acerca del funcionamiento y adecuación de las familias de los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con hemodiálisis en el hospital general “Dr. Juan Bruno Zayas” de

Santiago de Cuba, desde octubre hasta diciembre de 2004 (www.bvs.sld.cu, 2006). La indagación se realizó con setenta y cuatro pacientes con edades desde dieciséis hasta los sesenta años. En cuanto al nivel de adecuación al afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia, del total de los pacientes un 81% refirió un afrontamiento adecuado, mientras que el 19% restante se reportó como inadecuado.

De igual forma, González y cols. (2011, en www.psicologiacientifica.com), desarrollaron un trabajo de indagación en el hospital docente provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara, Cuba, con treinta y dos pacientes seleccionados al azar, de los cuales el 100% de ellos refirieron que su capacidad de trabajo ha disminuido considerablemente, ya que perciben en gran medida un nivel de cansancio que les obstaculiza realizar cualquier esfuerzo, un 25% se consideran completamente incapacitados para lograr cualquier tarea.

Desde un inicio se observó una creciente población de personas con insuficiencia renal crónica en la ciudad de Uruapan, Michoacán, atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social; al identificar dicho fenómeno, resultó de gran interés conocer cómo enfrenta el paciente un diagnóstico desfavorable, así como sus niveles de depresión y elementos causales de la misma, de igual modo, el papel que juega la familia en el desarrollo de su enfermedad como el elemento de soporte más cercano.

Planteamiento del problema

El tratamiento de diálisis peritoneal causa efectos tanto en el enfermo como en la relación que éste pueda llegar a tener con su familia. El estar sometido a dicho procedimiento se traduce como una limitante en sus actividades cotidianas por tener que ajustarse a las sesiones médicas prescritas, ya que éstas tienen que programarse con lapsos cortos entre sí.

La actividad física del sujeto se ve afectada de tal manera que se ve reducida, debido a que los resultados que la enfermedad, generan en el individuo una disminución considerable de energía. Por otra parte, existen requerimientos alimenticios especiales que los enfermos se ven obligados a seguir para que el decremento energético cause el menor impacto posible.

Con base en lo anterior, se puede mencionar que los sujetos enfermos requieren una mayor atención y apoyo familiar, tanto en la capacitación que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social para que una o dos personas realicen el procedimiento, como en la preparación de los alimentos que requiere el enfermo. Debido a la importancia que la familia asume en el desarrollo de procesos emocionales alterados a partir de la presencia de una enfermedad física y la necesidad de hacer evidente dicha influencia, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación significativa entre el grado de depresión y el nivel de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal del Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Para precisar con mayor efectividad el proceso de investigación en relación con la búsqueda de resultados, se muestran a continuación los objetivos que se siguieron en el presente trabajo:

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el nivel depresión y nivel de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal del Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Mencionar los criterios generales que definen el apoyo familiar en el tratamiento del enfermo terminal desde la teoría sistémica.
2. Definir el concepto de depresión.
3. Revisar los aspectos básicos que el paciente terminal necesita cubrir para sentirse atendido y cuidado.

4. Describir el desarrollo clínico de la depresión.
5. Identificar los principales elementos causales de la depresión en enfermos terminales.
6. Establecer la influencia de la dinámica familiar en el proceso depresivo de los enfermos terminales.
7. Señalar el nivel de apoyo familiar promedio que presentan los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán.
8. Señalar el porcentaje de la población de pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene confianza plena en la capacitación de sus familiares proporcionada por el mismo hospital para ayudarlos en sus sesiones médicas diarias.
9. Señalar el nivel de depresión que presentan los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

De manera ulterior a una revisión bibliográfica sobre la temática examinada, se establecieron las explicaciones tentativas que enseguida se enuncian.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de atención familiar que reciben los pacientes con insuficiencia real crónica, que están siendo atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el nivel de depresión que éstos generan durante el proceso de tratamiento hospitalario.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de atención familiar que reciben los pacientes con insuficiencia real crónica, que están siendo atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el nivel de depresión que éstos generan durante el proceso de tratamiento hospitalario.

Operacionalización de las variables

La variable de atención familiar fue medida con un cuestionario aplicado mediante la técnica de la encuesta denominado “Medición de apoyo familiar a pacientes con IRC”, especialmente diseñado para ese propósito a partir de sustento bibliográfico, junto con su respectiva validación estadística.

Por otro lado, la depresión se valoró con el inventario de depresión de Aaron T. Beck (BDI-II), el cual permitió la obtención de resultados precisos y confiables.

Justificación

Se eligió este tema ya que se considera de suma importancia el rol que juega la familia en el nivel de depresión que se puede generar en el paciente que sufre de insuficiencia renal crónica, dado que se ha presentado un incremento considerable en el índice de presencia de esta clase de enfermos en México, por tanto, es un tema que paulatinamente ha cobrado mayor relevancia y se ha vuelto más común en el territorio nacional.

La presente investigación es útil a la psicología clínica para poder tener respaldo científico acerca de cómo atender casos de pacientes terminales y de esta manera poder incrementar su confiabilidad cuando se intervenga en tratamientos psicoterapéuticos que impliquen dicha problemática, de igual manera, la medicina es beneficiada al obtener elementos acerca de cómo hacer partícipes a las familias de los enfermos, para dar como resultado una mejor calidad de vida en ellos.

A los profesionales que están laborando en la ciudad de Uruapan, Michoacán, tales como psicólogos clínicos, sirve para que ellos tengan un espectro más amplio acerca de la enfermedad en relación con el impacto emocional que pueda llegar a generar y así poder llegar a comprender más a fondo sus efectos, para poder implementar el tratamiento más adecuado. En cuanto a los médicos, la presente indagación es productiva para poder lograr una mayor empatía con el aquejado e involucrar a la familia en el tratamiento para lograr la obtención de mejores resultados.

A la Universidad Don Vasco, A.C., le es útil, ya que le permite tener sustento científico para la Escuela de Psicología y así poder apoyar a los alumnos que inicien procesos de investigación, de igual forma, para todo el personal docente y/o administrativo que desee alguna referencia en cuanto al tema, lo cual lo convierte en valioso material bibliográfico de consulta. Sirve como antecedente para investigaciones más profundas que impliquen niveles de depresión y enfermedades terminales, de manera que otorga a la escuela una promoción en cuanto al carácter formal de la investigación.

A los pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que fueron investigados, les fue de utilidad para que lograran comprender y valorar el papel que juega la familia en el progreso de la enfermedad que cursan, mientras que las familias de los enfermos generaron mayor empatía al identificar las consecuencias que tendrá el aquejado en caso de negarle la atención que está requiriendo, con ello se permite incentivar el diálogo entre ambas partes y que pueda haber una comunicación eficaz para lograr que la relación enfermo-familia sea lo más positiva posible.

Al investigador, desarrollar este proceso científico le fue de provecho para aprender el proceso adecuado acerca de la metodología de investigación, conocer técnicas y estrategias útiles concernientes a la obtención de datos válidos y confiables para poder realizar un estudio con características científicas y que lleven a producir resultados clínicos aplicables de manera efectiva a la atención psicológica de los pacientes con enfermedades progresivas o incapacitantes. Asimismo, le

facilitó determinar la importancia del rol de la familia en el tratamiento de un enfermo dependiente en atención e incorporar dicha información en la determinación de métodos terapéuticos adecuados.

De esta manera se enuncia la utilidad de la presente investigación, mencionando las ventajas y beneficios que trae hacia los distintos campos y actores.

Marco de referencia

Se eligió como campo de investigación al Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Esta clínica-hospital es una dependencia del Gobierno Federal en el cual se atienden primordialmente a derechohabientes que se encuentran asegurados por los patrones de sus respectivos empleos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra ubicado en Uruapan, Michoacán con dirección en la Calzada Benito Juárez S/N y prolongación Francisco Villa, colonia Linda Vista, C.P 60050. Se encuentra al servicio de la sociedad uruapense desde mil novecientos setenta y tres.

La misión que tiene la institución y sus integrantes como funcionarios públicos, es salvaguardar el derecho a la salud, concediendo las prestaciones médicas necesarias que la sociedad requiera, otorgar un trato humanitario y de calidad, al aceptar un compromiso real tanto con los asegurados como con sus patrones.

También se tiene una visión establecida, la cual consiste en ser una unidad de atención hospitalaria eficaz y eficiente, superando día con día los estándares de calidad en los servicios que ofrece el organismo, asegurando las operaciones con una correcta administración de los recursos.

Las instalaciones del hospital se dividen en veintiún consultorios, así como áreas: de diálisis peritoneal, de maternidad, de rayos x, de finanzas, de atención a pacientes, de vestidores, de radio diagnóstico, de archivo clínico, de esterilización de equipo médico; oficina de jefatura de enseñanza, biblioteca, laboratorio, jefatura de enfermeras, comedor, sala de espera, farmacia, departamento de recursos humanos, puesto de recolección de sangre, oficina de trabajo social, oficina de traslados, departamento de transporte, área de recepción de material de curación, dos estacionamientos, subdirección médica y subdirección administrativa.

En cuanto al personal que labora en la clínica, está integrado por ochenta y cuatro médicos especialistas, veintiséis médicos internos, seis médicos familiares, diecinueve enfermeras, dieciséis enfermeras especialistas, ciento treinta enfermeras generales, cincuenta y tres enfermeras auxiliares, treinta y seis intendentes y seis personas encargadas de la vigilancia.

De igual forma, cabe mencionar que se trabajó con personas de género indistinto, atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social; son enfermos con insuficiencia renal crónica que residen en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

CAPÍTULO 1

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TERMINALES

En el presente capítulo se examina la influencia que puede llegar a tener la familia en la participación con los pacientes con enfermedades terminales, lo cual es de suma importancia y responde a que invariablemente el enfermo se vuelve dependiente de otros en mayor o menor medida, para lograr con éxito sus sesiones médicas diarias o actividades cotidianas.

La insuficiencia renal crónica es la atrofia total de los riñones del sujeto, de esta manera, no es capaz de procesar y desechar sustancias corporales; esta situación lo orilla a un sistema renal artificial denominado diálisis. Como toda enfermedad terminal, es degenerativa, el tiempo del deceso dependerá en la disciplina que tenga el paciente en su cuidado médico y otras enfermedades que de manera particular presenten los sujetos aquejados.

1.1 Insuficiencia renal crónica como enfermedad terminal

Una enfermedad de carácter terminal tiene distintos efectos en la salud emocional del sujeto que la padece, pero también en el contexto que lo rodea, teniendo influencia directa en la familia del individuo. Este hecho antes mencionado pone a prueba totalmente los recursos mentales y capacidad de adaptación de las

personas que atraviesan un proceso de muerte pronosticado; si se está hablando de que el diagnóstico, por sí solo, puede en algunos casos llegar a devastar emocionalmente al sujeto, su familia por otro lado pasará por un proceso de adaptación hacia un nuevo estilo de vida al que tendrán que adaptarse junto con la persona enferma.

Las enfermedades terminales son todas aquellas en las cuales los síntomas que presenta el paciente no desaparecen, se entiende entonces que la calidad de vida que presente el enfermo desde que adquiere la enfermedad, irá en decremento paulatinamente.

En realidad, este proceso de salud, cada vez más frecuente en la población actual, es una modalidad de un proceso natural en el cual se involucran una serie de factores.

La muerte en la vida de las personas, como lo mencionan Zurro y Cano (2003) haciendo referencia a Brunet, se entiende como un fenómeno natural, al igual que el nacimiento, inherente a la vida humana, ambos hechos comparten aspectos sociales, biológicos y culturales, así como psicológicos y emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, estos dos sucesos son quizá los que mayor impacto emocional generan en la gente, tanto en la persona como en los contactos inmediatos de su red social.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede decir que los acontecimientos mencionados marcan la existencia de las personas, aunque de manera polarizada, ya que la muerte genera emociones y actitudes de variada intensidad, que van desde la ansiedad hasta la depresión, máxime cuando se tiene que enfrentar un pronóstico desfavorable de patología y que éste implica un tiempo determinado de vida.

