PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **GABRIELA STHEFANÍA GORDILLO CÓRDOVA,** con **C.I. 190070626-6,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES ADULTOS QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DESDE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA Y PSICOANALÍTICA." Estudio realizado con pacientes en tratamiento de Hemodiálisis del Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1, durante los meses noviembre a diciembre de 2013 ,** previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2014

GABRIELA STHEFANÍA GORDILO CÓRDOVA

C.I. 190070626-6

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

Acompañamiento Terapéutico a pacientes adultos que padecen Insuficiencia Renal Crónica desde la Psicología Humanista y Psicoanalítica.

(Estudio realizado con pacientes en tratamiento de Hemodiálisis del Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1, durante los meses Noviembre a Diciembre de 2013).

Gabriela Sthefanía Gordillo Córdova

Directora: Dra. María Alexandra Valarezo

QUITO, 2013

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre, mis hermanos, mi abuela, mis tíos y primos, que por su apoyo moral y económico pude concluir mi carrera; gracias por hacer de mí una mejor persona a través de su consejos y enseñanzas.

A Dalton por brindarme su ánimo, apoyo y tolerancia infinita, durante los cinco años universitarios y la realización de esta investigación.

A María Alexandra, mi directora guía, por su ayuda, orientación, comprensión y paciencia en el desarrollo de esta tesis.

A mis amigas quienes siempre han estado en los momentos en que las he necesitado.

LISTA DE CONTENIDOS

RESUMEN O ABSTRACT v
INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO 1
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1.1 Definición 5
1.2 Causas 6
1.2.1 Diabetes Mellitus 6
1.2.2 Hipertensión Arterial (HTA) 6
1.2.3 Glomerulonefritis 7
1.2.4 Enfermedad Renal Poliquística 7
1.2.5 Pielonofritis Crónica 7
1.2.6 Lupus Eritomatoso 7
1.2.7 Cálculos Renales 8
1.3 Consecuencias 8
1.4 Hemodiálisis 9
1.4.1 Definición 10

CAPITULO 2
ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

2.1 Antecedentes 13
2.2 Definición de Acompañamiento Terapéutico 16
2.3 Técnica de trabajo del Acompañante y del Acompañamiento Terapéutico 23
2.3.1 Acompañante Terapéutico 23
2.3.1.1 Características del acompañante terapéutico 23
2.3.1.2 Rol del acompañante terapéutico 24

2.3.1.3. Funciones del acompañante terapéutico.....25
2.3.1.4 Sistema sobre el que opera el acompañante terapéutico.....26
2.3.1.5 Límites del acompañante terapéutico.....27
2.3.1.6 Actitudes del acompañante terapéutico.....27
2.3.2 Acompañamiento Terapéutico.....38
2.3.2.1 Modalidades del acompañamiento terapéutico.....38
2.3.2.2 Estilos de Acompañamiento Terapéutico.....40

CAPITULO 3
ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE RENAL

3.1 Impacto de la insuficiencia renal crónica en el paciente.....42
3.1.1 Etapa de crisis.....43
3.1.2 Etapa crónica.....45
3.2 Alteraciones de la respuesta emocional.....47
3.2.1 Mecanismos de defensa.....47
3.2.1.1 Negación.....48
3.2.1.2 Proyección.....48
3.2.1.3 Regresión.....49
3.2.1.4 Represión.....50
3.2.1.5 Aislamiento.....51
3.2.2 Duelo.....51
3.2.3 Ansiedad.....55
3.2.4 Depresión.....57

CAPITULO 4

APLICACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS N°1

4.1 Diseño de la investigación 60
4.2 Descripción del área de hemodiálisis 63
4.3 Resultados de la aplicación del Acompañamiento Terapéutico 64
4.3.4. Correlación entre la teoría y los resultados obtenidos 65

CAPITULO 5

Conclusiones 70
Recomendaciones 74
BIBLIOGRAFIA 76
ANEXOS
A. Análisis de pacientes
B. Resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE
C. Interpretación y análisis comparativos de resultados
D. Modelo de entrevista realizada los pacientes
E. Inventario de Ansiedad IDARE

RESUMEN O ABSTRACT

El presente trabajo es una disertación teórica – aplicada que investiga y analiza al Acompañamiento Terapéutico y cómo éste ayuda al estado emocional de los pacientes adultos con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, desde una comprensión psicoanalítica y humanista.

El abordaje práctico de esta disertación, consiste en la aplicación de una entrevista al paciente renal, seguida de la administración del inventario de ansiedad rasgo-estado IDARE antes y después del Acompañamiento Terapéutico; estas dos herramientas nos darán a conocer el estado emocional en el que se encuentra el paciente renal durante la hemodiálisis y en su vida diaria; elementos importantes que están direccionados a brindar un acompañamiento eficaz, dirigido a lograr un estado de bienestar en el paciente y una adecuada convivencia con su enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es considerada como una enfermedad terminal ya que según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una de las diez primeras causas de muerte; consiste en el fallo del funcionamiento de ambos riñones y por tal razón se necesita un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante Diálisis (peritoneal o hemodiálisis) o trasplante, necesarios para la supervivencia.

Varias son las razones que motiva realizar esta investigación, primeramente tras haber constatado que en el Ecuador no existe un programa de asistencia emocional para este tipo de pacientes, no se sabe mucho sobre la magnitud de los efectos de la insuficiencia renal crónica, de los problemas psicológicos y repercusiones en el estado de ánimo en los pacientes adultos.

Otro motivo para trabajar con este tipo de pacientes viene dado tras observar que en el Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1, lugar donde realice mis prácticas correspondientes al décimo nivel, los pacientes que acudían al departamento de hemodiálisis así como el equipo interdisciplinario del mismo, como médicos, enfermeras y trabajadora social, demandaban la presencia permanente de un psicólogo que realice un trabajo terapéutico de contención y acompañamiento a los pacientes sometidos a hemodiálisis. Ya que solo cuando se aborda su estado emocional, los pacientes pueden tener una mejor tolerancia al tratamiento, al cual están sometidos tres veces por semana y durante cuatro horas diarias.

Lamentablemente muchos de los pacientes sometidos a un tratamiento renal sustitutivo que reciben hemodiálisis no cuentan con un profesional, en este caso un psicólogo clínico, que les ayude en este proceso; quien se posiciona de esta manera es el personal de enfermería del área de hemodiálisis, quienes hacen una gran labor escuchando y hablando con los familiares, algo que para los pacientes es de gran ayuda; sin embargo esto no es suficiente, ya que algunos pacientes se encuentran con un padecimiento psicológico profundo. Por tal razón esta investigación tiene como objeto central abordar el Acompañamiento Terapéutico con los pacientes de insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis con el fin de mejorar el estado emocional.

La hipótesis que esta investigación plantea es que el Acompañamiento Terapéutico ayuda a mejorar el estado emocional de los pacientes de Insuficiencia Renal Crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis del Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1, durante el período Noviembre a Diciembre de 2013.

Este trabajo pretende recopilar información tanto teórica como práctica, del acompañamiento terapéutico y del estado emocional de pacientes adultos que estén atravesando por un tratamiento de hemodiálisis.

El presente trabajo teóricamente partirá de lo propuesto por la teoría humanista mediante su principal representante Carl Rogers, quien habla de la relación de ayuda, junto a lo expuesto por José Carlos Bermejo, identificando y considerando las actitudes por ellos propuestas en la relación cliente y terapeuta, con el principio básico dentro del Acompañamiento Terapéutico de centrarse en cómo vive el paciente con aquello que le está sucediendo en la actualidad y con el propósito de que este pueda expresarse de forma libre, pueda conocerse a sí mismo y disminuya su nivel de ansiedad. Desde el psicoanálisis se hará una compilación de varios autores entre ellos los principales a destacar Gustavo Rossi que habla acerca de la historia del Acompañamiento Terapéutico, además de hacer un recorrido por los conocimientos que Susana Kuras de Mauer imparte tras identificar y aportar varios de los elementos que dentro del Acompañamiento Terapéutico se plantea como inicio, definición, funciones, rol, entre otros.

La parte práctica de esta investigación, partirá de un primer acercamiento con cada uno de los pacientes, para establecer un encuadre y los objetivos del acompañamiento a realizar; seguido de esto se administrará una entrevista a cada uno de los pacientes como medio de obtener información clara y precisa de su historia vital y actual, además de identificar elementos que nos ayuden en el proceso de acompañamiento. Luego se administrara el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE para conocer la prevalencia del estado de ansiedad en el paciente renal sometido a hemodiálisis; este inventario de ansiedad será aplicado antes y después del Acompañamiento Terapéutico.

Quedan fuera de esta investigación los procesos terapéuticos individuales con los pacientes que estén en hemodiálisis, así como tampoco se trabajará con sus familiares. De igual manera se excluye de este estudio el personal médico del área de hemodiálisis.
El capítulo I, constituye el estudio de la insuficiencia renal crónica, sus causas y consecuencias; además de lo relacionado con el tratamiento de hemodiálisis.

En el Capítulo II, se investigará acerca de la historia del Acompañamiento Terapéutico, se analizará su concepto desde la teoría psicoanalítica y humanista; luego se hará un desarrollo de lo que abarca el posicionarse como Acompañante Terapéutico, priorizando sus funciones y su actitudes y por último se abordaran las modalidades y estilos del Acompañamiento Terapéutico.

En el capítulo III, se analizará el estado emocional del paciente renal, ya que como se sabe todo enfermedad genera cambios en la estructura psíquica del sujeto, por lo cual se partirá desde el impacto que genera la enfermedad crónica, cuales son las etapas que atraviesa y las principales respuestas emocionales del paciente frente al tratamiento de hemodiálisis.

En el capítulo IV, se dará a conocer la muestra con la que se trabajó, pasando por los instrumentos de investigación utilizados y lo que se medirá con cada uno de ellos; además de describir el área de hemodiálisis y dar a conocer todos los resultados obtenidos tras realizar el Acompañamiento Terapéutico, en donde se incluirá análisis y relación de la teoría con la práctica.

El capítulo V, está dedicado a conclusiones y recomendaciones emitidas de acuerdo a los resultados y necesidades evidenciadas durante el Acompañamiento Terapéutico.

Al terminar esta investigación se dará un aporte innovador y enriquecedor para los enfermos de IRC que deben someterse a hemodiálisis, ya que accederán a una ayuda terapéutica, la cual contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes y devolverles el equilibrio emocional perdido a partir de ser diagnosticado con IRC; para la sociedad y dentro del ámbito profesional, este aporte dará un sustento teórico para futuras investigaciones y dejará un incentivo para que los profesionales de la salud mental se interesen por el trabajo con estos pacientes, ya que se carece de estudios y aportes en este tema.

CAPÍTULO I

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

EL término crónico "...viene del griego Χρνος (Chronos): <<dios del tiempo>>, como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad." (Wikipedia, 2014)
Por lo que se puede decir que la enfermedad crónica es una enfermedad de larga duración y de lenta progresión, no curable. Una enfermedad es considerada crónica al sobrepasar los seis meses de duración, siendo originada por diversas causas, entre ellas las causas genéticas, la edad, ya que los sistemas del cuerpo humano se van afectando y deteriorando de forma progresiva; como principal factor predisponente está el contexto socio-económico y cultural, la falta de acceso a la educación y a las necesidades básicas, hábitos de vida perjudiciales, desconocimiento de los principios de salud así como el abandono del gobierno respecto a las condiciones generales de vida.

El término crónico incluye a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, osteoarticulares, invalidantes, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades renales. Estas tres últimas son consideradas como la principal amenaza para la salud pública y para el presupuesto de salud, ya que constituyen el 72% de la carga mundial de enfermedades en personas menores a 30 años.

La Organización Mundial de la Salud en el 2005 calculó que 35 millones de personas murieron como consecuencia de una enfermedad crónica, la mitad eran mujeres menores de 70 años.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es considerada como una enfermedad terminal ya que según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una de las diez primeras causas de muerte, debido a su creciente prevalencia e incidencia, con altos costos y un negativo avance; el número de pacientes con dicha enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo renal va en aumento, más de tres veces en las últimas tres década.

Según el último reporte de La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH, 2006) se evidencia una incidencia en Latino América del 167.5 por millón de habitantes, la más alta incidencia la tienen México y Puerto Rico. En Ecuador, a pesar de que el Ministerio de Salud Pública "MSP" considera esta patología como fatal, no se encuentran estudios que establezcan el impacto de la IRC, se evidencia una incidencia del 16.9% por millón de habitantes, siendo ésta una de las cifras más bajas de la zona.

Por lo que exige como función principal al campo de la salud, realizar una fuerte campaña de prevención contra la enfermedad renal: "*La concientización sobre la enfermedad renal tiene un potencial inmediato para reducir de manera extraordinaria la carga creciente de mortalidad y discapacidad por todo el mundo.*" (OMS, 2008)

1.1 Definición

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC o ERC) es la pérdida irreversible parcial o total de la función renal, caracterizada por presentar un descenso en la capacidad de filtración de la sangre por parte del riñón que conlleva a la acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre, llegando al estadio final conocido como síndrome urémico, por lo que el paciente requiere de forma obligatoria tratamiento renal sustitutivo como diálisis o trasplante.

La Organización Panamericana de La Salud la define como: "*Una condición clínica de pacientes que han experimentado un grado de deterioro irreversible de la función renal no siendo capaces de mantener el volumen, composición y distribución de los líquidos del cuerpo que son esenciales para la vida.*" (Salvador, 1993, p, 653)

En el 2002 La National KidneyFoundation (NKF) basó a la enfermedad renal crónica en tres conceptos: 1) componente anatómico estructural (marcadores de daño en orina y sangre) 2) componente funcional y 3) componente temporal (al menos tres meses de duración de un daño estructural o funcional. (Foundation. K/DOQI, 2002).

1.2 Causas

La IRC provoca que los pequeños filtros de los riñones llamados nefronas, pierdan su capacidad de filtración. La nefrona es la unidad funcional renal encargada de la regulación del volumen y electrolitos corporales, eliminación de solutos y control ácido-base, es decir de la homeostasis corporal general. El daño en las nefronas puede ocurrir repentinamente después de una lesión, una enfermedad, abuso de medicamentos, ingesta excedida de alimentos que conlleven grasas, micronutrientes y proteínas. A continuación se mencionan las causas más frecuentes.

Las causas mencionadas a continuación están dadas de acuerdo a lo publicado por la National Kidney Fundation en el 2003.

1.2.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus en la actualidad "*Es la principal causa de IRC en Estados Unidos y en gran número de países de todo el mundo*" (Nesseson, Fine, 2009, p.1061). Es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia, debido que con el tiempo hace que los vasos sanguíneos se taponen y no llegue la suficiente cantidad de sangre a los riñones. Las personas que con frecuencia desarrollan una nefropatía diabética a causa de la diabetes mellitus son los mayores de 65 años con presión arterial alta y antecedentes familiares de enfermedad renal.

1.2.2 Hipertensión Arterial (HTA)

La presión arterial se refiere a la "…*fuerza que la sangre ejerce contra las paredes de las arterias*" (MedinePlus, 2013) cuando el corazón bombea sangre. La hipertensión arterial aparece cuando la presión aumenta y permanece elevada por mucho tiempo, causando daño en los vasos sanguíneos del cuerpo, reduciendo el suministro de sangre a órganos como los riñones, dañando las unidades filtrantes de los mismos y provocando que los riñones no eliminen desechos ni líquidos en la sangre, lo que da pie a una lesión renal.

1.2.3 Glomerulonefritis

La glomerulonefritis una inflamación de los pequeños filtros de los riñones llamados glomérulos, los cuales son los encargados de eliminar el exceso de líquidos, electrolitos y los desechos de la sangre y los pasa a la orina; cuando estos se inflaman no pueden filtrar los desechos ni el líquido y los riñones dejan de funcionar adecuadamente, ocasionando una acumulación excesiva de líquido en el organismo lo que causa en la persona hinchazón en distintas partes del cuerpo, como la cara, los pies, los tobillos y/o las piernas y puede ocasionarse una insuficiencia renal. (Rose, 1985)

1.2.4 Enfermedad Renal Poliquística

Es un trastorno hereditario (de padres a hijos) en el cual se forman múltiples quistes en ambos riñones, los quistes están llenos de líquido causando que los riñones aumenten su tamaño; esta enfermedad puede ser dolorosa e interferir con el funcionamiento normal del riñón causando infección, cálculos renales, presión arterial elevada y con el tiempo, insuficiencia renal por lo que inmediatamente se debe someter al paciente a diálisis o trasplante de uno o incluso ambos riñones, según el daño de los quistes al riñón.

1.2.5 Pielonofritis Crónica

La pielonefritis crónica es una infección del riñón y de los uréteres (conductos que sacan la orina del riñón), que se presenta como resultado de una infección urinaria, por lo que es más habitual en mujeres; esta enfermedad es causada por la inflamación del tejido que rodea los filtros de los riñones, llegando a provocar una infección aguda o crónica del riñón, que de no recibir tratamiento a tiempo ocasiona insuficiencia renal.

1.2.6 Lupus Eritomatoso

El lupus es una enfermedad autoinmune causada por el sistema inmunitario del cuerpo que ataca erróneamente a la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos; cuando ataca al riñón, daña las unidades de filtración o glomérulos de los riñones haciendo que no funcionen.

1.2.7 Cálculos Renales

Los cálculos renales son masas sólidas que obstruyen el drenaje de la orina causando infecciones, se localizan en cualquier parte del tracto urinario, frecuentemente se encuentran en los riñones, los uréteres y la vejiga. La presión causada por la orina obstruida daña a los riñones. (Salvador, 1993)

1.3 Consecuencias

La enfermedad renal crónica acumula líquido y productos de desecho en el cuerpo. En las fases iniciales de la Insuficiencia Renal donde la mayor parte de las funciones orgánicas permanecen normales, los pacientes pueden ser asintomáticos en algunos casos o tener pocos síntomas propios de la enfermedad. Consecutivamente la función renal disminuye el paciente va desarrollando alteraciones que se manifiestan en gran parte de los sistemas corporales, estos cambios se dan a nivel neurológico, hematológico, digestivo, dérmico, cardiaco y psicológico.

- Trastornos neurológicos: la mayoría de pacientes que padecen IRC, sufren anomalías en el sistema nervioso como cansancio, insomnio, accidentes cerebrovasculares, dolores de las extremidades, calambres, debilidad muscular, se pueden presentar convulsiones generalizadas e incluso llegar a estados comatosos.

- Trastornos hematoinmunológicos: casi todos los pacientes con IRC desarrollan anemia debido al nivel de la función renal, también presentan trastornos en los glóbulos blancos de la sangre lo que incremente la tendencia a infecciones.

- Trastornos digestivos: los trastornos gastrointestinales son comunes en todos los pacientes con deficiencia renal, por lo que se observa, gastritis, pérdida del apetito, sabor metálico en la boca, vómito, diarrea, estreñimiento, úlceras y sangrados digestivos.

- Trastornos dermatológicos: el principal síntoma de la IRC es el prurito (picazón generalizada en el cuerpo) así como la resequedad de la piel, la piel cambia de obscura a clara o viceversa, además de hematomas. Otros trastornos son la pérdida del brillo de uñas y cabello.