Considerando la importancia de que el paciente conozca su situación a detalle y con toda la veracidad posible, Rozman (2004) menciona a Gajardo, afirmando que la comunicación de malas noticias sobre un diagnóstico a un paciente es una fuente de estrés para el médico y su equipo de trabajo, aunque el enfermo tiene todo el derecho de exigir la verdad de su padecimiento y los detalles en un posible tratamiento.

Conforme avanza el tiempo, como lo menciona Kaplan (1992) citando a Weisman, los médicos han comenzado a dejar de lado la consideración impersonal de la patología para iniciar una comprensión psicosocial de la enfermedad, esto habla de la necesidad de tomar en cuenta aspectos no sólo físicos, sino que se intenta ver y entender al sujeto como un ente global, en quien se involucran sus diferentes esferas de desarrollo. Se debe generar una transmisión de confianza y tranquilidad rayando, hasta donde sea permisible, en lo humorístico, para que el paciente perciba un clima de calidez humana. Se intenta involucrar en la medida de lo posible a la familia del sujeto para que éste no enfrente las consecuencias de la enfermedad en solitario y así intentar optimizar los resultados del tratamiento.

En otro orden de ideas, la muerte puede llegar por distintos factores, como lo son suicidios, senectud, accidente o como en este caso, enfermedad.

Existen tres dimensiones de la muerte, que son: la dimensión intrapersonal, la interpersonal y la impersonal. La primera de ellas es la más relevante en este momento, ya que se refiere a la experiencia interna de la mortalidad personal, que la mayoría de las personas temen, pero tienen dificultades en anticipar. “El yo de la muerte intrapersonal puede concebir fácilmente la muerte parcial, incluidos muchos yos; pero el yo de la conciencia total exige una plena existencia y considera difícil creer o pensar siquiera la aniquilación total.” (Kaplan; 1992: 1271).

Lo anterior es un indicador de que un ser humano no es capaz de aceptar totalmente su muerte: no se logra una resignación completa, lo cual puede llegar a generar un conflicto en la persona que se encuentra atravesando un proceso como lo es una enfermedad mortal. Se ha mencionado con anterioridad que una enfermedad crónica trae consigo la extinción total de la persona aquejada, por consiguiente, hay la existencia de una amenaza real contra la preservación de la vida, que se encuentra en constante choque con el yo de conciencia total, mismo que se rehúsa a comprender y sobre todo, a aceptar la inminente expiración.

En tiempos pasados, como Avendaño (1998, refiriendo a Fernández), afirma, los sujetos que tenían un padecimiento que duraba más de dos semanas, morían o se recuperaban en ese lapso, sin embargo, gracias a los avances de la medicina y de la tecnología en general, es posible extender el tiempo de vida de la persona, el

cual fluctuará en el momento que se consideren las variables particulares de los sujetos, como el tipo de enfermedad, tiempo que se lleva padeciéndola, sexo, condiciones de vida, entre otras.

La información de los resultados al paciente se deberá realizar con sumo cuidado y prudencia, para lo anterior, el médico está prácticamente obligado a desarrollar habilidades que le permitan desenvolverse en el campo de la comunicación verbal y no verbal, incluso hasta donde las circunstancias les permitan desplegar pericias en el arte terapéutico

Existen tres principios que se ligan a la práctica médica, los cuales enuncian los principios perennes de esta profesión.

1. “Principio de la primacía del bienestar del paciente: Éste principio plantea la necesidad de que exista una dedicación a servir los intereses del paciente.
2. Principio de autonomía del paciente: Todo médico debe mostrar respeto por la autonomía del paciente. Los facultativos han de ser honestos con los pacientes y proporcionarles la información necesaria para que adopten decisiones ponderadas sobre su tratamiento.
3. Principio de justicia social: La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de atención primaria.” (Rozman; 2004: 3).

Remarcando la importancia que tiene el principio número dos, en el tema de la comunicación del diagnóstico al paciente, claramente menciona que éste tiene derecho total de conocer cuál es la enfermedad que porta, cuál es la gravedad de la misma, así como posibles consecuencias a futuro y, de igual manera, es libre en las decisiones que él mismo tome, inherentes a su padecimiento.

De manera particular, “englobada en el campo de la Nefrología se encuentra una enfermedad terminal que se denomina insuficiencia renal crónica, el cual es un síndrome clínico que es resultado de la disminución progresiva de la función renal secundaria a la pérdida irreversible de nefronas funcionales independientemente de la causa” (Rozman; 2004: 881).

La insuficiencia renal crónica se caracteriza por los elevados niveles plasmáticos que se generan en el cuerpo, debido a la incapacidad de los riñones en la filtración los desechos que se forman de manera natural e invariable en el cuerpo humano, como el nitrógeno de urea y la creatinina, así como alteraciones estructurales o funcionales que tienen una duración de tres meses o mayor.

La diálisis peritoneal como enfermedad degenerativa hace referencia a Kasper (2006), que refiere a Melchor al aseverar que dicho mal se encuentra en las enfermedades crónicas, y que se ha caracterizado por cobrar mayor importancia médica y económica en los últimos diez años en el país mexicano.

La insuficiencia renal crónica se presenta como una enfermedad frecuente con una incidencia y prevalencia de ciento treinta y dos personas afectadas por cada millón de la población mundial, así como ochocientos cuarenta y cinco sujetos enfermos por año.

Rozman (2004) enuncia a Obrador al mencionar que el diagnóstico se realiza fácilmente, por ejemplo, a través de la elevación de los niveles de creatinina sérica. Una vez elaborado el diagnóstico, lo que sigue es la identificación de la causa, para lo cual basta en algunos casos la historia clínica o en otros tantos se agrega una exploración física; de igual manera, son de utilidad estudios de laboratorio e imagen, aunque existen otros métodos más elaborados y complejos, como lo es la biopsia renal.

Existen varias particularidades en individuos con tratamiento de diálisis peritoneal, como manifestaciones cutáneas, cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, digestivas, hematoinmunológicas, óseas, endocrinas y metabólicas.

Continuando con Obrador (referido por Rozman; 2004), se enuncian variadas manifestaciones corporales de dicho padecimiento: en primer lugar, se mencionan las alteraciones cutáneas que en los pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada, tienen un color de piel pálido terroso característico, así como una palidez que se relaciona con la anemia, en las uñas puede observarse la desaparición de la lúnula. El prurito aparece de manera generalizada y puede venir acompañado de

lesiones corporales a causa del rascado, incluso llega a ser tan intenso que el paciente busca apoyo médico, ya que dicho síntoma interfiere con el sueño.

Por otra parte, en el apartado cardiovascular son frecuentes alteraciones tales como hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y pericarditis urémica.

En el aparato respiratorio se pueden desarrollar edemas pulmonares de origen cardiogénico y no cardiogénico. Otra alteración pulmonar es el denominado pulmón urémico, que tiene como característica principal a los infiltrados de tipo alveolar en las regiones perihiliares, que semejan alas de mariposa, y que reflejan edema pulmonar.

Siguiendo con la misma tónica y con los autores antes señalados, se menciona que las consecuencias cerebrovasculares son frecuentes, así como una arteriosclerosis acelerada, también la encefalopatía urémica es una complicación más que se caracteriza por insomnio, alteraciones del patrón habitual del sueño, incapacidad para concentrarse, alteraciones de la memoria, confusión, desorientación, labilidad emocional, ansiedad, depresión y ocasionalmente, alucinaciones.

La anorexia, así como las náuseas y el vómito, son dificultades que se presentan en el enfermo con insuficiencia renal avanzada; la primera de ellas

generalmente se presenta más rápido, de manera discontinua y en ocasiones es referida a alimentos como la carne.

Rozman (2004) menciona que las náuseas y el vómito suelen ser por la mañana, aunque esto no exenta que se presenten en alguna otra hora del día. Los síntomas antes mencionados dan como resultado una disminución en la ingesta de alimentos, misma que conduce al paciente a una desnutrición proteico-calórica.

Una manifestación hematoinmunológica es la anemia, se muestra en fases tempranas del padecimiento y constituye un común denominador en la gran mayoría de los pacientes, la principal causa de ello es la deficiente producción de eritropoyetina de los riñones enfermos.

Por otra parte, se define como osteodistrofia renal a un conjunto de lesiones óseas que son resultantes de las alteraciones del metabolismo del calcio y del fosfato que incluyen a) hiperparatiroidismo secundario; b) osteomalacia; c) enfermedad ósea adinámica; d) lesiones mixtas. Otras alteraciones son la osteoesclerosis, la osteoporosis y en el caso de los niños, trae como derivación el retraso en el crecimiento.

La disfunción sexual es sumamente frecuente en personas en tratamiento de diálisis peritoneal debido a una mengua de los niveles de testosterona en los varones y de progesterona en las mujeres. Clínicamente, estas alteraciones se traducen en impotencia, atrofia testicular y disminución en el conteo de espermatozoides en los

hombres; por parte de las mujeres hay amenorrea o dismenorrea, así como reducción de la fertilidad.

Con lo anteriormente enunciando, se puede mencionar que la persona aquejada sufre variados cambios en diferentes áreas de su vida, tales como ansiedad, tristeza, desesperanza o aplanamiento afectivo, por mencionar algunos en su apartado emocional, aunque cabe referir que no solamente es el propio paciente el que experimenta dichas alteraciones, ya que los integrantes de su grupo de contacto social inmediato (la familia, sea nuclear o no), se ven involucrados en la nueva dinámica de vida del crónico. Resulta conveniente indicar que no constituye una ley el aportar apoyo incondicional a las necesidades físicas, alimenticias y emocionales del sujeto, ya que existen personas enfermas que reciben un vasto sostén en las diferentes áreas de su vida que se han visto alteradas; en contraparte, hay familias que no satisfacen de manera exitosa las carencias a las que se ha hecho acreedora la persona afectada, por lo tanto, el rol que desempeña la familia en el éxito, fracaso o neutralidad será de suma importancia, en consecuencia, se debe desglosar para una mejor comprensión de la comunión que se forma entre pacientes y familiares.

1.2 Papel de la familia en el tratamiento de las enfermedades terminales

Se entiende a la familia como la primera sociedad a la que pertenece el hombre, una unidad biopsicosocial que es integrada por un número variado de personas, en la cual se presentan variables de los vínculos existentes entre los

elementos que la forman como lo son: consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y la convivencia en el mismo hogar, no obstante, la familia abarca aspectos más profundos, como el hecho de que es una organización social intermedia entre la sociedad en general y el individuo.

El comportamiento de los seres humanos sólo puede ser concebido y comprendido situándolo en el contexto y ambiente por el cual es condicionado, para precisar con mayor efectividad, se menciona que este estrato, además de abarcar factores físicos y de entorno, conlleva también una característica que en el homo sapiens está mucho más desarrollada en cualquier otra especie: la condición de ser un ser social y gregario.

Matizando la relevancia de la atención familiar, Zurro y Cano (2003) mencionan a De la Revilla, quien enuncia que conviene se pongan en perspectiva los términos de la familia sana o enferma, al igual que los de la familia normofuncional y disfuncional. Esto es un indicador que apunta hacia la atención que puede ser brindada y la forma en que ésta consigue ser canalizada, ya que una familia disfuncional o desintegrada no logrará el mismo nivel y calidad de apoyo que una familia en donde los roles se encuentran correctamente establecidos y que por supuesto, coexisten junto al enfermo.

Con la información anterior se puede entender que el término salud familiar hace referencia al funcionamiento de la familia como un agente social primario, por consiguiente, un favorable o deficiente ejercicio de dicho elemento es un factor

dinámico que tiene influencia directa en la aparición y por supuesto, en la consecución del cuadro clínico.

El modelo explicativo de la atención familiar, lo mencionan Zurro y Cano (2003) al retomar a Fleitas, quien describe que la atención familiar supone un cambio táctico y estratégico que se basa en el traslado de la atención del marco individual al conjunto de personas que forman a la familia, esto es, pasar del problema individual al de la familia.