- Trastornos cardíacos: son considerados como causantes frecuentes de morbilidad en la IRC, la hipertensión arterial tiende a desarrollarse debido a la retención de sal y agua; se presentan otros síntomas como taquicardia, hipotensión arterial, arteriosclerosis.

- Trastornos endocrinológicos y metabólicos: la disfunción sexual se presenta en la mayoría de los hombres, en mujeres la amenorrea, además de hipoglucemia.

- Trastornos psicológicos: irritabilidad, depresión, ansiedad, agresividad, lo que lleva en ocasiones a una disolución familiar.

1.4 Hemodiálisis

Para la insuficiencia renal crónica las opciones de modalidades terapéuticas son tres: la hemodiálisis, que es la más común y que se puede dar en un centro o de forma domiciliaria; la diálisis peritoneal, continua ambulatoria o cíclica continua; y el trasplante renal. Estas elecciones dependen de factores como la edad, la resistencia y la capacidad del paciente para usar la técnica.

Haciendo un recuento histórico, vale mencionar al escoses Thomas Graham, llamado el padre de la hemodiálisis ya que en 1830 inicia los primeros experimentos de lo que hoy se conoce como hemodiálisis, utilizando como membrana semipermeable un pergamino de origen vegetal; 50 años después de estos experimentos, se dio lugar a la aplicación práctica.

Es 1913 John Abel realiza la primera diálisis en animales por medio de lo que llamo un riñón artificial, en 1926 el Dr. George Haas realiza por primera vez la diálisis en una persona durante 35 minutos y sin complicaciones.

En la década de los 40 Koll y Murray desarrollaron un riñón rotatorio y es así como la hemodiálisis es aceptada como tratamiento, pero con algunos inconvenientes técnicos por lo que se decide usarla solo en casos estrictamente necesarios.

Ya en 1966 gracias a Cimino y Brescia la hemodiálisis sufre una evolución importante debido a que ellos describen la Fistula Artero Venosa Interna (FAVI), la cual servirá para ser implantada al paciente produciendo una adecuado flujo sanguíneo, disminuyendo con esto el riesgo de infección; este acontecimiento dio pie a muchos adelantos técnicos para el mejoramiento de la máquina dializadora.

1.4.1 Definición

La hemodiálisis es un proceso que sustituye a los riñones ya que estos han perdido su capacidad de funcionar de forma correcta. La hemodiálisis filtra la sangre y extrae químicos, desechos dañinos, la sal y los fluidos en exceso ayuda a controlar la presión arterial y a mantener el equilibrio adecuado de sustancias químicas en el cuerpo, como el potasio y el sodio. (NKUDIC, 2011)

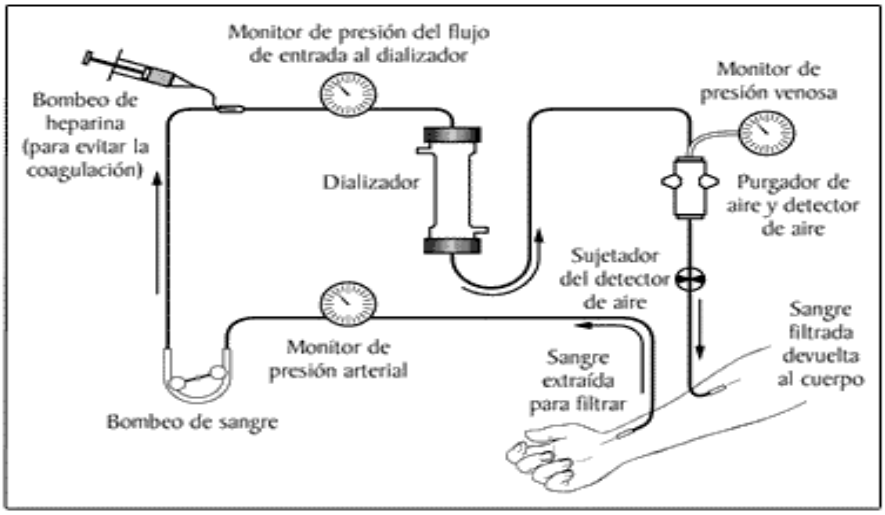
La mayoría de los pacientes comienzan con el proceso de diálisis cuando sus riñones han perdido entre el 85% y el 90% de su capacidad y por esta razón continúan con el tratamiento durante el resto de su vida o hasta que reciban un donante para poder trasplantar el riñón.

Hacer hemodiálisis significa realizar un paso de sustancias a través de una membrana semipermeable, que toma la sangre del paciente la cual es desviada a un sistema cerrado de filtración que viene a ser la máquina de hemodiálisis, donde se filtra y depura la sangre de los tóxicos como potasio y urea que la circulan, y una vez tratada, regresa a la persona.

> Es la diálisis que se produce entre la sangre del paciente y el líquido de diálisis (dializado), cuando la sangre circula de forma continua y extracorpórea a través de un

dializador, en el cual entran en contacto sangre y líquido de diálisis, separados solo por una membrana semipermeable del dializador. (Botella, 2002, p. 255)

Hemodiálisis: esquema extracorpóreo



Fuente: NKUDIC, 2010, http://www.kidney.org/atoz/pdf/aboutckd_sp.pdf

En la actualidad los aparatos de diálisis son mucho más simples, pero no por eso deja de ser un tratamiento incómodo, complicado y de requerir un trabajo conjunto de los profesionales de la salud que incluyen nefrólogo, enfermera, dietista y trabajadora social. Sin embargo dentro del equipo de profesionales de salud, vale la pena sugerir la intervención de un psicólogo que acompañe emocionalmente al paciente durante estos complejos tratamientos

La máquina usada tiene tres funciones principales: bombear la sangre, filtrar los desechos de la sangre y controlar la presión arterial y velocidad de eliminación de los líquidos del cuerpo, por lo que muchas veces se le llama riñón artificial; el dializador puede ser reutilizado siempre y cuando sea con el mismo paciente y sea desinfectado antes de cada uso.

Al empezar el tratamiento de diálisis el paciente es sometido a un estricto horario al cual acude tres veces por semana durante 4 horas diarias ya sea por la mañana, tarde o noche dependiendo de la disponibilidad y capacidad del lugar.

Se precisa para la hemodiálisis un acceso vascular ya que la sangre tiene que salir del cuerpo para ser depurada y regresar limpia al cuerpo, este acceso permite que este proceso suceda. Existen dos tipos de acceso vascular:

- Fístula arteriovenosa interna (FAVI) (unión arteria vena), en un sitio del cuerpo dependiendo de las características del paciente, habitualmente está situado en el antebrazo por lo que se hace un cirugía pequeña, esta requiere de 1 mes a 4 meses de cicatrización para que esté lista para hemodiálisis.

- Catéter: es un tubo que va directamente de la vena al cuello o pierna, la máquina es conectada directa a este tubo percutáneo en la vena yugular o femoral que puede ser permanente o temporal mientras se le practique la fístula.

Los pacientes hemodializados en un centro médico deben acostumbrarse a las condiciones de tratamiento que éste les permite, como desplazarse de su domicilio al hospital, mantenerse conectados a la máquina de diálisis y depender de ella las tres veces por semana, dejar de lado actividades de su vida diaria y mantenerse bajo el régimen del centro médico para la realización de la diálisis. También puede realizarse en régimen domiciliario siempre y cuando el paciente, un familiar u otro acompañante tenga clara la técnica de diálisis, los cuidados de la fístula y llevar una dieta balanceada y ordenada.

CAPÍTULO II

ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

2.1 Antecedentes

El Acompañamiento Terapéutico (AT) surge a partir de los años 70 en Buenos Aires, época en donde se iniciaba nuevas posibilidades de tratamientos para los profesionales de la salud mental así como para los que formaban parte del medio asistencial, estos cambios se daban debido al movimiento antipsiquiátrico de la época, que luchaba contra la etiquetación del enfermo mental como "loco" y de recursos no terapéuticos, como mantenerlo encerrado y aislado del mundo social y sobretodo familiar.

En aquella época además los pacientes requerían un contacto más personalizado, por lo que los psicoterapeutas necesitaban implementar técnicas nuevas, instalándose así con fuerza el psicoanálisis, psicodrama y psiquiatría comunitaria que daban paso a nuevas alternativas para el hospital psiquiátrico y a nuevos recursos terapéuticos que estaban fuera del marco institucional.

Es así como el Dr. Kalina tras trabajar con diferentes pacientes en estados patológicos observó que a pesar de que éstos estaban siempre acompañados de amigos, de familia, de un conjunto de médicos, todos ellos dándole cobertura a su enfermedad, no sentía que era suficiente para la mejora del paciente y es así como influenciado por la psiquiatría democrática italiana, la psicoterapia institucional francesa y el movimiento anti psiquiátrico inglés, crea en Argentina lo que se conoció en un inicio como "Amigo Calificado", término que fue muy criticado por el factor amistoso razón por la que no se lo consideraba terapéutico ya que podía mal interpretarse y confundirse con la función que debía desempeñar; por lo que este término es desechado y da paso desde entonces y hasta la fecha a lo que se conoce como "Acompañante Terapéutico" (A.T), creado con el fin de atender a pacientes graves que requerían atención de forma continua. (Rossi, 2003).

Frente a estas nuevas exigencias y necesidades surge el Acompañamiento Terapéutico como otra alternativa en el campo de la salud mental, constituyéndose en una fundamental

herramienta de los Hospitales de Día, con el fin de apoyar y sostener a pacientes con problemáticas graves, difíciles de tratar con los métodos tradicionales. El A.T. toma una participación activa en los tratamientos psiquiátricos, mediante nuevas modalidades de intervención que le permiten involucrarse en el campo habitual del paciente.