En las últimas décadas, la estructura de la familia ha ido cobrando mayor importancia en la etiología, diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas o mentales, esto implica que se ha vuelto una necesidad el globalizar el síntoma hacia el contexto en el cual el paciente se desenvuelve. Por otro lado, variados desajustes que se han presentado en la medicina familiar u otras disciplinas como la psiquiatría o pediatría, se deben en gran medida a la incapacidad para comprender el papel que tiene la familia en los problemas de la salud.

En la teoría sistémica existe una de las definiciones mayormente difundidas del término sistema, que se entiende como el “conjunto de elementos de interacción dinámica en el cual, el estado de cada uno está determinado por el estado de cada uno de los otros.” (Zurro y Cano; 2003: 132).

En el mismo orden de ideas, los autores anteriores aluden a De la Revilla (2003), quien establece la premisa de que la familia es un sistema que se encuentra

dentro de otros, por consiguiente, al abordar el análisis sistémico de la familia, es conveniente comenzar el razonamiento desde los elementos internos que la conforman.

Zurro y Cano (2003) mencionan que en 1932, Cannon introdujo en el campo de la fisiología el concepto homeostasis; desde un punto de vista sistémico, este término se entiende como el mantenimiento del equilibrio interno, un estado constante, así como una estabilidad del sistema. Posteriormente, Jackson en 1957 fue el primer investigador en aplicar este concepto a los sistemas familiares.

Al igual que todos los seres vivos, la familia tiende a salvaguardar su estabilidad, una homeostasis familiar se comprende como la interacción entre sus miembros, que facilita una relación emocional y física, promoviendo así un desarrollo óptimo de manera tanto individual como colectiva, con tolerancia a los cambios y a la evolución, sin que afecte de manera significativa la dinámica ni al equilibrio familiar.

La familia debe observarse como un ente dinámico, que si se queda inmóvil llevaría a alteraciones en su estructura, de modo que se convertiría en algo anormal e incluso en algunas ocasiones, patógeno para sus integrantes, la familia deberá estar preparada para cambios, adaptaciones y transformaciones que pueden ser por necesidades de sus propios integrantes o por exigencias de su contexto.

De acuerdo con Zurro y Cano (2003), De la Revilla menciona que existen dos mecanismos reguladores que intervienen en la dinámica familiar:

A) Morfoestasis: que tiene como objetivo la conservación y continuidad de la familia, así como una función de protección.

B) Morfogénesis: permite la acomodación y adecuación a los cambios familiares, poniéndose al servicio de la modificación y al crecimiento del sistema familiar.

Las reglas familiares sirven como marco y límites para los actos de cada uno de los miembros de la familia, determinando posiciones entre unos y otros así como las relaciones entre ellos; las normas son esenciales para un correcto desarrollo productivo de la sociedad familiar, en algunos casos, las personas que integran a la familia no se dan cuenta de que su rol se rige por dichos límites, a lo que le nombra inconsciente familiar.

Zurro y Cano (2003), enuncian a Miller al mencionar que las relaciones entre los miembros de la familia no son unilaterales, sino circulares, por ejemplo: lo que realice A afectará a B, pero a su vez B tendrá cambios conductuales que tengan efectos en A. Se puede llegar a entender como una reacción en cadena, por lo que es conveniente entender a los elementos que conforman a la familia no como entes separados y solitarios, sino como parte de un universo en el cual una acción dará como resultado una reacción.

Existen factores que se involucran directamente en el proceso de atención familiar, que son los acontecimientos vitales estresantes, la situación de la dinámica familiar, el apoyo social y los recursos que promueve el propio paciente. Para esclarecer con mayor estructura lo anterior Zurro y Cano (2003) realizan una

mención de Fleitas, diciendo los factores que intervienen en el modelo explicativo de la atención familiar se pueden definir y subdividir de la forma siguiente:

Los factores familiares pueden ser evaluados respecto a:

- Estructura familiar, ciclo vital familiar, función familiar, relaciones interpersonales, creencias y experiencias.

Los acontecimientos vitales estresantes a considerar serían:

- Familiares, económicos, laborales, legales y personales.

En cuanto a las redes de apoyo social, se encuentran:

- Tamaño y composición de la red y dimensiones del apoyo social.

Se entiende como acontecimiento vital estresante, “aquellos episodios que los individuos perciben como negativos o indeseables y que se acompañan de un cambio vital. Estos episodios son capaces de afectar a la salud individual, así como a la función familiar.” (Zurro y Cano; 2003: 135).

Continuando con los autores anteriores, los factores familiares se descomponen en cinco apartados diferentes y para lograr una visualización individual, de describe a continuación el planteamiento siguiente:

Para comenzar, se alude a la estructura familiar, ya que no incide de la misma manera un acontecimiento vital estresante en una familia nuclear íntegra que en una ampliada con parientes en donde la presencia de un miembro ajeno a la familia nuclear ocasionará cambios de roles y funciones entre sus miembros; de manera semejante sucede en familias en las que se tiene presente la figura de un solo padre.

Así pues, será una variable importante que el suceso estresor lo viva una familia monoparental, en donde dicha condición obliga invariablemente a que los miembros adopten roles diferentes o extras a los que ya tienen, o que se tengan con personas que no forman parte del seno familiar de manera directa.

Por otro lado, se valoran las etapas de ciclo vital familiar que son: la constitución de la pareja, nacimiento de hijos y crianza, hijos en edad escolar, adolescencia, matrimonio y salida de los hijos del hogar, pareja en edad madura y senectud.

Los roles y funciones que tienen los miembros de la familia en cada una de las etapas, son distintos, así como su grado de madurez emocional y física, por lo tanto, la manera en como se manejen y resuelvan los conflictos que puedan presentarse a la familia, será diferente en cada una de ellas.

Las creencias y valores morales para lograr afrontar hechos negativos o no deseados, que generen dolor o disgusto, así como una experiencia suficiente en la

resolución de conflictos, marcarán de igual manera una diferencia para la superación de obstáculos.

Las relaciones interpersonales entre los mismos miembros de la familia, su capacidad de adaptación y su cohesión interna para regular y reducir los efectos negativos que pudieran tener, se observa de manera particular si dicha agrupación es capaz de mantener la unión entre los integrantes para crear una red de apoyo para una causa colectiva o individual.

Por último, se enuncia a la función familiar, ya que ésta permite que la familia mantenga un equilibrio estable para alcanzar objetivos, sociales, económicos, educativos, dependiendo de sus necesidades.

Puntualizando la importancia de la red y apoyo social hacia el enfermo, Hoffman (referido por Zurro y Cano; 2003), indica que el apoyo social tiene un efecto protector sobre un gran número de parámetros relacionados con la salud, como por ejemplo, enfermedades, esto quiere decir que el apoyo social ejerce una función de protección individual frente a los acontecimientos vitales estresantes, en este caso, una enfermedad de insuficiencia renal crónica.

Con lo anteriormente descrito, se puede establecer que la familia y el enfermo son dos entidades que trabajan conjuntamente para que la generación de síntomas emocionales desfavorables se presente en la menor cantidad posible.

Remarcando la importancia del rol familiar, Ledesma (retomado por Zurro y Cano; 2003) menciona que los integrantes de la familia del enfermo conforman un núcleo fundamental en el soporte psicológico del aquejado.

Así pues, queda plasmada la importancia que juega la familia en el desarrollo de un padecimiento terminal, ya sea para el cuidado físico o emocional de la persona sometida a la diálisis peritoneal, de modo que constituye un apoyo en las diferentes zonas de vida del paciente.

Observando con detenimiento y objetividad todo lo antes mencionado, se puede concluir también que, si la unidad familiar no presenta las características de apoyo de por lo menos un integrante de la misma, lejos de ser una fuente de motivación y cuidado, será un obstáculo en la conservación de la salud integral del paciente, por lo cual se considera de suma importancia para el trabajo de investigación esclarecer lo que se considera apoyo familiar, al poner énfasis en las actividades de atención que se le brinden al enfermo y establecer entonces, criterios que permitan tener una perspectiva de lo que es el apoyo y sustento emocional de calidad, de modo que permitan al sujeto tener un equilibrio en su salud mental, ya que los cambios a los que se ve obligada la persona afectan casi a la par su estabilidad psicológica.

1.3 Apoyo familiar en la presentación de alteraciones emocionales de pacientes terminales

En un contexto en el cual se presenta una enfermedad terminal, la unidad familiar se convierte en un serio factor a considerar cuando se trabaja en el área terapéutica, por ello constituye un elemento merecedor de amplia atención dentro del trabajo de investigación.

Cabe mencionar que el apoyo familiar no necesariamente tiene que ser brindado por cada uno de los integrantes de la familia, ya que aunque sea una sola persona la que esté al tanto de los cuidados, la atención general al individuo se considerará igualmente como apoyo y soporte familiar, de modo que el eje central de la atención será la calidad de la misma.

Existen distintos parámetros de lo que podría considerarse apoyo familiar. Para entablar criterios generales, se establecen de manera específica las distintas actividades en las que la familia se involucra de manera activa con el enfermo, para que de esta manera su participación pueda considerarse como productiva en la evolución y cuidado de la salud emocional del paciente; a este conjunto se le denomina apoyo familiar.

Con el fin de entablar ejes de cuidados ideales para el enfermo, Castro (2007) enuncia que existen nueve aspectos básicos que el paciente terminal necesita para sentirse atendido y cuidado.

Para comenzar se menciona la capacidad que debe tener la o las personas que están al cuidado del sujeto, esto se traduce en la confianza que puede poseer el individuo en la calidad de atención que está recibiendo, por lo tanto, a mayor capacidad de atención, mayor será la confianza generada.

Por otra parte, se encuentra la compasión, este aspecto gira en torno a la aflicción del paciente, la familia deberá sufrir la enfermedad con él y si es que así lo requiriera, llorar de manera conjunta, procurando que sea con la mayor sinceridad posible, ya que de lo contrario, lejos de generar cambios positivos sólo se acarreará rezago en la evolución y estabilidad de su salud emocional.

La comodidad juega un papel fundamental en los cuidados, ya que se debe procurar que el dependiente esté conforme y tenga la mayor motivación en las actividades a las que invariablemente está orillado a realizar.

En el apartado de la comunicación se pueden mencionar aspectos como el empatizar, hacer sentir al aquejado que su familia entiende el sufrimiento, así como la necesidad que él tiene de ser escuchado, ya que tendrá en periodos cortos muchos sentimientos y pensamientos que habrá de desahogar. De esta manera las personas que estén al pendiente del cuidado se dan a la tarea de desarrollar habilidades de escucha.

La integración familiar consiste en no incentivar el silencio entre los miembros de la familia, el hecho de vivir la enfermedad como un acontecimiento vital estresante puede ser motivo para lograr una mayor cohesión y llegar a un fin en común.

El papel que juegan los niños en la enfermedad (si es que están en el contexto) es invitándoles a ser partícipes activos en la nueva dinámica familiar, así como en los cuidados y en la comprensión de los nuevos roles a los cuales se han hecho acreedores todos los involucrados, aunque cabe mencionar que es una variable sumamente importante el considerar la posición que representa el enfermo para el menor: en caso de que exista un rechazo hacia la situación por parte de los infantes, no hay que obligarlos a efectuar tareas que corresponden a los adultos.

Para lograr la ruptura de tensión es bueno propiciar un buen sentido del humor resaltando que no se debe ser sarcástico o irónico. El enfermo puede mejorar su visión de la vida con situaciones humorísticas sinceras que le hayan acontecido a él o a cualquier otra persona que lo rodea.

La perseverancia en las visitas, si es que hay elementos de la familia que viven en otra casa, será de gran productividad y ayuda, en este sentido, resulta más conveniente realizar una visita sin importar que sea de corto tiempo, a no realizar ninguna. El llevar a cabo visitas cortas constantes hará que el paciente perciba una mayor atención y preocupación por los familiares, que si se hace una sola visita de mayor duración.

Como último aspecto básico, se debe gestionar un ambiente de tranquilidad y calma, sin caer en el descuido o dar la apariencia de desatención, ya que si los cuidadores muestran signos de ansiedad, el paciente podrá verse contagiado.

Lo anteriormente descrito se presenta como una generalidad en los cuidados que deberían de ser otorgados, se deben considerar particularidades de cada caso en los cuales las formas de apoyo e intervención variarán para un mejor aprovechamiento de los recursos familiares.

En continuidad con Castro (2007), se puede aseverar que una enfermedad llega a romper o desbalancear el equilibrio familiar de manera considerable, por lo que se recomienda la manutención de la normalidad dentro de lo posible, para lograr esto es indispensable que la familia acepte y se involucre en las decisiones del paciente terminal.

Estos criterios permiten visualizar los cuidados ideales que debe recibir el enfermo con insuficiencia renal crónica, por lo tanto, se consideran de vital importancia, ya que conllevan varios aspectos no solamente físicos, sino también psicológicos que son igualmente determinantes para lograr un equilibrio en la estabilidad emocional.

Si esta característica se encuentra deteriorada, se está dejando de lado gran parte de los cuidados integrales anteriormente descritos, por lo que conjugarlos se torna una imperiosa necesidad.

Según Castro (2008), una enfermedad terminal invariablemente implica la muerte y por lo tanto, debe procesarse en conjunto entre la familia y el afectado, ya que interfiere con la dignidad y autonomía de quien la padece. Se debe entender lo anterior como una amalgama formada entre las dos entidades anteriormente mencionadas, ya que el sufrimiento que el paciente pudiera llegar a presentar afectará de una u otra forma a sus círculos de socialización inmediatos, en este caso, la familia.

Continuando con la autora antes mencionada, se dice que si bien médicamente no hay mucho por hacer a favor de un paciente terminal, no lo es así en su salud emocional, por ejemplo, los cuidados y amor que la familia puede ser capaz de brindarle; aunque la atención de una persona desahuciada genera estrés, la familia deberá estar atenta a todos los factores que afecten el bienestar emocional del enfermo.

Lo anterior quiere decir que la familia del paciente asume dos roles en la participación del cuidado del sujeto: el de proteger la integridad emocional y física de su familiar afectado, así como la de vigilar la cohesión y salud mental del resto de los miembros.

Se presenta a continuación una serie de reacciones emocionales que pueden llegar a mostrarse en una situación de enfermedad terminal, mencionados por Castro (2008).

1. Ansiedad.
2. Nerviosismo.
3. Angustia.
4. Intolerancia.
5. Frustración.
6. Insatisfacción.
7. Miedo.
8. Culpa.
9. Tristeza.
10. Soledad.
11. Impotencia.
12. Incapacidad.
13. Rabia-ira-enojo.
14. Agobio.
15. Cansancio.

Se ha mencionado anteriormente que paciente sufre alteraciones en sus hábitos de vida que lo limitan en su salud, en su libertad y demás factores que se entienden como necesidades. El afectado requiere sentirse parte del núcleo familiar y tener las herramientas y fundamentos necesarios para lograr considerarse como aceptado, integrado y respetado por sus familiares.

La familia deberá estar preparada para lograr identificar cada una de las reacciones emocionales que se presenten en el enfermo, para lograr una

intervención adecuada y oportuna para cada una de ellas, tomando especial atención en una: la depresión, esta alteración emocional llega a afectar distintas zonas de la vida del sujeto y que tornan menos llevadero el padecimiento, por ello, se convierte en un serio riesgo de salud, aunado al sufrimiento físico generado por la diálisis peritoneal.

Así pues, se comprende que la depresión se presenta cada vez en más personas y con mayor impacto, lo que hace prestar especial cuidado a las consecuencias que conlleva padecerla, máxime cuando se trata de un paciente con una enfermedad terminal.

En el siguiente capítulo se desglosa la depresión como efecto de una enfermedad terminal, así como la participación del ente familiar en la misma, la importancia de su eficaz detección y seguimiento.

CAPÍTULO 2

LA DEPRESIÓN EN ENFERMOS TERMINALES

Este capítulo hace referencia a la alteración del estado de ánimo llamado depresión; conforme se vaya avanzando en la lectura, se irá particularizando en su repercusión como consecuencia a una enfermedad terminal. El padecimiento físico trae consigo cambios emocionales que invariablemente afectan a la persona, de esta manera, la diferencia entre un paciente enfermo con una salud mental equilibrada y uno con una salud mental caótica, depende de diversos factores en su ambiente y de los recursos mentales que el mismo aquejado tenga, los cuales se identificarán de manera puntual para lograr su diferenciación y esclarecimiento.

De esta manera, se da paso a explicar la depresión, abordando aspectos tales como la etiología y sus categorías.

2.1 Desarrollo clínico de la depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que ha ido cobrando auge rápidamente, aunque es un término que se maneja con mucha ligereza, dado que hay que cumplir ciertos aspectos y criterios para ser considerado un paciente deprimido. Este padecimiento puede llegar a las personas por distintas causas y en diferente magnitud, de la misma forma, puede afectar al contexto social en que se desarrolle la persona deprimida, su familia, amigos o su área laboral.

Es necesario realizar una diferenciación entre la infelicidad o la tristeza, en contraste con la depresión, para comprender a la depresión como un síndrome o trastorno y limitar su uso en ese sentido

“La distinción es simple. La tristeza es una emoción normal provocada por percepciones realistas, las cuales describen un acontecimiento que implica pérdida o decepción de una manera no distorsionada. La depresión es una enfermedad que siempre deriva de conceptos distorsionados” (Burns; 2010: 227).

La manera en que se puede comprender lo antes mencionado es que la tristeza tiene un carácter pasajero, posee un límite de tiempo y puede llegar a profundizar el sentido de la vida del sujeto, intentando hacer del evento decepcionante algo productivo para sí mismo, por el contrario, cuando aparecen sentimientos distorsionados y éstos perduran por un lapso prolongado, afectan la funcionalidad del individuo en su vida diaria y están acompañados de una reducción de autoestima.

Para comenzar a diferenciar las causas de la depresión en las personas, es conveniente hacer referencia a Zurro y Cano (2003), quienes enuncian a Borrell, autor que sostiene que en la práctica clínica existen tres clases de pacientes deprimidos, las cuales son: a) debido a una situación penosa; b) debido a una enfermedad crónica; c) como un trastorno primario del estado de ánimo, es decir, un trastorno estrictamente depresivo.

En tanto, el DSM-IV TR menciona criterios diagnósticos como: presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1: Estado de ánimo depresivo o 2: Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (ejemplo; se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ejemplo: llanto). En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Como se puede apreciar en lo anteriormente descrito, las enfermedades crónicas conforman una de las principales elementos causales de depresión en la población, por ello, adquieren trascendencia en la presente investigación.

Beck (2006) menciona que de acuerdo con Brenlla, los datos internacionales sugieren un aumento en los índices de depresión, por lo que se comienza a considerar al siglo XXI como la era de la melancolía.

Con lo dicho en el párrafo anterior, es de vital importancia describir primeramente a la depresión como una enfermedad global que no sólo implica tristeza, sino diversos factores preponderantes como desinterés, desaliento y una gran desesperanza de vida.

Siguiendo con el autor anterior, se presentan datos anamnésicos y exploratorios que pueden obtenerse para poder llegar a un diagnóstico.

- Antecedentes familiares: depresiones familiares de primer grado, suicidios o drogodependientes, tratamientos psiquiátricos.
- Antecedentes personales: consumo de sustancias nocivas, personalidad de base, otros síntomas o enfermedades relevantes.
- Exploración psicopatológica: síntomas y cronología, síntomas de organicidad, periodos de manía, hipomanía o ciclotimia.,
- Exploración física: exploración física básica y neurológica incluyendo aspectos como presión arterial, reflejos osteotendinosos, equilibrio, sensibilidad superficial y profunda, praxia, gnosia, memoria, fondo de ojos.

Kaplan (1992) menciona a Cancro al afirmar que todos los seres humanos muestran fluctuaciones del estado de ánimo, reaccionando a diversos sucesos vitales, se entiende en este caso a un suceso vital como la aparición de una enfermedad terminal que se vuelve el principal generador de desaliento en la persona aquejada.

El párrafo anterior permite visualizar que todas las personas, sin excepción, sufren cambios en su rutina de vida, los cuales, sin importar su magnitud, alteran su funcionalidad en mayor o menor medida, por lo que el diagnóstico que recibe una persona desahuciada cambia radicalmente los proyectos de vida que pudiera tener.

Existe una serie de factores de riesgo que de acuerdo con Boyd (mencionado por Kaplan; 1992) considera que propician o potencializan el episodio depresivo, los cuales se enlistarán y explicarán a continuación.

- a) Edad: anteriormente se creía que la depresión llegaba a una edad entre los 35 y 45 años, sin embargo, estudios recientes muestran que la depresión se presenta a una edad mucho más temprana, a inicios o mediados de los veinte años.
- b) Cambios históricos: se percibe un aumento de la población depresiva en los últimos veinte años, hay una convergencia de hallazgos clínicos y familiares que muestran la prevalencia y la incidencia de la depresión en poblaciones jóvenes y la disminución de la misma en poblaciones de edad avanzada (más de 65 años).
- c) Menopausia: los índices de personas depresivas tienden a disminuir durante este período, las investigaciones sugieren que la depresión no es predispuesta por la menopausia.
- d) Período de postparto: se considera como una alteración emocional transitoria en las primeras semanas del nacimiento, ocurre con la suficiente frecuencia como para ser considerada normal y por lo general se resuelve sin necesidad de tratamiento profesional, sin embargo, se considera un riesgo si los síntomas depresivos continúan hasta los seis meses después del parto, en cuyo caso se considera un gran riesgo para la salud.
- e) Clase social: se menciona que los síntomas depresivos y la disforia se dan mayormente en clases sociales inferiores, para las depresiones no bipolares no existe un estrato social en donde se ubique mayormente.
- f) Raza: el tratamiento de depresión es menos común entre las personas de raza negra que en los de raza blanca, aunque diversos estudios realizados

no logran hacer una clara inclinación en los índices depresivos por alguna de ellas.

- g) Experiencias infantiles: existen pruebas de que un no integrador, hostil y generalmente negativo constituye un serio factor de riesgo de depresión.
- h) Estudios con control de caso demuestran que este ambiente familiar es más común en adultos deprimidos.
- i) Historia familiar: una referencia familiar de depresión dobla o triplica el riesgo de depresión en una edad adulta, resultando entonces con influencia directa y predisponente para esta condición.
- j) Atributos de personalidad: experiencias de depresión pueden alterar la personalidad, al igual que otras enfermedades crónicas pueden llegar a tener un efecto debilitante en la persona.
- k) Sucesos vitales recientes: de manera general, diferentes estudios demuestran que varios pacientes deprimidos tienden, en comparación con los sujetos de control, a tener un exceso de acontecimientos vitales negativos, sobre todo pérdidas de personas significativas antes del inicio del episodio depresivo.
- l) Ausencia de relación de confianza íntima: se realizó un estudio a mujeres londinenses en el cual se demostró que la ausencia de una relación íntima resultó ser un factor precipitante para la depresión. Aunque cabe mencionar que la presencia de hijos pequeños o la falta de empleo, son de igual forma factores de riesgo que cooperan en la aparición de los síntomas depresivos.

Como se pudo apreciar anteriormente, el término depresión debe usarse cuando se hayan cumplido los requisitos pertinentes que cubran las características de una persona con un diagnóstico que involucre a esta alteración del estado de ánimo, los enfermos terminales entran entonces en esta clasificación, si se toma en cuenta la aparición de un suceso vital importante y al dictamen de una enfermedad crónica.

Se considera de suma relevancia el reconocer el papel que juega la depresión en la vida del sujeto y en este caso, del sujeto enfermo, para establecer sus alcances, así como las alteraciones secundarias en los distintos estratos de su vida, por lo que a continuación se describen los factores precipitantes en la manifestación del trastorno del estado de ánimo antes mencionado, en los pacientes desahuciados.

2.2 Principales factores desencadenantes de la depresión en enfermos terminales

La aparición de una enfermedad que corte de manera abrupta la esperanza de vida de cualquier persona es ya por sí sola un factor abrumador para la presencia de episodios depresivos que llegan a afectar al paciente de manera significativa en su cotidianeidad y en la relación que tenga con las personas de las que se rodea.