El Acompañante Terapéutico se instaura con fuerza en Argentina a partir de los años 80, debido al crecimiento de estudiantes en la carrera de psicología, quienes gracias al A.T. empezaban a insertarse en el campo laboral mediante sus primeros pacientes. (Rossi, 2007)

La psicoanalista Argentina Susana Kuras de Meuer quien es pionera en este tema junto a personajes involucrados en la salud mental, sin ser aún acompañantes pero interesados en acreditar al Acompañamiento Terapéutico en el campo profesional, organizan en Noviembre de 1983 el "Primer Encuentro Argentino sobre Acompañamiento Terapéutico en Psiquiatría". Con el objetivo de dar a conocer esta nueva forma de intervención clínica, L. Ricón en aquel encuentro menciona que "*Existe una nueva modalidad asistencial en el tratamiento de pacientes psicóticos: la de acompañar la psicosis en vez de marginarla y aislarla.*" (Kuras de Mauer, 2003)

Esto abrió las puertas para que los profesionales se involucren en esta nueva modalidad, permitiendo formar una identificación más clara y sólida, además de aclarar dudas e ir adquiriendo experiencia: "*Cada ámbito de formación fue ofreciendo textura a la trama. Cursos, grupos de supervisión, talleres, seminarios fueron delimitando un perfil.*" (Kuras de Mauer, 2003)

El Acompañante Terapéutico se desplegó como una alternativa de atención a casos de trastornos psíquicos severos como autismo, psicosis, adicciones, trastornos de conducta y alimentación. El acompañar a un paciente logra mantener el lazo social y la vinculación inter subjetiva ya sea en la internalización domiciliaria, cuando la internación psiquiátrica no es aceptada o para que la internación sea rápida, actuando de forma individualizada y con una estrategia determinada.

Es decir que el A.T. se inserta en la vida cotidiana del paciente, ya sea dentro de su hogar o en la institución en la que se halle interno o de manera ambulatoria. El Dr. Carlos Stagnaro

nos dice que "*La función del Acompañante está ligada a un trabajo extra muros, realizando los acompañantes actividades relacionadas con la contención en momentos de crisis.*" (Pulice, Rossi, p. 149)

Por otro lado en España surge la historia del Acompañamiento Terapéutico en los años ochenta, por medio de dos grupos de formación psicoanalítica, en el 2004 se crea el servicio de Acompañamiento Terapéutico en apoyo con la agencia antidrogas alcanzando así legitimidad. Cinco años más tarde tras ir en aumento la formación del A.T. y organizar varios cursos oficiales, se aprueba en el Colegio de Psicólogos un artículo en relación con el Acompañamiento Terapéutico, dando así verdadero reconocimiento a este dispositivo. (Chevez, 2010)

El trabajo del acompañante terapéutico desde un inicio se realiza a través de la solicitud de un profesional psiquiatra, psicoanalista, psicólogo, médico, que esté llevando a cabo un tratamiento con un paciente que lo requiera, mas no desde la propia subjetividad del profesional, abriendo paso a una instancia distinta al tratamiento normal que el paciente está acostumbrado, brindándole un espacio y tiempo reglamentado. De esta forma el Acompañamiento Terapéutico se inicia como una necesidad del terapeuta ya que éste no puede dedicarse a un solo paciente durante varias horas, y por este motivo elige a una persona que está capacitada para la contención. "*Su presencia en sí es un acto terapéutico, entendiéndose por tal: el que "cura", cuida y alivia*." (Bronstain, s.f.)

El Acompañante Terapéutico trabaja dentro de un equipo interdisciplinario ya que solo así se puede obtener mejores contribuciones del caso, siendo con el paciente un otro, un equivalente sin serlo, siguiendo las consignas dadas por el terapeuta o profesional a cargo, su práctica debe estar guiada por tres elementos: el trabajo interdisciplinario, la supervisión y el análisis propio.

En un primer plano se sitúa al acompañante en el marco de un auxiliar psicoterapéutico ya sea dentro del ámbito médico o en el campo de la psicología o el psicoanálisis, que tiene que estar altamente calificado ya que forma parte del paciente, llegando a convertirse por así decirlo en un "cómplice" del tratamiento y del equipo interdisciplinario; su función es ser un "yo auxiliar" ya que cumple con las funciones que el paciente por sí mismo no puede realizar.

Su rol es confundido con un auxiliar del servicio de psiquiatría o psicología, que cuida de manera formal o informal al paciente.

El A.T. se desarrolla en la actualidad en algunos ámbitos del campo asistencial, a pesar de que su figura está ligada en un inicio al acompañamiento de psicosis y adicciones, en la actualidad su trabajo se ha extendido con pacientes oncológicos, terminales, con discapacidad física y mental, incluso a pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis. (Cossi, 2001, p.1)

En la actualidad el acompañamiento terapéutico tiene su presencia en varias universidades de Argentina, México, Brasil, España, ocupando un lugar de representación ante el resto de países.

2.2 Definición de Acompañamiento Terapéutico

Acompañar viene de la raíz latina “comeré” y “panis” que quiere decir “compartir el pan”; por lo que acompañar está en cualidad de nutrir de “estar con”. (Santiere, s.f.)
Acompañar es portador diciéndolo de forma simbólica sostener a alguien, pero teniendo en cuenta que no se trata de una relación amistosa o de igualdad, sino más bien de una herramienta que tiene como finalidad la cura, lo que hace que los síntomas del paciente desaparezcan dando como resultado la habilidad para que el sujeto logre ser independiente.

La historia ha ido ubicando al Acompañamiento Terapéutico por un lado como un dispositivo terapéutico ya que tiene como objetivo lograr un efecto frente a una urgencia y por otro lado como una disciplina desde el ámbito institucional y académico en donde se lo define como:

> Un servicio de baja exigencia, no directivo que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, o con internación domiciliaria, en espacios públicos o en el domicilio del usuario en clave de acompañamientos individuales y grupales, promoviendo un vínculo terapéutico basado en la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la reinserción. (Chevez, 2010)

El A.T. carece de una definición conceptual que establezca una función en particular y diferencia, pero generalmente está ubicado dentro de un marco asistencial: *"El cauce por el que discurre esta práctica subjetivamente es el de la clínica del desvalimiento. Es la dimensión del dolor psíquico aquello que expone estados de desamparo y carencia. La intemperie emocional es nuestro suelo."* (Kuras de Mauer, 2011, p.18)

El Acompañamiento Terapéutico pone en juego la relación y el componente emocional, brindando al paciente en este caso por parte del psicólogo clínico, un rol constante de protección, apoyo y sobretodo de contención, es por esta razón que surge como posibilidad de acción terapéutica efectiva, por lo que Gustavo Rossi psicólogo de la Universidad de Buenos Aires y psicoanalista nos dice que:

> El AT opera como un apoyo para intentar restaurar aquello deteriorado en el sujeto, aunque sea en un pequeño punto que sirva de anclaje, de referencia. A manera de puente, o como una vía de entrada ante tantos lugares que el paciente percibe cerrados, y de los que trata de mantenerse alejado, en la soledad que funciona como barrera. (Rossi, 2003).

Desde la perspectiva psicoanalítica el Acompañamiento Terapéutico, tal como lo llamó Freud, es un *Yo-auxiliar u Otro-auxiliar*, que calma el displacer del paciente, involucrándose en la cotidianeidad de este; acompañar es asistir desde una terapéutica que sea posible para intentar producir efectos que lleven al cambio en el sujeto, acompañando el proceso terapéutico que se pone en juego a partir de la demanda dada por el paciente, familiares o personal de salud; el acompañar no requiere de una acción específica sino más bien "estar allí" y ese "estar allí" puede ser terapéutico y propulsar la reflexión analítica.
El Yo-auxiliar se construye a partir del psicodrama[1], en donde tiene la función de contener emocionalmente al protagonista de la sesión, de igual forma el acompañante terapéutico tiene un compromiso ético, social y emocional que es brindar el apoyo al paciente con el

[1] Es una técnica terapéutica y pedagógica, que está inspirado en el teatro espontáneo, se basa en lo simbólico, el juego teatral y movimiento corporal con el objetivo de explorar a la persona y enseñar nuevas formas de reaccionar, comportarse, enfrentar el problema y desarrollar habilidades. Se puede realizar de forma individual, en pareja o grupal.

objetivo de que éste pueda confrontarse con las percepciones y experiencias internas, es decir que es un otro sin serlo, es llamado de esa forma ya que está reemplazando al Yo del paciente de forma transitoria, debido a que éste no es capaz de realizar acción alguna por sí solo; el Yo-auxiliar actúa sin dejar de observar, mejorar y desarrollar las capacidades que estén latentes y manifiestas en el acompañado, impulsando siempre la estimulación de los aspectos más sanos de su personalidad.

Actuar en el Acompañamiento Terapéutico como un Yo-auxiliar, como instancia psíquica externa, también es operar como Sombra, poniéndose del lado del paciente, que le da una referencia corporal y una tranquilidad para la acción; esta sombra puede ser entendida como una presencia concreta que pasa con el paciente en todos los ámbitos de su vida cotidiana y que tiene como función contener la angustia de la enfermedad, sirviendo como escenario de identificaciones y proyecciones. (Porto, Sereno, 1991)

Siguiendo la línea psicoanalítica es preciso resaltar, que el proceso de acompañar inicia con la manifestación del *vínculo,* el cual tiene un poder curativo, ya que mediante este se puede sostener al paciente, acompañarlo en su ansiedad, en su angustia, sus miedos: "...*por eso, acompañar no puede ser un acto pasivo como la atención flotante no es distraerse. Implica elaborar, procesar la impotencia de no poder "hacer", manteniéndose cerca.*" (Romero, 2011, p.3)

El vínculo es el aspecto fundamental en todo proceso terapéutico, aunque para algunas corrientes psicológicas no es preciso marcar un vínculo con el paciente debido al peligro de la cercanía que esto implica; como parte del Acompañamiento Terapéutico es la herramienta más valiosa, ésta se construye paso a paso y se inicia cuando dos personas están necesitadas, una de la otra en igual forma, mediante la interacción, que es la primera forma de comunicación.