Sin embargo, existen varios factores que perturban de formas particulares al individuo, éstos aparecen a consecuencia del padecimiento, alterando su esperanza y sus capacidades tanto mentales como físicas. El paciente deberá sobrellevarlos, no

necesariamente tiene que vivenciar cada uno de los temores antes mencionados, sino que se tendrán que particularizar con cada enfermo las desconfianzas que experimente, para lograr una identificación e intervención familiar pertinente.

Para mencionar estos elementos se considera necesario enunciar a Castro (2007), quien enlista trece temores posteriores a la enfermedad diagnosticada que experimenta el aquejado.

- Ser un estorbo para la familia.
- Sentirse vulnerable.
- Inutilidad física y temor de no poder tomar decisiones.
- Deterioro de la autoimagen.
- Estar acabando con la economía familiar.
- Dependencia.
- Que la familia se destrozce cuando el enfermo ya no esté. Esto ocurre cuando la persona que muere es quien mantiene la armonía y paz en la familia.
- Dolor físico.
- Futuro de la familia.
- Intrascendencia, temor a ser olvidado.
- Pérdida del rol, esto ocurre cuando la persona era la más fuerte y ahora es quien necesita ayuda.
- A su futuro y proyecto de vida.

Las turbaciones antes mencionadas tienen una influencia primaria en el crónico y una secundaria en su núcleo familiar, son temores naturales, producto del padecimiento.

El enfermo lidia, ya no solamente con las consecuencias físicas de la enfermedad, sino también con un deterioro emocional que lo mantiene en un estado de ansiedad casi constante, ya que todo cambio, por muy pequeño que sea, conlleva preocupaciones y/o incertidumbre.

Continuando con la misma tónica, Burns (2010) describe que el individuo afligido supone automáticamente que el sufrimiento de la enfermedad como tal implica necesariamente una disminución significativa en las posibilidades que posee para ser feliz.

Con lo anterior se entiende que las expectativas de vida que el sujeto tenía antes de que le fuera diagnosticada la enfermedad, se vieron desplazadas de manera abrupta; como ya se explicó anteriormente, los cambios que experimentan los seres humanos generan ansiedad, por lo que se rompe el equilibrio familiar, todo alrededor del enfermo se afecta, por tanto, éste no solamente experimenta cambios en sí mismo, sino que distingue además un descontrol en todos los roles familiares ya establecidos.

Los temores ya antes mencionados por los que pasa el sujeto no necesariamente se presentan todos a la vez, éstos se percibirán de manera

particular y permitirán observar la dinámica familiar, la situación económica actual, los recursos mentales con los que cuenta el enfermo, los roles de familia, la cercanía de los miembros y demás factores que influyen directamente para que esas elementos causales de depresión afecten mayor o menormente al individuo.

Castro (2007) señala que la muerte la es última y más radical confrontación que viven los seres humanos, de igual forma, refiere que es distinta para cada ser humano. Dado que es la tarea final de aceptación y asimilación en la vida de la persona, resulta difícil de realizar o por lo menos sobrellevar, se comprende entonces que el sujeto enfermo enfrentará los cambios más radicales en su vida y para los cuales no se encontraba preparado.

Lo anterior se particulariza sobre cada individuo, ya que la dimensión en que ellos perciban el cambio será distinta, puesto que las condiciones de vida e historia familiar de cada uno de los enfermos son completamente diferentes entre sí.

Castro (2008) refiere que el enfermo terminal se enfrenta a un sentimiento que finitud y mortalidad, comienza poco a poco a hacerse consciente de que la muerte lo alcanzará en un lapso definido, lo anterior deja en solitario al afectado ya que si bien, el deceso llegará a todas las personas cercanas a por igual, el destino del crónico ahora tiene la certidumbre de que su vida expirará en el corto tiempo y no hay manera de escapar de ello.

Además de los temores y causas de depresión anteriormente mencionadas, el afectado enfrenta pérdidas. Continuando con la autora anterior, se enlistan una serie de menoscabos en cinco estratos distintos a los cuales se ve sometido el dializado, tales como:

1. *Salud:*

Seguridad.

Tranquilidad.

Estabilidad emocional y económica.

Estatus social.

Autonomía.

Autoridad.

Aislamiento.

2. *Libertad:*

Movimiento.

Autosuficiencia y autonomía.

Actuación.

Privacidad.

Independencia.

3. *Físicas:*

Cuerpo (cambios degenerativos).

Integridad (vergüenza por el deterioro).

Rechazo de los otros.

4. *Imagen propia:*

Deterioro físico.

Dependencia y discapacidad o incapacidad.

Pérdida de la autoestima.

5. *Paz interior:*

Culpas.

Remordimientos.

Sentimientos de desolación.

Cuestionamientos tales como: ¿Qué pasará con la familia o con la pareja?

En los enfermos terminales se pueden llegar a presentar pensamientos automáticos derivados de la nueva práctica de vida, como se enlista a continuación de manera general:

1. “No estoy contribuyendo a la sociedad.
2. No estoy desarrollándome en mi campo personal.
3. No soy capaz de participar en diversiones activas o actividades físicas diversas.
4. Soy una carga para mi pareja y/o para mi familia”. (Burns; 2010: 229)

Como es posible apreciar en los párrafos anteriores, el paciente terminal se enfrenta a diversos temores y factores precipitantes de depresión, a partir de la recepción del diagnóstico en el que se le notifica una esperanza de vida limitada.

Todo aunado se vuelve una gran carga emocional que el paciente lleva a cuestas y la cual se compagina con los procedimientos propios de las sesiones médicas periódicas, entonces se deja en claro que sujeto enfrenta una gran tarea tanto en el aspecto mental como físico.

Existen otros aspectos que se ven alterados durante una enfermedad terminal como los procesos psicológicos del paciente, éstos tienen variaciones que influyen directamente en el desenvolvimiento del sujeto en sus relaciones con otras personas o que le impiden una funcionalidad, por lo menos como solía tenerla antes de ser diagnosticado con el padecimiento, por lo que se considera de gran importancia describir cuáles de esos procesos se ven afectados, en qué grado y forma.

2.3 Procesos psicológicos afectados durante la presencia de una enfermedad terminal

Los procesos psicológicos básicos se comprenden como herramientas de los seres humanos que permiten una adaptación al medio de la forma más eficaz permisible. Cada uno de los procesos son de vital importancia para permitir el crecimiento de manera general de los sujetos.

Dichos procesos representan una estructura y los cimientos sobre los cuales se construye la propia vida; permiten conocer la forma en que el individuo contempla el mundo, identifica su idea del mismo y la manera en cómo interactúa con él.

Dicho lo anterior, se busca identificar cuales de esos procesos psicológicos son los afectados a causa de una enfermedad terminal, y que áreas de su vida resultan alteradas a causa del deterioro físico.

Se comienza enunciando y explicando cada uno de los procesos psicológicos básicos y para lograr este cometido se considera necesario mencionar que Mestre y Palmero (2004) enuncian ocho procesos psicológicos básicos, los cuales son:

1. Percepción.
2. Atención.
3. Aprendizaje.
4. Memoria.
5. Pensamiento.
6. Lenguaje.
7. Motivación.
8. Emoción.

De la misma manera, estos autores refieren a Colmenero, quien menciona que la percepción se entiende como una compleja transformación de efectos que los estímulos ejercen en los sistemas sensoriales sobre los distintos elementos que

rodean al sujeto. Lo anterior se logra comprender como una interpretación de los estímulos físicos o visuales que el individuo logra recibir del medio ambiente.

Continuando con Mestre y Palmero (2004: 49), retoman a Fernández, quien afirma que, la atención es “un complejo sistema neuronal que se encarga del control de la actividad mental de un organismo”, con lo cual se puede comprender como el atender una fuente de estimulación o la realización de una tarea de manera específica.

Por otra parte, Rosas (referido por Mestre y Palmero; 2004) puntualiza que el aprendizaje es una clara forma de adaptación a un medio ambiente determinado, esto quiere decir que el sujeto pasa por ciertas circunstancias o situaciones que le hacen cambiar o mantener su conducta para para fines de conveniencia y/o comodidad que le permitirán desarrollarse de una forma óptima.

Para comprender la memoria, Mestre y Palmero (2004) mencionan a Aguilar, quien alude a un proceso por el cual se codifica, almacena y recupera información de los estímulos que el ambiente genera en el sujeto, con lo anterior se entiende que el individuo es capaz de recapitular acontecimientos de su vida y de esta forma abstraer información de los mismos.

Para plasmar lo que es el pensamiento Mestre y Palmero (2004) realizan una referencia hacia Fernández, quien menciona que el pensamiento engloba formas de razonamiento, teniendo a la inducción y a la deducción como los pilares de dicho

proceso humano, así como a las distintas formas de inferencias y conclusiones a las cuales es capaz de llegar un sujeto ante diferentes circunstancias o problemáticas en las que se ve involucrado.

El lenguaje tiene vital importancia en la vida del ser humano, como lo mencionan Mestre y Palmero (2004) aludiendo a Alameda, quien enuncia que el lenguaje constituye la característica de mayor importancia en el humano como especie, ya que le permite interactuar con su entorno inmediato, mediante un conglomerado de códigos descifrables.

La motivación resulta ser un impulsor o un inductor como lo menciona Palmero (referido por Mestre y Palmero; 2004), es decir, es una fuerza que permite la realización de conductas dirigidas mediante la obtención de objetivos, incrementando así la posibilidad de sobrevivencia de los seres humanos en los diferentes planos de vida de los individuos.

Siguiendo con Mestre y Palmero, quien refieren al autor anterior (2004: 215), se establece una definición que dice: “la emoción es un proceso adaptativo que forma parte de los procesos afectivos. Es decir, si bien toda emoción puede ser considerada como una forma de proceso afectivo, no todos los procesos afectivos son procesos emocionales. Filogenéticamente hablando, la emoción es un proceso anterior a la consciencia, ya que ésta es un producto de la evolución cuando el cerebro adquiere la suficiente capacidad de desarrollo”.

Quedan entonces explicados todos los procesos psicológicos básicos con los cuales cuentan los seres humanos y sirven para su adaptación y desarrollo en los diferentes ambientes sociales en los que se ven inmiscuidos, a continuación se identificarán cuales de estos procesos se ven alterados a causa de una enfermedad terminal que en este caso, se trata de la insuficiencia renal crónica atendida con diálisis peritoneal.

Tomando como base la información antes ya expuesta dentro del marco teórico, se puede mencionar que al ser la insuficiencia renal crónica un padecimiento que no tiene conexión alguna con lesiones o trastornos mentales, los procesos psicológicos básicos tales como: percepción, atención, aprendizaje, memoria, pensamiento y lenguaje no tendrían que verse afectados de manera alguna, no así con la motivación y emoción en los que intervienen más tipos de factores, como sucesos vitales de gran importancia para el sujeto o cambios en el entorno que le rodea. Cabe señalar que, como requisito para la selección de la población de estudio, se especificó que los enfermos no contaran con alguna otra enfermedad aparte de la insuficiencia renal crónica, englobando enfermedades mentales que pudieran llegar a afectar los resultados de la investigación de manera significativa.

Por lo tanto se puede enunciar que, como primer proceso psicológico afectado, se encuentra la motivación. Mestre y Palmero (2004) mencionan los componentes esenciales de la conducta motivada, los cuales son:

1. Activación.

2. Dirección.

3. Consecución de metas.

Los autores otorgan especial atención en la consecución de metas, se puede mencionar que el sujeto posee una expectativa de obtención de propósitos, por ello, realiza un análisis para constatar si su objetivo a obtener se encuentra de manera subjetiva más próximo o no; si el objetivo es adyacente o éste se logra, es muy probable que el sujeto siga en el empeño de conseguir una segunda o tercera finalidad. En la enfermedad terminal, como ya se ha mencionado, la expectativa de vida del sujeto se ve interrumpida, entonces, tomando en cuenta la incertidumbre generada en el enfermo a causa de su enfermedad, éste se torna incapaz de generar una posibilidad de consecución de objetivos satisfactoria para el logro de éstos.