Como ya sabemos el primer vínculo y contacto de amor que una persona experimenta en su vida es con su madre al momento de nacer; el dar el seno al bebé más allá de ser un acto nutricional, es una revelación de entrega afectiva, en donde el bebé es cargado, abrigado, colmado de caricias, miradas y palabras, la madre está atenta a las necesidades del bebé.

Es lo que D. Winnicott, psicoanalista inglés, en su teoría lo plantea como holding[2]. De la misma forma sucede con el acompañante terapéutico, quien permanece atento a las necesidades en el diario vivir del paciente.

El holding en el proceso de acompañamiento es necesario para dar unión y seguridad, por lo que es fundamental poner el cuerpo, a más de la palabra y la mirada; la experiencia corpórea del que acompaña aporta sensaciones físicas como afectivas, sirve como sustento y amparo, necesario para que pueda sentirse en un ambiente seguro, para que sus vivencias vayan tomando forma y pueda ir construyendo su propia historia

La curación por así decirlo está inscrita en el cuidado que el acompañante da al paciente, Winnicott la relacionaba con la reciprocidad. El apoyo del acompañante como figura estable y disponible a asistir en la situación que se encuentre el paciente, hará que se desarrolle un buen vínculo permitiendo cambios y logros terapéuticos: "*El terapeuta debe tener capacidad… para contener los conflictos del paciente, es decir para contenerlos y para esperar que se resuelvan en el paciente, en lugar de buscar ansiosamente una cura.*" (Winnicott, 1980, p.26, citado en Phillips, 1997)

La base en el transcurso de acompañar es la sintonía, esta palabra hace relación a la igualdad de correspondencia o acuerdos entre el acompañante y acompañado: "*Sintonizar implica ¡enriquecerse! con la diferencia, renunciar a la idea de comprensión por duplicación, para nutrirse en lo complejo, que nos aleja de lo tóxico de quedar en nuestro propio circuito, e incluir a otros.*" (Kuras de Mauer, 2011, p.19)
Esto favorece a la exploración del Yo del paciente, logrando así que con su apoyo y su compañía, el paciente pueda reconocer las defensas para enfrentar su angustia interna e ir en contra de sus resistencias y pueda establecer conexiones que le permitan reflexionar. Al lograr una buena sintonía el paciente se involucra con fuerza en el trabajo terapéutico.

[2] Donald Woods Winnicott, pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés. Holding viene del verbo hold que significa sostener o amparar, hace relación al cuidado básico de la madre hacia el bebé en una primera instancia, corresponde al hecho de sostenerlo emocionalmente, facilitando la integración psíquica del niño.

El acompañante terapéutico al instaurarse en la vida del paciente como un otro, es visto como un modelo de identificación, debido a su capacidad de acoger, pensar en compañía. Es el acompañante el que logra posicionar al paciente en un lugar y tiempo diferente al que estaba acostumbrado, el que hace que pueda interactuar con el mundo externo, el A.T. promueve, enseña, nutre de nuevas iniciativas, nuevas enseñanzas de acuerdo a las capacidades y limitaciones del paciente, siempre animándolo a hacer cosas que antes no tenían importancia en su vida e impidiendo las que lo amenacen, lo instaura en el mundo de una forma diferente, alejando el concepto erróneo de una enfermedad deficitaria:

> El acompañante terapéutico, al trabajar en un nivel dramático vivencial, no interpretativo, muestra al paciente, in situ, las diferentes formas de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto resulta altamente terapéutico. En primer lugar, porque rompe con los estereotipados patrones de vinculación que condujeron a la enfermedad. En segundo lugar, porque ayuda al paciente a aprender, a esperar y posponer. Y por último, porque ofrece la posibilidad de adquirir, por la identificación, mecanismos de defensa más adaptables a su realidad. (Kuras de Mauer, Resnisky, 1987, p. 40)

Como sabemos la transferencia es la base de la corriente psicoanalítica pero no por eso quiere decir que sea exclusiva de esta. La transferencia forma parte de todo vínculo que se crea entre paciente y terapeuta, está presente en toda relación que implica cercanía, en donde los lazos afectivos se hacen presentes y el acompañamiento terapéutico es el escenario principal para que la transferencia se haga presente de forma inconsciente y espontánea. Gracias a la transferencia el acompañado logra sostenerse y sobre todo el tratamiento tome fuerza y logra prosperar, la transferencia *"Es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos, yde un modo especial, dentro de la relación analítica.*" (Laplanche, Pontalis, 1996, p.439)

El paciente tiende a establecer una relación de dependencia frente al proceso de acompañamiento terapéutico, depositando en el acompañante afectos cariñosos y amistosos; cuando esto se ha puesto en juego se habla de una transferencia positiva, lo que permite que el paciente acepte y colabore con el acompañamiento, permitiendo de esta manera avanzar; no así cuando el paciente transfiere sentimientos agresivos hacia el

acompañante, se habla de una transferencia negativa que tiene como resultado la resistencia ante el acompañamiento y a todo lo que el equipo terapéutico involucrado proponga, entorpeciendo así el tratamiento.

Se puede entender al Acompañamiento Terapéutico también desde la teoría humanista, para ello es preciso nombrar a uno de sus mayores representantes el Psicólogo estadounidense Carl Rogers, quien plantea una herramienta terapéutica muy valiosa, de la cual es el creador, él la denomina *Relación de ayuda mutua terapeuta-cliente*[3], en donde el terapeuta crea en el paciente la capacidad de mejorar y afrontar la circunstancias de la vida de una forma apropiada.

> Podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o de ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos. (Rogers, 1986, p. 46)

La relación de ayuda propuesta por Rogers tiene como principio básico centrarse en cómo vive el cliente con aquello que le está sucediendo en la actualidad, con el propósito que el cliente pueda expresarse de forma libre y voluntaria, de esta manera reconozca su potencial y por ende cuáles son sus recursos para aprender a manejar el problema por el cual atraviesa.

De la misma manera la importancia de la vinculación emocional suficientemente controlada entre el que acompaña y el paciente, implica que el primero se mantenga alejado del paciente pero así mismo goce de la libertad para poder expresar sus pensamientos y sentimientos. La función del terapeuta se centra en la atmósfera de la libertad, sin que se muestre con un estilo autoritario o paternalista, pero que tampoco caiga en la pasividad y adopte una posición de laissez faire[4], haciendo que el paciente se autodirija y lleve a cabo el proceso de acompañamiento por sí solo, lo que haría ver que el terapeuta no considera al

[3] Rogers utiliza este término, que es la persona en este caso el ayudado, el que se interesa por su cambio, él va en busca de ayuda al terapeuta de forma voluntaria, haciéndose responsable de lo que está atravesando. “evita la connotación de estar enfermo” (Rogers, 1997, pg.23)

[4] Es una expresión francesa que significa dejen hacer, dejen pensar.

acompañado ni está inmerso en el acompañamiento, porque no se vincula ni sintoniza con la necesidad del paciente, Rogers lo describe como "*No meterse en el camino del cliente.*" (Rogers, 1997, p. 38)

La creación de métodos dentro de la relación tiende a fracasar, no se trata de transmitir conocimientos u ordenar a que realice actos, no se direcciona al cliente como nos dice José Carlos Bermejo: "*El ayudante o quien pretende ayudar al otro, debe tener claro que deformaría su propia función si creyera que debe transmitir directamente al sujeto una serie de nuevas experiencias."* (Bermejo, 1998, p. 11)

De acuerdo al enfoque humanista planteado por Rogers, quienes realizan la tarea de acompañamiento, tienen por objetivo producir un grado de autoconocimiento e integración en el paciente y facilitar el desarrollo de las capacidades que han quedado bloqueadas, mediante una visión positiva de terapeuta a paciente. Teniendo en cuenta al cliente quien se presenta en un estado de vulnerabilidad y el terapeuta quien se integra en relación al cliente. A continuación se presenta la ecuación planteada para lograr una terapia exitosa y eficaz de acuerdo con Rogers (1957); vale mencionar que esta triada es importante en todo proceso terapéutico que tenga por objetivo ser constructivo, sin importar la línea teórica que cada terapeuta tenga. Existen tres cualidades que son calificadas como necesarias y suficientes:

*"**CT** (Cambio Terapéutico)* **=**
***E** (Empatía)* + ***API** (Aceptación Positiva Incondicional)* + ***Cg** (Congruencia)"*
(Madrid, 2005, p. 230)

Acompañar entonces, más que solucionar, es iniciar y facilitar, estableciendo condiciones adecuadas para que el paciente acceda a sus propios recursos, lo que le impulsará a salir del bloqueo y subsanar ciertas carencias de apoyo que lamentablemente la sociedad y la familia proporcionan cada vez menos.

La relación de ayuda, planteada por José Carlos Bermejo en su libro "Apuntes de la relación de ayuda", quien es Doctor en teología y nos habla de la relación de ayuda que los profesionales de la salud y agentes sociales deben tener al trabajar con pacientes, pone en juego la necesidad de humanizar las relaciones, acompañándolos de forma relacional y

emocional, ya que el paciente ha pasado de un estado de salud, a un estado de enfermedad: "*Es la disposición de una persona a ponerse en la situación existencial de otra, a comprender su estado emocional, a tomar conciencia íntima de sus sentimientos, a meterse en su experiencia y asumir su situación.*" (Bermejo, 1998, p. 26)

2.3 Técnica de trabajo del Acompañante y del Acompañamiento Terapéutico

> El papel del terapeuta es análogo al de una madre que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo.
> (Bowlby, 1988, p. 140, citado en Wallin, 2012)

2.3.1 Acompañante Terapéutico

El acompañante terapéutico se instaura a partir del pedido de un grupo de profesionales de la salud mental que estén a cargo del paciente, quienes necesitan de una persona que esté constantemente al lado del paciente, ya que el profesional a cargo no puede realizar esta actividad, siempre teniendo en cuenta la aprobación de la familia. El papel de acompañante terapéutico puede ser asumido por un profesional de la salud mental, que posea conocimientos de psicología, psicoanálisis o psiquiatría, que se capacite en la función y practica específica del acompañamiento terapéutico.

2.3.1.1 *Características del acompañante terapéutico*

El acompañante terapéutico debe mantenerse sobre tres ejes que le permiten avanzar con el paciente y hacer que tratamiento sea más llevadero, el trabajo con el equipo interdisciplinario, supervisión del paciente y el propio análisis, son algunos de los elementos que se ponen en juego.

- Equipo interdisciplinario: el acompañante no trabaja solo, sino inmerso dentro de un equipo de profesionales de la salud, ya que estos deben estar al tanto de lo que acontece con el paciente en la parte conductual y en el ámbito familiar. El equipo se constituye de acuerdo al caso del

paciente pero generalmente es un terapeuta individual que es el encargado de guiar el tratamiento (Psicólogo, psiquiatra, psicoanalista, neurólogo), también un terapeuta familiar y un acompañante terapéutico.

> El equipo se transformará en una red terapéutica…las funciones y responsabilidades de los miembros de un equipo son interdependientes pero no simétricas…la circulación fluida de información entre los integrantes de un equipo resulta indispensable para el funcionamiento del mismo y, a la vez, neutraliza los intentos de manipulación y los pactos perversos a los que pueden inducir, tanto el paciente como los familiares, en el curso de la experiencia clínica. (Kuras de Mauer, Resnizky, 2003)

- Supervisión del paciente: preferentemente se sugiere que la supervisión del A.T. sea en el grupo interdisciplinario ya que así se puede sostener y reflexionar sobre el trabajo realizado, además de aportar nuevas y distintas formas de intervención en base al intercambio de ideas y experiencias de los demás. Siempre bajo la dirección de un experto (psicoanalista, psiquiatra, psicólogo), estas se pueden dar una vez a la semana dependiendo del caso a tratar.

- Propio análisis: el estar el AT expuesto a diario con el paciente y a su problemática, puede representar un desgaste significativo en el ámbito psíquico, por lo que es necesario que el acompañante tenga en donde pueda elaborar estos sentimientos hostiles y contratransferenciales, para así reducir repercusiones negativas en el acompañamiento.

2.3.1.2 *Rol del acompañante terapéutico*

Siguiendo la línea psicoanalítica, este rol está ubicado desde una "perspectiva metapsicológica" siguiendo lo que nos dice Kuras de Mauer y Renisky (2006).

Desde el punto de vista dinámico el rol del acompañante terapéutico se ubica del lado pulsional, como sabemos Freud (1920) habló en Mas allá del principio del placer, acerca de un dualismo pulsional existente en todo comportamiento humano, en donde distingue la pulsión de vida y pulsión de muerte; la primera se refiere a la necesidad de auto

conservación y sobre todo a la obtención de placer y es aquí donde el acompañante terapéutico está ubicado debido a que promueve actividades que ayuden a investir el futuro del paciente, recuperando su equilibrio y ayudándolo a sobrevivir debido a que éste ha quedado absorbido por lo sucedido; mientras que la pulsión de muerte es una tendencia que va del lado de la destrucción, sin embargo el acompañante también sirve de soporte de esta pulsión manifestada por el paciente.

Desde el punto económico: "*Se refiere a la cantidad, circulación y distribución de una energía cuantificable… el acompañante terapéutico favorece la transferencia de energía libre en energía ligada, buscando vías para la tramitación de lo traumático.*" (Kuras de Mauer, Renisky, 2006)
Haciendo que el paciente logre expresarse por medio de la palabra y sobretodo simbolizar el hecho traumático, pasará a un estado de bienestar.

Y por último se ubica al rol del AT desde un punto de vista tópico, haciendo referencia al espacio que se construye entre dos personas que tiene como objetivo favorecer al cambio.

2.3.1.3. *Funciones del acompañante terapéutico*

Se dan de acuerdo a la particularidad del paciente, de acuerdo al desarrollo del tratamiento y se define en conjunto con el equipo interdisciplinario.
Desde mi propia perspectiva puedo decir que el acompañante terapéutico cumple con tres funciones importantes:

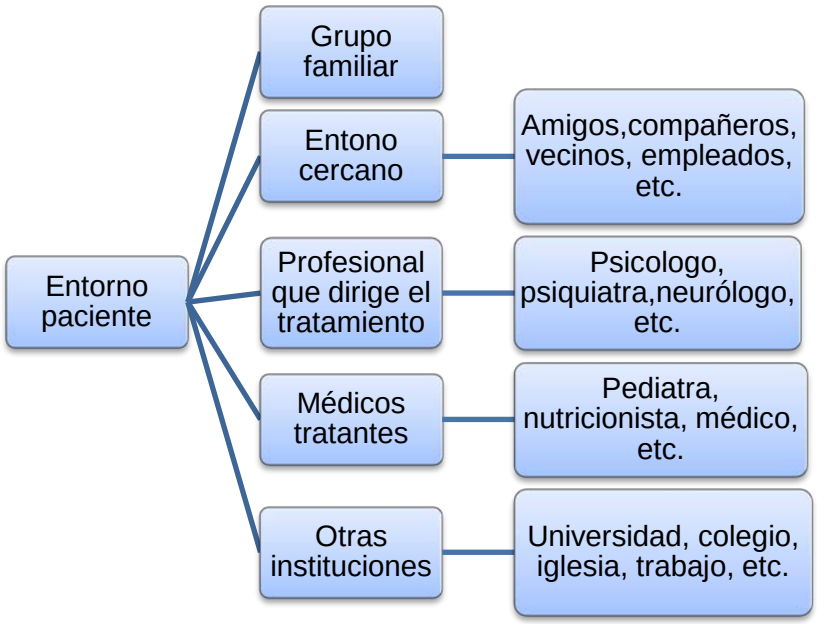
Unir	Las necesidades internas del paciente y las necesidades externas que el medio le exige.
Sostener	A un yo frágil e inmaduro, que quedó como consecuencia de la enfermedad o accidente, lo que le genera angustia, miedo y ansiedad.
Ayudar	A superar el aislamiento afectivo y social del paciente

Basándonos en lo que Kuras de Meuer y Renisky (2003), escribieron acerca de las funciones del acompañante terapéutico las he dividido en dos perspectivas:

Funciones desde la perspectiva del equipo terapéutico	Funciones desde la perspectiva del paciente
Observar e informar acerca del funcionamiento del paciente en el ámbito social y familiar.	Contenerlo y ofrecerse como modelo de identificación, ya que enseña la forma de reaccionar en el diario vivir.
Llevar a cabo las pautas establecidas con el equipo interdisciplinario.	Motivar y liberar sus funciones creativas, hacer que descubra o redescubra cuáles son sus intereses.
Sostener para evitar recaídas e incluso una vez logrado el equilibrio.	Ampliar y fortalecer sus actividades, fomentando sus potencialidades y una vía de expresión.
Brindar un espacio para la reflexión	Insertar en actividades sociales respetando su tiempo y recursos y reconociendo su mundo objetivo (relaciones, conducta, etc)
Comprender la red en la que el paciente se desenvuelve	Acompañar y motivar a seguir tratamientos que por la enfermedad debe llevarlos a diario y restablecer los vínculos entre el ámbito social, familiar y laboral, benéficos para su autonomía.

2.3.1.4 *Sistema sobre el que opera el acompañante terapéutico*

El acompañante no solo trabaja a nivel individual del paciente, sino se inserta en todo el medio que le rodea a continuación se detallan en los campos con los que se ve relacionado:



2.3.1.5 *Límites del acompañante terapéutico*

A pesar de que el acompañante forme parte de una estrategia terapéutica, no está en la disponibilidad de realizar una interpretación o un análisis, esto hace ya una diferenciación en el dispositivo del acompañamiento, solo deberá recoger la experiencia relacional y vivencial que se obtenga tanto de la familia, como del paciente para poder comunicárselo al profesional que lleva el caso.

2.3.1.6 *Actitudes del acompañante terapéutico*

Para el fortalecimiento del Acompañamiento Terapéutico más allá del conocimiento y de las habilidades del acompañante, son las actitudes las que promueven el cambio terapéutico, las actitudes que se detallan a continuación crean un clima positivo y de cercanía entre la relación acompañante – acompañado.

- Empatía

La empatía, comprensión empática o participación afectiva es la actitud terapéutica que Rogers incluye entre las más importantes para el proceso terapéutico y está estrechamente vinculada al resultado positivo de toda relación, si ésta se da en los primeros encuentros con el paciente.