Palmero (referido por Mestre y Palmero; 2004) menciona que, visto desde un punto de vista genético, todos los seres humanos se encuentran naturalmente motivados para conseguir el objetivo mayormente esencial: la supervivencia. En el enfermo terminal con diálisis peritoneal, este objetivo comienza a carecer de motivación para su logro, ya que su supervivencia desde el momento del diagnóstico no depende de él y no hay nada que se pueda hacer para revertir dicha situación.

Mestre y Palmero (2004) mencionan que en el proceso de la emoción aparece un estímulo, ya sea interno o externo, desestabilizador o estabilizador, se puede presentar en el ambiente físico o no del sujeto, en este último caso se entiende como recuerdo o memoria.

Cuando el sujeto recibe y confiere las connotaciones y valores pertinentes al estímulo recibido, se vuelve capaz de identificar si el incentivo tiene tintes de desequilibrio o peligro que lleguen a atentar contra su integridad física o emocional, en cuyo caso le genera inestabilidad emocional.

Reeve (mencionado por Chóliz; 2005) menciona que existe una relación especialmente íntima entre la motivación y la emoción, la cual no se limita a que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede llegar a producir una conducta que se considere motivada, para dirigirse a objetivos e iniciar su ejecución. Se puede decir entonces que cualquier conducta motivada produce reacciones emocionales y a su vez, la emoción se convierte en facilitadora de conductas motivadas.

Dicho lo anterior, se puede indicar que cuando el enfermo es diagnosticado con la enfermedad de insuficiencia renal crónica, esta noticia se torna un estímulo exterior que atenta contra la seguridad física del aquejado, por lo que recibe el estímulo desequilibrante. Posteriormente le otorga las relaciones oportunas al apremio, tal como ya se ha mencionado con anterioridad, este padecimiento le produce incapacidad de actividad física decaída gradualmente, sentimientos de inutilidad y demás consecuencias propias, convirtiéndose así en un foco de inestabilidad al cual se ve sometido el individuo.

Quedan plasmados entonces cuáles son los procesos psicológicos básicos que se ven afectados en la enfermedad terminal de insuficiencia renal crónica

atendida con diálisis peritoneal, se consideró de suma importancia lograr su identificación para conseguir un panorama más amplio de las áreas psicológicas afectadas por la enfermedad. La dinámica a la que la familia está acostumbrada puede llegar a tener atribución en los episodios o procesos depresivos que los enfermos puedan llegar a presentar durante su enfermedad, por lo que se considera de suma importancia identificar que tipo de influencia se presenta en el sujeto.

2.4 La influencia de la dinámica familiar en el proceso depresivo de los enfermos terminales

Se ha mencionado con anterioridad que la depresión es un trastorno que ha venido tomando mayor trascendencia en la vida cotidiana de los seres humanos, a esto se agrega, en casos particulares, la presencia de una enfermedad terminal como la insuficiencia renal crónica, que afecta a cierto número de seres humanos y aumenta su posibilidad de sufrir episodios depresivos profundos y graves, dependiendo de ciertos factores ya enunciados.

Retomado lo anterior, se dispuso plasmar qué influencia tiene la dinámica familiar del enfermo en él, dado que se consideró de suma importancia identificarla y poseer información valiosa que complemente los resultados finales en todos los sentidos posibles.

Para comenzar, se debe comprender a la familia como un sistema, tal como lo menciona González (2007, referido en www.mflapaz.com), que actúa como un

integrador multigeneracional, este integrador consta de subsistemas, los cuales son: conyugal, parental y filial, en cuyo funcionamiento de carácter interno que se ven influenciados una gran cantidad de sistemas, con lo anterior se puede comprender que en la familia existe una convivencia de personas consideradas como miembros de distintas edades que pueden llegar a verse afectadas de distintas maneras, por personas o situaciones ajenas a la misma.

Dicho lo anterior se entiende entonces que la dinámica familiar se caracteriza por tener un movimiento figurado, ya que las relaciones existentes entre los miembros de la familia son influenciables y por lo tanto, cambiantes, por lo que se entiende que el equilibrio familiar, los roles o las relaciones ya presentes están sujetas a cambios por causa de distintos factores.

García (2009) realiza una mención en la que plantea que una de las circunstancias que más peso tiene en la vida de los seres humanos es la incertidumbre que genera el no saber la fecha o las circunstancias de su muerte, aun cuando el único dato preciso es que todas las personas, sin realizar distinción alguna, tendrán que pasar por dicho paso.

En el caso con los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, la situación anterior cambia radicalmente, ya que su esperanza de vida se acorta abruptamente y aunque no es posible pronosticar una fecha y hora exacta, se realiza una aproximación muy cerca a la realidad, conociendo igualmente de antemano un motivo seguro del deceso.

Ahora bien, respecto a la manera en que puede afectar la dinámica de la familia del enfermo al proceso depresivo de éste, se mencionó en párrafos anteriores que es una tendencia influida por factores externos e internos; el que un miembro de la familia sea diagnosticado con insuficiencia renal crónica, invariablemente es un factor desequilibrante que afecta a los familiares, ya sea en los roles que desempeñaban, en la comunicación o la convivencia que solían tener, por mínimos que sean los cambios.

Oblitas (2004) menciona cuatro categorías de funcionamiento familiar: la primera de ellas es la estructura jerárquica, la cual define donde están los mandos en el poder de la toma de decisiones de la familia, en este sentido, no será lo mismo si el que enferma y es tratado con diálisis peritoneal es el padre o es el hijo menor, dado que el poder de mando en una familia funcional está en el subsistema encabezado por los progenitores, así que los roles y funciones que tienen los miembros dentro del sistema familiar, se verían forzados a cambiar.

La segunda categoría enuncia que, dado que existen fronteras dentro de los mismos subsistemas, en el mejor de los casos se creará un ambiente de autonomía y salud entre los miembros del sistema completo así como su propio crecimiento, aunque si estas fronteras son muy cerradas o rígidas, se puede padecer de alejamiento o poca comunicación entre los miembros de la familia, lo cual puede llegar a afectar de manera considerable la necesidad del enfermo de transmitir sus necesidades a su círculo inmediato.

La tercera de estas categorías es el entendimiento sistémico de las familias, esto abarca alianzas que se entienden como disfuncionales, entre las que sobresale la de desvío de conflicto a través de un chivo expiatorio; en casos particulares, este chivo expiatorio puede llegar a ser el enfermo, dependiendo del rol y la importancia que tenga en la familia, lo cual contribuiría aún más a su mal funcionamiento y disfunción emocional, lo anterior puede considerarse como patológico.

El cuarto y último factor son las coaliciones de miembros de la familia en contra o a favor de otro u otros, en este caso, a partir de la enfermedad se pueden formar distintos tipos de uniones a favor o en contra del enfermo o de la situación por la que está pasando la familia.

Entonces, es necesario mencionar que la dinámica familiar afectará al paciente en cada caso de manera distinta, es posible aseverar que, dependiendo de los roles que los miembros desempeñan, de los recursos mentales del enfermo o de la fortaleza del sistema familiar, las alianzas que se pueden crear o destruir, las fronteras entre subsistemas sanos o deficientes, el tipo de jerarquías familiares, entre otros factores, afectarán la salud emocional y funcionalidad del paciente constructiva o destructivamente.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se describe el proceso que se siguió durante la investigación en su fase de campo, mediante aspectos tales como el paradigma por el cual se optó para la misma, así como el por qué se eligió y una detallada explicación de los elementos utilizados y la descripción de la población que se investigó, finalizando con los resultados obtenidos y las conclusiones a las que se llegó después del análisis.

3.1 Metodología

Se continúa con la descripción del proceso y enfoque que se utilizó para el desarrollo de esta investigación, así como el método usado para lograr el cumplimiento de los objetivos particulares enmarcados al inicio de la misma. De esa manera, se facilita el desglose de resultados para su total entendimiento.

3.1.1 Enfoque

El presente trabajo de investigación se basó en un enfoque cuantitativo, ya que está establecido que para obtener la significatividad en la relación de dos variables, se requiere de un proceso estadístico. Sin embargo, se aclara que para lograr obtener información más valiosa y completa, se aprovecharon las técnicas

utilizadas para recopilar información que permitieran conocer más detalles de los procesos investigados.

Según Hernández y cols. (2008), la investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de lograr una generalización de resultados más ampliamente, otorgando control sobre los fenómenos mediante conteos y mediciones.

Lo anteriormente descrito facilita comparaciones y equivalencias, otorgando de igual manera la ventaja de la comprobación.

Los elementos propios del enfoque cuantitativo manifiestan tener un carácter secuencial y probatorio, de esa manera se gana una mayor confiabilidad gracias a la exactitud numérica y estadística.

3.1.2 Investigación no experimental

Con el firme propósito de dar respuesta a las preguntas de investigación inicialmente planteadas, se optó por la realización de un diseño no experimental.

En este sentido, Hernández y cols. (2008) mencionan que el diseño antes citado es el que no manipula las variables a estudiar, por lo cual se hacen las observaciones pertinentes sin la participación activa del investigador, se respeta el contexto original y se procura la obtención de datos puros para proceder a su análisis.

3.1.3 Estudio transversal

Según Hernández y cols. (2008), este tipo de diseño recolecta datos en una sola exhibición, en un tiempo único. Su intención es la descripción de variables y analizar su incidencia e interrelación en un dado caso.

3.1.4 Alcance de la investigación

La presente indagación tiene un alcance correlacional, ya que busca establecer la relación entre dos variables, más que conocer cada una de ellas.

A partir de lo anterior, Hernández y cols. (2008) enuncian que en la investigación correlacional existe una asociación de variables mediante un patrón predecible para un grupo o población determinada.

Su principal utilidad radica en saber como se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas. La correlación podrá llegar a ser negativa o positiva: en el primer caso significa que sujetos con valores altos tenderán también a mostrar valores altos en la otra; por otro lado, si es negativa, los individuos con valores altos en una variable mostrarán valores bajos en la otra.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos, según Hernández y cols. (2008), implica implementar técnicas que conduzcan a la reunión de datos pertinentes de la investigación con fines específicos.

En el presente trabajo de investigación se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos: para lograr la medición de apoyo familiar se utilizó como instrumento un cuestionario que se aplicó mediante la técnica de la encuesta (ver anexo 1), fue previamente elaborado a partir de las necesidades de cuidado de un enfermo con insuficiencia renal crónica, respaldado anteriormente en el marco teórico y aplicado directamente a los pacientes dializados. Para lograr la cuantificación del nivel de depresión se hizo uso del inventario de depresión de Beck. Ambos utensilios de recaudación se detallan a continuación.

El cuestionario aplicado mediante la encuesta denominado “Medición de apoyo familiar a enfermos con IRC”, consta de ocho ítems puntuales realizados a partir de los aspectos básicos de cuidado mencionados con anterioridad, los cuales abarcan aspectos tales como: capacidad de los familiares en el apoyo del cuidado médico del enfermo, compasión de la familia ante la situación del aquejado, comodidad y facilidades para llevar su cotidianidad en el hogar, la comunicación entre los miembros de la familia y el enfermo, integración familiar que incentive la cohesión de todos los elementos de la familia, sentido del humor donde se persiga

una atmósfera de calidez, visitas de amigos o familiares de manera asidua y la existencia de un ambiente de tranquilidad y paz en la casa donde reside el crónico.

La base de los ítems de la encuesta se encuentra respaldada por Castro (2007), quien menciona los cuidados generales que debe recibir un paciente enfermo de insuficiencia renal crónica atendido con diálisis peritoneal. Con fines de amparar en mayor medida el instrumento de evaluación antes descrito, se realizó el proceso estadístico pertinente para lograr la obtención de su confiabilidad, la cual fue de 0.64. Lo anterior avala la encuesta como un recurso fiable, amparado bibliográfica y estadísticamente, acreedor de una vital importancia para la obtención de los resultados y las conclusiones en la investigación.