"La actitud empática es la disposición de una persona a ponerse en la situación existencia de otra, a comprender su estado emocional, a toma conciencia íntima de sus sentimientos, a meterse en su experiencia y asumir sus situación." (Bermejo, 1998, p. 26)

Se podría decir que es la capacidad que tiene la persona en este caso el psicólogo o terapeuta de alinearse o identificarse con lo que le pasa o siente el paciente, esto normalmente lo llaman ponerse en el lugar de la otra persona, con el fin de establecer un vínculo que una la relación, "*Sin empatía no existe base para la relación de ayuda.*" (Carkhuff, 1969, p.359 citado en Madrid, 2005)

Estar en una actitud empática implica que el acompañante ponga en juego tres cualidades:

- La capacidad de entender el mundo subjetivo del paciente, identificarse con la persona y con su situación; el sufrimiento por el que pasa el paciente lo envuelve y lo conmueve, sea cual fuere: miedo, rabia, ternura, dolor.

- La capacidad de expresar de forma adecuada lo que ha captado del paciente, transmitiendo que lo ha comprendido y cómo siente el mundo del paciente, pero sin emitir juicios de valor o puntos de vista propios.

- La capacidad de poder separar los sentimientos experimentados al identificarse con el problema del paciente, de los propios sentimientos y recurrir a la razón para poder establecer una distancia sentimental del mundo del paciente y poder regresar al propio; que de no ser así se produciría una identificación emocional, por lo que hay que recordar que: "*Empatía significa penetración en el mundo de los sentimientos ajenos, permaneciendo en uno mismo.*" (Bermejo, 1998, p.29)

Pero si el acompañante presenta una actitud empática hacia el paciente, ¿cuáles serían los beneficios o efectos positivos que causarían en el paciente? Bueno el paciente al sentirse comprendido por el otro, al poder manifestar y transmitir su carga emocional, desarrolla actitudes como:

- Sentirse valorado y aceptado, reafirmándose como persona capaz de ser autónoma y valiosa a partir de ser reconocido por el otro en este caso el acompañante.

- Aprender a aceptar los sentimientos que lo suscitan, lo que le permite examinar cómo es su problema y llegar a explorarse a sí mismo, ya que el acompañante le permite expresar y sentir sin ser rechazado ni culpabilizado.

- Ser responsable de su propio proceso, de sus decisiones y de su vida en general.

- Superar la soledad que le generaba el no poder expresarse; al tener a su lado una persona que le genera seguridad, el acompañado puede lograr una comunicación adecuada, que le permita sentirse comprendido en sus sentimientos, valores y actitudes.

Rogers y Rosenberg (1989) mencionan: *"Podemos afirmar que, cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento, o terapéuticas, en relación a sí misma."* (p. 101)

Madrid Soriano (2005) recalca que la empatía también ayuda a mejorar el nivel de autoconocimiento del acompañante terapéutico, debido a que le permite darse cuenta de cuáles son capacidades y dificultades para poder encontrarse con el mundo emotivo del paciente.

- Aceptación incondicional

Esta actitud de igual manera propuesta por Rogers dentro de su terapia centrada en el cliente, la considera como una habilidad difícil de desarrollar, pero básica para la autorrealización, por lo que se refiere a ella como una actitud de aceptación y respeto por parte del terapeuta.

Ángelo Brusco (2005) la define como: "*La actitud por la cual el ayudante comunica al ayudado respeto, confianza, calor humano e interés genuino.*"

La aceptación incondicional implica aceptar al otro tal y como es, de una forma total con sus fortalezas y debilidades, que incluya sus sentimientos, hacer validas sus experiencias, aceptarlo sin condición alguna con aspectos negativos y positivos, demostrando el más debido respeto frente a su comportamiento y acciones, sin dirigir el tratamiento y aceptar las decisiones que el paciente tome sin que el terapeuta deba aprobarlo; el acompañante debe saber esperar y depositar la confianza necesaria de que el paciente puede desarrollarse y progresar haciéndose cargo de sus propias decisiones:

"*Mantener una actitud de consideración positiva implica apreciar a las personas sin juzgarlas, sabiendo que poseen amplios recursos para auto dirigirse y para promover su propio crecimiento.*" (Barceló, 2012, p. 136)

Aceptar al otro con sentimientos, experiencias y aspectos contrarios a los nuestros resulta difícil, al igual que resulta difícil no señalar o tratar de corregir a alguien cuando lo escuchamos; al tratar de hacer cualquier tipo de evaluación al paciente este lo puede percibir como una amenaza y no facilitará una relación adecuada para el proceso de acompañamiento; mientras menos juicios de valor y señalamientos existan en una relación, el paciente se sentirá aceptado, considerado y motivado a utilizar sus propios recursos; más fácil le resultará al paciente quitarse toda barrera psicológica que le permita expresarse, cambiar comportamientos inadecuados y asumir lo que le suceda, para llegar así a la autoaceptación.

Hay que aclarar que el no hacer señalamientos al paciente no significa aceptar comportamientos que estén fuera de la ética o se consideren incorrectos. Pero para poder aceptar al otro en cualquier proceso terapéutico o social, lo primero es aceptarse a uno mismo, con nuestros propios sentimientos, nuestros errores y virtudes, darse cuenta de quiénes somos, de lo que tenemos y de lo que valemos, reconociéndonos y aceptándonos sin hacernos de menos.

Acoger y aceptar es la clave para transmitir al otro esta aceptación, además de transmitir una actitud genuina por parte del acompañante, y comunicándole de forma verbal o no verbal que se lo acepta, lo que hará que su crecimiento y cambio no se vea limitado.

- Congruencia o Autenticidad

Esta es tercera actitud que Carl Rogers considera necesaria y sobre todo la más importante para toda relación de ayuda, él había llegado a comprender que para "…*ganar la confianza del otro no exige una rígida estabilidad, sino que supone ser sincero y auténtico.*" (Rogers, 1997, p.55)

Esta técnica consiste en ser lo que uno realmente es, al despojarse de todo paradigma, de toda máscara se puede llegar a ser uno mismo, y mientras más genuino y más transparente se es, tras haber hecho un análisis de lo que pienso, de lo que siento, de lo que me motiva, de mis miedos, mis recursos, se puede enfrentar el mundo de la otra persona y lograr que éste se sienta provocado por esta transparencia a dar un cambio de actitud, incitando también su autenticidad en la relación.

El terapeuta auténtico comunica sus sentimientos y sus pensamientos de una forma frontal, teniendo en cuenta el lugar y el momento apropiado, teniendo en cuenta que el acompañado se encuentre listo a escuchar lo que tiene que decir.
Riso nos dice que lo que somos radica en el valor como seres humanos, mas no en los logros o fracasos que hayamos obtenido. "*Una persona que se siente digna no es intachable, sino transparente; no busca aparentar, sino ser."* (Riso, 2002, p. 139)

El terapeuta para ser auténtico tiene que mostrarse sincero, interesarse en la relación incluso mostrar sus debilidades y sus sentimientos mediante una comunicación verbal o no verbal que le permita dirigirse de forma correcta y respetuosa, así como poner límites para evitar el cambio de rol que impediría mantenerse en un acompañamiento real.
"*Autenticidad, supone madurez en el psicoterapeuta y equilibrio psico-emocional. En el fondo estar de acuerdo consigo mismo, con suficiente seguridad y autoestima, y desde ahí establecer su relación con el paciente.*" (Jiménez, p. 37)

- Escucha –activa

Bermejo hace referencia a escuchar como "*Acoger las expresiones de la vida del otro, leer las páginas del libro de la vida de la persona, que nos la enseña con confianza si nosotros nos situamos ante ella con atención, con respeto y con modestia.*" (Bermejo, 1998, p. 37)

La comunicación es inevitable para todo proceso de acompañamiento y la escucha activa es considerada una habilidad dentro de una comunicación eficaz con el paciente; primeramente hay que hacer una diferencia en lo que es oír y escuchar, la primera está bajo el margen de lo fisiológico, es decir las ondas sonoras que se perciben en el oído por lo que es considerado un acto pasivo y la segunda requiere un esfuerzo mental así como físico para captar la totalidad del mensaje que emite el paciente, tratando de interpretar de forma correcta lo que éste quiere decir y poder transmitirle que está siendo escuchado, atendido y sobretodo entendido, mediante una retroalimentación.

Cuando escuchamos no evaluamos, vemos al otro, logramos captar su discurso desde su forma de expresar y sentir.

Escuchar, pues según Madrid Soriano "*Requiere volverse consciente de todos los signos intencionados que nos dirige el emisor para transmitirnos un mensaje; implica un apertura consciente y voluntaria a la totalidad de la comunicación del otro.*" (Soriano, 2005, p.386)

Escuchar va más allá de dejar hablar, se pone en juego la atención, la motivación, el interés por el paciente, forma parte de acompañarle en el proceso de la enfermedad, el brindar este espacio de escucha para que pueda poner en palabras lo que le sucede, lo que siente, causa en el paciente sentimientos de agradecimientos, acogida y hospitalidad que logra calmar su estado de angustia y lo más importante, el paciente se abre al proceso de cambio. "*Entrar en la habitación de un paciente con la intención de dedicarle un poco de tiempo para escucharle puede ser un acto terapéutico cien veces más eficaz que inyectarle una perfusión.*" (Lapierre, 1990, p. 41 citado en Bermejo, 1998)

A escuchar se aprende mas no se nace con esta habilidad, se necesita una comprensión de lo que el paciente nos quiere decir y poder transmitirle que se lo ha entendido de forma correcta. Escuchar es prestar atención a lo que él dice y a lo que no puede ponerlo en palabras o simplemente no logra decirlo, pero para lograr escuchar de forma activa se requiere que la empatía se haya generado entre paciente y acompañante.

Para poder escuchar es necesario:

- Mostrarse respetuoso, colaborador y empático, para lograr ver lo que le sucede el paciente desde su propio punto de vista.