El cuestionario se aplicó de manera individual a cada uno de los pacientes con insuficiencia renal crónica, otorgando el tiempo necesario para que los dializados plasmaran respuestas meditadas y veraces.

En la interpretación del cuestionario se asignaron valores a cada una de las preguntas, fijando del número uno si percibían el apoyo y en caso contrario, el cero, lo anterior permitió obtener un porcentaje en la percepción de apoyo familiar de los enfermos, otorgando valores y arrojando cifras fácilmente identificables.

Por otro lado, el inventario de depresión fue creado por Aaron T. Beck, es una lista conformada por 21 reactivos con respuesta múltiple, cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los trece años.

Para esclarecer con mayor precisión de qué aspectos se vale el inventario de depresión de Beck para lograr un diagnóstico más completo, se mencionan a continuación los síntomas que evalúa: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida del interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida del interés en el sexo.

De manera general, el inventario de depresión de Beck tiene una duración de aplicación de cinco a diez minutos, aunque cabe mencionar que personas con depresión severa o trastornos obsesivos pueden llegar a requerir más tiempo que el promedio.

Dicho instrumento se desarrolló como un indicador de la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV TR. Para estudiar las propiedades del inventario se utilizaron muestras de pacientes clínicos externos, de individuos de la población general y de estudiantes universitarios.

Respecto a la confiabilidad y la consistencia interna del test se menciona que, el coeficiente alfa fue de 0,88 para los pacientes y de 0,86 para los sujetos del grupo de comparación, tanto en la muestra de pacientes externos como en la de población general, todas las correlaciones ítem-total corregidas fueron significativas. Para los pacientes, las correlaciones fueron desde 0,19 (agitación, que fue indicado por el

75% de los entrevistados) hasta 0,61 (pesimismo, que fue indicado por el 60%). En los sujetos del grupo de no pacientes, el rango de correlación estuvo comprendido entre 0,25 (pensamientos o deseos suicidas) y 0,55 (desvalorización).

En dicha prueba, Beck (2006) muestra una tabla de puntajes y su diagnóstico, la cual va desde una depresión mínima, pasando por leve y moderada, hasta llegar a la depresión severa, que se entiende cómo la más grave.

3.2 Descripción de la población

Para llevar a cabo la investigación, fue necesario una elección cuidadosa de pacientes participantes, se reunieron características específicas y necesarias para lograr la delimitación idónea.

“Una población o universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández y cols.; 2008: 239).

La población con la cual se decidió trabajar fueron los pacientes que sufrían de insuficiencia renal crónica, atendidos en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, dado que en este sitio existe un número suficiente de sujetos que sufren este padecimiento.

Los individuos seleccionados debieron cubrir características específicas, tales como:

- Encontrarse en tratamiento de dos años anteriores a la fecha,
- Estar siendo atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Uruapan, Michoacán,
- Encontrarse exentos de cualquier alteración mental, ya que de lo contrario los resultados obtenidos no se encontrarían en el contexto deseado.
- Tener su residencia en la misma casa con su familia, siendo esta nuclear o no.
- Estar situados en un rango de edad de entre veinte y sesenta años de edad.

Con lo anterior se logró trabajar con la población completa de pacientes atendidos con diálisis peritoneal, la cual quedó conformada por treinta sujetos enfermos, cada uno de ellos cumplió con los criterios establecidos en el proceso de selección.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Se comenzó por elegir un tema de investigación que fuera de interés y de provecho para la comunidad profesional y la población en general, posteriormente se eligió una población con la cual se trabajaría. Seguidamente hubo un acercamiento con el Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en la ciudad de Uruapan, Michoacán, para obtener la autorización de trabajar con los pacientes enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos en ese lugar.

Posteriormente, se elaboró el planteamiento del problema, la justificación, las hipótesis y los objetivos a cumplir, una vez finalizado el trabajo.

Se dio paso a realizar todo el sustento bibliográfico que corresponde al marco teórico, el cual sirvió entre otras situaciones para lograr un respaldo válido, sustentado para la elaboración de la encuesta para la medición de percepción de apoyo familiar de los enfermos.

Una vez realizado el marco teórico, se prosiguió al trabajo de campo, el cual consistió en la realización de visitas domiciliarias a los pacientes que cumplieron con todos los criterios de exclusión previamente seleccionados, ya que se contempló que la observación directa de los pacientes en el entorno en el cual se desenvuelven resultaría de mayor provecho para una obtención de los resultados mayormente enriquecida, se optó por hacer citas programadas, ya que de esta manera los pacientes tendrían tiempo suficiente para lograr la realización de sus tareas o actividades diarias, de esta manera se contó con la concentración y calma necesarios para la realización de la aplicación del cuestionario y el inventario de depresión de Beck.

Con todos los pacientes se siguió un mismo protocolo de aplicación de instrumentos y duración de los mismos, iniciando con el inventario de depresión de Beck, en el que se otorgó en promedio un máximo de 15 minutos en su contestación, para posteriormente darles a responder el cuestionario de percepción de apoyo familiar, indicando que no existía tiempo límite para responder a ésta, las respuestas

se debieron haber contestado primeramente con un “sí” o un “no”, de esta manera se logró la asignación de la nomenclatura para otorgar los valores indispensables y así lograr la obtención de un porcentaje en la percepción de apoyo familiar, después, las respuestas podrían contener la información que los pacientes hayan creído pertinente plasmar.

Uno de los obstáculos para lograr la aplicación de los instrumentos fue la disposición inicial de los pacientes para ser evaluados, ya que algunos de ellos presentaron desconfianza al dar datos personales o conceder el acceso a su casa, por temor a que fuera una revisión a su documentación en el seguro social o de su trabajo y no una investigación profesional.

Por otro lado, las distancias entre las residencias de los pacientes y sus distintas disponibilidades de tiempo ocasionaron un período de aplicación entrecortado, por lo que no se visitó a los enfermos uno detrás de otro o diariamente, se emplearon cuarenta y ocho días exactos en todas las visitas para lograr recabar la información necesaria.

Ya sorteados los contratiempos antes puestos, se aplicaron treinta inventarios de depresión de Beck y treinta cuestionarios de percepción de apoyo familiar; en este aspecto cabe mencionar que los sujetos representan a la población total de pacientes enfermos con insuficiencia renal crónica que cumplieron con los criterios de selección que se consideraron necesarios para la realización de la presente investigación, con las características descritas inicialmente; no fue muestra

poblacional, sino que se tuvo acceso a todos los pacientes disponibles atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presenta la información obtenida en la investigación de cada uno de los indicadores establecidos y que permitió obtener la respuesta definitiva tanto a la pregunta central de la investigación como al objetivo general planteado.

Los resultados se organizan de tal manera que se pueden apreciar la interpretación de ambas variables y su respectiva correlación, dicho lo anterior se inicia con la variable de la depresión, seguidamente se explica la segunda variable que es el apoyo familiar y se concluye relacionándolas para lograr la conclusión en el análisis de resultados.

3.4.1 Nivel de depresión de los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Como se ha mencionado ya en la introducción, el concepto de depresión debe utilizarse como diagnóstico siempre y cuando el paciente cumpla con los síntomas suficientes planteados, en este caso por el DSM-IV TR y retomando la definición establecida en el marco teórico, se deberá entender a la depresión como el “trastorno del estado del ánimo caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en las actividades y culpa excesiva o sentimientos de minusvalía”. (Morris y Maisto; 2005: 449).

Comprendido lo anterior, se da paso a establecer los resultados de esta variable respecto a este indicador, los resultados obtenidos se organizan de la siguiente manera:

Se obtuvieron todas las medidas estadísticas pertinentes para lograr el diagnóstico con la mayor precisión.

Hernández y cols. (2008), mencionan que el promedio o media se comprende como la sumatoria de los puntajes divididos entre el número total de los mismos, en tanto que la mediana se entiende como el valor de la variable que al ser ordenados los datos, existe la misma cantidad de números antes y después del mismo; la moda se traduce como el número que mayor cantidad de veces se repite dentro de una comunidad de valores, por otro lado, la desviación estándar señala cuanta separación existe entre los datos.

Entendido lo anterior, se da paso a mostrar los resultados de las medidas de tendencia central obtenidos en la aplicación del inventario de depresión de Beck.

Respecto a los puntajes T obtenidos en la prueba se obtuvieron los siguientes resultados: una media de 48, una mediana de 46, una moda de 45 y una desviación estándar de 7.7.

Con los resultados anteriores se entiende que la dispersión de datos es leve ya que los mismos están oscilando en un rango de 7.7 puntos por encima o por debajo de la media que es 48.

Los rangos de diagnóstico para la depresión que establece el inventario de depresión de Beck son cuatro y las presenta de la siguiente manera

Rango

- Mínimo
- Leve
- Moderado
- Severo

En función de los resultados anteriormente presentados y tomando en cuenta los rangos para diagnóstico del inventario Beck, se puede confirmar que se encontraron niveles bajos de depresión, ya que 24 de los 30 pacientes entrevistados cuentan con un nivel mínimo de depresión, lo anterior es el 80% de la población total, 4 pacientes más se encuentran con depresión leve, representan un 13.4% y los 2 faltantes son los únicos que tienen una depresión severa, figuran como el 6.6% restante.

Los pacientes como grupo son funcionales y la depresión no afecta su vida cotidiana de manera considerable.

3.4.2 Apoyo familiar a los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Se han establecido los ejes de cuidado primordial que debe recibir el paciente con insuficiencia renal crónica para lograr percibir apoyo familiar, logrando de esta manera ampliar considerablemente el campo de acción que tiene la familia del enfermo en él, lo anterior otorga un gran sostén a la investigación al mostrar información valiosa y sustentada para su consulta.

De la misma forma se realiza mención a lo ya establecido en páginas anteriores al describir que el apoyo familiar se comprende como aquel “apoyo emocional y afectivo referente a la disponibilidad de personas que pueden proporcionar amor, estima, cariño y empatía”. Y para lograr complementar la definición anterior se entiende también como la “información verbal y no verbal, ayuda tangible o acción prestada por íntimos o inferida de su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”. (www.samfyc.es; 2002).

En el presente apartado se aborda la variable del apoyo familiar percibido por lo enfermos de insuficiencia renal crónica, con los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta.

Como se ha mencionado ya con anterioridad, el cuestionario realizado consta de ocho ítems, los cuales tienen valores asignados para interés estadístico, el

número 1 señala si logran percibir el apoyo familiar y el número 0 en caso contrario, estos ítems abarcan los cuidados ideales por parte de familia hacia el paciente dializado, en este caso, de igual forma se obtuvieron puntajes brutos para lograr conseguir un porcentaje que indica el nivel apreciado de apoyo por parte de los sujetos.

Dicho lo anterior, se obtuvo que casi la mitad de los pacientes evaluados lograr percibir de sus familiares soporte y apoyo aceptables o totales, y el 3.33% de la población, que representa a un solo paciente enfermo, entiende que el apoyo familiar no se le brinda en absoluto o no de la forma en que el esperaba de su familia (ver anexo 2).

Los resultados anteriormente descritos en esta variable son un claro indicador de que la gran mayoría de los pacientes se sienten apoyados y sostenidos por sus familiares, son capaces de percibir un sustento suficiente y eficaz para las diferentes actividades y diligencias propias de la enfermedad. De esta manera se da paso a entrelazar los resultados de ambas variables para lograr establecer su correlación.

3.4.3 Correlación entre las variables depresión y apoyo familiar de los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos con diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Los resultados de correlación entre ambas variables que fueron sujetas a estudio con pacientes enfermos de insuficiencia renal crónica atendidos en el

Instituto Mexicano del Seguro Social, se presentan a continuación. Para lograr comprender con mayor precisión los resultados estadísticos, resulta necesario mencionar a Hernández y cols. (2008), quienes enuncian que la “r” de Pearson es un índice para conocer la relación entre dos variables que se miden en niveles de intervalos o de razón; por otra parte, la varianza de factores comunes se comprende como una elevación de al cuadrado del coeficiente de relación del mismo estudio estadístico, de tal suerte que con lo anterior se logra expresar la relación entre variables con expresión en porcentaje, lo que permite apreciar los resultados de una forma mayormente conveniente.

Ahora bien, los resultados obtenidos dieron como resultado una correlación de -0.64 de acuerdo con la “r” de Pearson, lo cual significa que hay una correlación negativa considerable; por otra parte, se obtuvo una varianza de factores comunes de 0.40, que se traduce en una influencia en las variables de un 40%, lo cual indica que el influjo es elevado.

Lo anterior debe comprenderse como que existe una correlación negativa considerable o fuerte entre las dos variables: el apoyo familiar tiene gran atribución en los procesos depresivos que pudieran llegar a presentar los enfermos terminales con insuficiencia renal crónica, esto se puede entender de la siguiente manera: la variable de apoyo familiar es elevada, por lo tanto, la variable de la depresión es proporcionalmente baja.

Al dar como resultado una correlación negativa considerable, entonces se logra afirmar que mientras más apoyo por parte de su familia perciba el enfermo con insuficiencia renal crónica, los riesgos de caer en algún tipo de depresión son claramente menores, como se ha mencionado ya en párrafos anteriores, los pacientes que participaron en el presente trabajo de investigación mostraron niveles altos en la percepción de apoyo familiar y niveles significativamente bajos en sus respectivos diagnósticos.

Los dos pacientes que resultaron diagnosticados con depresión severa tienen diferencias entre en el origen de la anomalía en su estado de ánimo, ya que sólo uno de ellos tiene relación directa entre las dos variables (menor apoyo familiar igual a presencia de depresión), el otro sujeto enfermo no presenta carencia en la percepción de soporte y apoyo, por lo que se entiende que su diagnosis tiene una etiología ajena a la familia o al tiempo que le pudieran dedicar al enfermo.

Con lo ya puesto anteriormente, se da por finiquitado el proceso de análisis de las variables dispuestas para su estudio, dado que se realizó la combinación de la información bibliográfica descrita en marco teórico junto con los resultados prácticos, aunado a su correspondiente escrutinio, lo cual permitió la realización de las conclusiones finales, así como el cumplimiento de los objetivos y las respuestas a las preguntas de investigación que serán descritas en las páginas siguientes.

CONCLUSIONES

Finalmente, en este apartado se da respuesta al objetivo general planteado al inicio de la presente investigación, del cual emanó de la pregunta central de investigación, que es: ¿Existe relación significativa entre el nivel de depresión y el nivel de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal del instituto mexicano del seguro social de Uruapan, Michoacán? La respuesta es que sí existe una correlación fuerte entre el nivel de apoyo familiar de los pacientes y el grado de depresión a partir del diagnóstico de una enfermedad terminal, por tanto, el cumplimiento de objetivo general del trabajo de investigación queda resuelto.

Para responder a cada objetivo particular, se da respuesta puntual a cada uno de ellos.

Primeramente, se informa que los objetivos 1 al 6 son de corte teórico y por tanto, han quedado resueltos en el desarrollo del marco teórico.

Respecto al objetivo particular 7, que puntualiza: señalar cuál es el nivel de percepción de apoyo familiar promedio que presentan los enfermos con insuficiencia renal crónica, atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán, arrojó un resultado de 84% en la media respecto a la percepción de apoyo familiar de los pacientes atendidos con diálisis peritoneal, esto se entiende

como niveles altos de apoyo y soporte emocional en las áreas tanto físicas como emocionales de los pacientes.

En cuanto al número 8 de los objetivos particulares, que reza: Señalar el porcentaje de la población de pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene confianza plena en la capacitación de sus familiares proporcionada por el mismo hospital para ayudarlos en sus sesiones médicas diarias, se encontró que el 96.66% de pacientes examinados tienen total confianza en la capacitación de los familiares que los apoyan en las sesiones médicas periódicas que deben realizar invariablemente y para las cuales necesitan ayuda, entonces, solamente un paciente considera a su apoyo como insuficiente o deficiente.

En lo que concierne al objetivo número 9 que demanda señalar cuál es el nivel de depresión promedio que presentan los enfermos con insuficiencia renal crónica atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Uruapan, Michoacán, se logró descubrir que en promedio existe un 20% de depresión en la población de los pacientes examinados, lo anterior se divide en un 6.6% con depresión severa y el otro 13.4% con un nivel de depresión leve, esto se traduce en niveles significativamente bajos, mismos que no logran afectar al grupo de pacientes de manera específica su desarrollo en la cotidianidad.

Lo antes mencionado confirma que todos los objetivos de la investigación planteados al inicio, fueron satisfactoriamente cubiertos, comprobando el éxito del trabajo bibliográfico y de campo, así como su correlación.

Por los resultados anteriormente presentados, se establece que la hipótesis de trabajo, la cual sostiene que existe relación significativa fuerte entre el nivel de atención familiar que reciben los pacientes con insuficiencia renal crónica que están siendo atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el nivel de depresión que éstos generan durante el proceso de tratamiento hospitalario, se comprobó y se aceptó.

Por último, se reafirma que los resultados obtenidos son de suma relevancia para los pacientes que sean diagnosticados con insuficiencia renal crónica, así como para sus familias, ya que contarán con información vasta y respaldada acerca de los procesos depresivos que pudieran llegar a presentar los enfermos, así como su oportuna participación dentro de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Avendaño, Luis Hernando. (1998)
Nefrología clínica.
Editorial Panamericano, España.

Beck, Aaron T. (2006)
Inventario de depresión de Beck.
Editorial Paidós. Argentina.

Burns, David D. (2010)
Sentirse bien, una nueva terapia contra las depresiones
Editorial Paidós. México, D.F

Castro González, María del Carmen. (2007)
Tanatología, la inteligencia emocional y el proceso de duelo.
Editorial Trillas. México, D.F.

Castro González, María del Carmen. (2008)
Tanatología, la familia ante la enfermedad y la muerte.
Editorial Trillas. México, D.F.

Chóliz Montañez, Mariano. (2005)
Psicología de la emoción: el proceso emocional.
Editorial Promolibro. España.

García Portillo, Norberto. (2009)
Cuando un ser querido se va.
Editorial Emu. México, D.F.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2008)
Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México, D.F.

Kaplan, Harold I. (1992)
Tratado de psiquiatría.
Editorial Masson. E.U.A.

Kasper, Dennis L. (2006)
Principios de medicina interna. Volúmenes 1 y 2.
Editorial McGraw-Hill. E.U.A.

López-Ibor Aliño, Juan J.; Valdés Miyar, Manuel. (2008)
DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.

Editorial Masson. Barcelona, España.

Mestre Navas, José Miguel; Palmero Cantero, Francesc. (2004)

Procesos psicológicos básicos, una guía para los estudios en Psicopedagogía, Psicología y Pedagogía.

Editorial McGraw-Hill. Madrid, España.

Morris, Charles G.; Maisto, Albert A. (2005)

Introducción a la psicología.

Editorial Pearson. México.

Oblitas Guadalupe, Luis A. (2004)

¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?

Psicom Editores. Colombia.

Rozman Borstnar, Ciril. (2004)

Medicina interna Farreras-Rozman.

Editorial Elsevier, España.

Zurro, Martín A.; Cano Pérez, J.F. (2003)

Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Vol. 1 y 2.

Editorial Elsevier, España.

MESOGRAFÍA

http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.html

http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/4%20LA%20FAMILIA%20COMO%20SISTEMA.pdf

<http://www.redalyc.uamex.mx/pdf/647/64712168010.pdf>

<http://www.psicologíacientífica.com/enfermedad-renal-crónica-pacientes-estado-emocional/>

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf>

ANEXO 1

MEDICIÓN DE APOYO FAMILIAR A ENFERMOS CON IRC.

1. ¿Tiene usted confianza en la capacitación médica de sus familiares para apoyarlo en sus sesiones médicas periódicas? **SÍ** **NO**

2. ¿Su familia lo acompaña en momentos de dolor, considera entonces que viven la enfermedad de manera conjunta? **SÍ** **NO**

3. ¿Tiene incomodidades físicas ajenas a la enfermedad que no le permitan estar del todo conforme en su tratamiento? **SÍ** **NO**

4. ¿Mantiene comunicación periódica con su familia acerca de pensamientos, ideas, o malestares que usted pudiera tener a partir del padecimiento? **SÍ** **NO**

5. ¿Considera que su familia posee fuertes lazos de convivencia y afecto entre sus miembros en la actualidad? **SÍ** **NO**

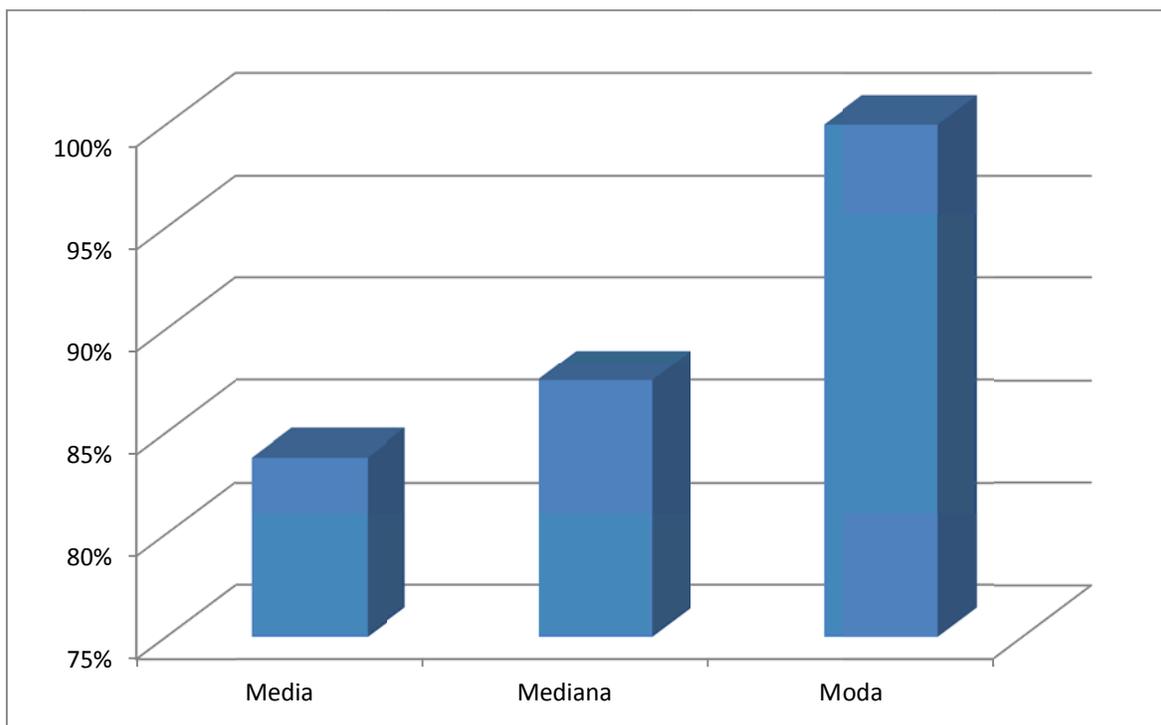
6. ¿Se brindan usted y su familia la oportunidad de reír constantemente de situaciones variadas de la vida? **SÍ** **NO**

7. ¿Recibe visitas de familiares asiduamente con la intención de verlo y saber de usted? **SÍ** **NO**

8. ¿Percibe un ambiente favorable en la convivencia diaria entre los integrantes de su familia? **SÍ** **NO**

ANEXO 2

Medidas de tendencia central de percepción de apoyo familiar de pacientes con insuficiencia renal crónica.



ANEXO 3

Resultados estadísticos de la confiabilidad obtenida en la encuesta de percepción de apoyo familiar aplicada a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	0.42	0.26	-0.09	-0.06	-0.10	-0.14	-0.06
2			0.25	0.67	0.15	0.39	0.22	0.15
3				0.35	0.00	0.45	0.05	0.24
4					0.11	0.71	0.31	0.39
5						0.08	0.21	0.26
6							0.56	0.34
7								0.21
8								
			Promedio de las correlaciones:		0.23			
CONFIABILIDAD			Valor de Alpha:		0.64			