- Centrarse en el mensaje que el paciente está dando, permaneciendo en silencio y dejando de lado toda distracción interna como externa, atención a temas repetitivos, suspender el juicio.

Para manifestar lo que se está escuchando:

- Transmitir comprensión y atención por medio de la comunicación no verbal en donde esté presente todo tipo de movimiento corporal como gestos expresiones faciales, contacto visual; lenguaje corporal que incluyan calidad de voz, asentir con la cabeza que denote acuerdo, utilizar elementos para verbales de interés como si, ajá, ah que nos hacen estar presentes; uso del espacio personal, postura física del acompañante.

- Emplear técnicas de comunicación verbal no directivas propuestas por Barrasa, Belloch, Carrasco (2012) como: paráfrasis, reflejo de emociones o sentimientos, resumen o recapitulación, clarificación.

El ejercicio de la escucha algunas veces se encuentra impedido cuando en el ambiente físico donde se desarrolla existen ruidos u otro impedimento, cuando el acompañante denota impulsividad al escuchar, ansiedad por cómo responder, huye de temas importantes, se muestra muy pasivo o cuando éste responde ante el mensaje del paciente con prejuicios, como dijo ya dijo Rogers (1972) la mayor barrera que se da entre un paciente y un terapeuta es dar nuestro punto de vista o nuestra idea de aprobar o reprobar las afirmaciones o negaciones del paciente.

Escuchar pues al paciente nada tiene que ver con oír, escuchar más bien es considerado una destreza puesta al servicio del paciente, inevitable para el proceso de acompañamiento, en ocasiones el paciente lo único que necesita es ser escuchado para sentirse más aliviado, para curarse o incluso para morir tranquilo.

- Personalización

Algunos autores como Marroquín (1982) ve a la confrontación como una destreza que el acompañado debe asumir, con la personalización lo que se logra es que el acompañante aleje las generalizaciones que el paciente hace con su conflicto, enfermedad o sentimiento de manera que lo enfoque a que este tome la responsabilidad, el propio control y la capacidad de superación de lo que atraviesa.

Se puede señalar cuatro aspectos de la personalización según lo que nos dice Bermejo (1998):

- Personalización del significado: en donde se investiga qué significado tiene para el paciente lo que estamos hablando.

- Personalización del problema: de qué manera el paciente ayuda a crear, conservar o remediar el problema.

- Personalización del sentimiento: cómo toma el paciente al tener en cuenta que el problema es solo suyo más no de alguien externo a él.

- Personalizar el fin: qué puede, que pretende y que cree el paciente que puede hacer frente a su conflicto.

La personalización ayuda al paciente a que pueda expresar sus conflictos a nivel emocional y no cubrirlos con sentimientos o actos que sean considerados por el acompañante como irrelevantes.

- Confrontación

La confrontación es una actitud o una técnica que se da cuando se ha establecido un clima de confianza entre el paciente y el acompañante, consiste en hacer frente al paciente si manifiesta alguna contradicción en el mensaje que emite y ayudarlo a que haga consciente sus percepciones y experiencias internas para que pueda tomar una mejor alternativa para el problema, como en todas las actitudes anteriores es necesario que el terapeuta no imponga su propio punto de vista.

"*El consejero intenta hacer consciente para el sujeto aquellos sentimientos y pensamientos que había rehusado hasta entonces tomar en consideración. Le incita a emprender un examen más profundo, haciéndole notar las discrepancias que existen.*" (Dietrich, 1986, p. 121)

A la confrontación no hay que verla o hacerle ver en este caso al paciente como una crítica, sino que ésta sea ofrecida como una retroalimentación de tipo constructiva, que esté dentro del margen de lo positivo, que sea específica y respetuosa, solo de esta manera el paciente podrá considerar al acompañante como alguien dispuesto a ayudar y no a verlo como una opuesto.

Como cualquier técnica, emplearla con el paciente, cumple con los siguientes propósitos:

- Examinar en el paciente los modos de percibir un aspecto o tema y cuál es su modo de afrontarlos.

- Hacer al paciente consciente de la incoherencia en lo que se dice y lo que se da a entender.

- Formular diferentes alternativas para resolver el problema que lo aqueja teniendo en cuenta sus ventajas y desventajas.

Cuando se ha hecho una confrontación con el paciente se requiere que sea valorada y evaluada por el acompañante, Barrasa, Belloch y Carrasco formulan cuatros reacciones por parte del paciente:

- Negación o rechazo de la incongruencia, desacreditando al terapeuta.

- Confusión, el paciente no ha entendido el significado de la confrontación.

- Aceptación completa de la exactitud y significado de la confrontación.

- Falsa aceptación, el paciente da la razón solo para dejar el tema aislado. (Barrasa, Belloch, Carrasco, 2012, p. 125)

Es importante que el terapeuta realice esta técnica, en un momento que se disponga de espacio y tiempo, debido a que pude provocar distintas reacciones emocionales en el paciente, las cuales deberán ser valoradas y trabajadas.

- Grupos de encuentro o apoyo emocional

El asistir a una reunión grupal, a un grupo de apoyo de emocional, constituye para las personas una nueva forma de compartir, afrontar y soportar el dolor del problema o la enfermedad por la que están pasando con los otros, como se sabe el ser humano es un ser social desde sus primeros días de vida, los vínculos con los demás pueden ayudarlo al crecimiento personal "*…la posibilidad de recuperación está inmersa en el contexto social.*" (Raggio, Soukoyan, 2007, p. 15)

¿Pero qué son estos grupos? ¿De qué se trata?

> Son organizaciones de participación voluntaria, en las cuales se reúnen personas afectadas por una misma situación o patología, de la que cada individuo ha tomado conciencia o desea superar y aliviar mediante el intercambio activo de información y mutua cooperación con un amplio sostén emocional. (Raggio, Soukoyan, 2007, p. 28)

El hecho de que el paciente enfermo este en un grupo en donde pueda compartir las experiencias de la enfermedad con personas que están pasando por su misma situación, ayuda a mejorar sus capacidades sociales y emocionales, para poder llegar a un objetivo común que sería la reducción de estrés, los conocimientos sobre la enfermedad, las respuestas a las dudas, calma a los miedos, los pacientes llegan a tener una visión más amplia y más completa sobre lo que les sucede así como a crear nuevas soluciones y nuevas formas de afrontar su problema.

"Los grupos de ayuda pueden proveer una forma de ayuda única al compartir los sentimientos, el aliento mutuo y sugerencias prácticas para ajustarse a sus situación." (Gracia, 1997, p. 45)

El encuentro grupal de personas que pasan por lo mismo debe tener la presencia de una profesional de la salud que conozca del tema, este puede ser un médico, psicólogo, terapeuta, acompañante entre otros, que tendrá la función en primer lugar de proporcionar un clima cálido y confiable a los pacientes, emitir conocimientos que respondan a las dudas

o preocupaciones que se presenten y de igual manera disminuir la ansiedad de nuevos miembros que asistan al grupo.

Para que se pueda denominar grupo de apoyo es necesario que se cumpla con dos características importantes para que los pacientes que asistan pueda ser ellos mismos entre los otros y sobretodo que no se sientan excluidos; el grupo de cumplir con dos características importantes, a éstas se las conoce como:

- Aceptación: Rogers (1987) planteó que el brindar aceptación dentro de un grupo a una persona, la hace sentir fuera de cualquier amenaza, de esta forma él y el resto de los miembros pueden compartir sus experiencias más intrínsecas.

- Tolerancia: no se refiere a permitir, sino tiene que ver con confiar y respetar la particularidad de cada uno de los miembros del grupo.

Estas dos características logran Incrementar en los pacientes habilidades de afrontamiento y el sentirse más apoyados social y emocionalmente Raggio y Souyokan (2007) ven a los grupos de apoyo como “una estructura fraternal” debido a la igualdad existente entre cada uno del grupo.

- Talleres

El taller es una reunión entre un grupo de personas que se da con el objetivo de impartir conocimientos que ayuden a la resolución de conflictos en la vida diaria de los participantes, mediante actividades lúdicas, integrativas y de cooperación.
“*Un taller consiste en la reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones o papeles comunes o similares, para estudiar y analizar problemas y producir soluciones de conjunto.*” (Macerates, 2007)

Ferreyra y Pasut (1997) hablan de tres momentos que se generan dentro de un taller:

- Momento de iniciación: se estable el marco o encuadre con el que se va a desarrollar el taller, se plantea lo que se va a tratar y se hace una

presentación previa del acompañante y de los participantes, mediante alguna técnica grupal si se requiere.

- Momento de desarrollo: se da paso a la información necesaria, se puede integrar al tema expuesto videos, testimonios, material gráfico, técnicas participativas o de interacción grupal para hacerlo más productivo y lograr el aprendizaje deseado.

- Momento de Cierre: el acompañante hace un resumen de lo expuesto, se evalúa el taller sus aspectos positivos y negativos, en algunos casos se evalúa también al profesional y como se sintieron los participantes; todo esto puede ser mediante forma verbal o escrita y para que el acompañante pueda darse cuenta "…*si estas responden a las necesidades de sus miembros y si existe un buen nivel de gratificación y crecimientos personal en el mismo.*" (Ferreya, Pasut, 1997, p. 33)

Los talleres son de gran ayuda ya que el objetivo de todo taller es crear un ambiente que favorezca la comunicación entre los miembros, en donde el acompañante terapéutico debe mostrar sabiduría y habilidad para escuchar además de responder con claridad y respeto.

2.3.2 Acompañamiento Terapéutico

El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo alterno de tratamiento, que se da en situaciones difíciles de abordar y que acoge tanto al paciente como a su familia, fuera del ámbito clínico o institucional.

2.3.2.1 *Modalidades del acompañamiento terapéutico*

Para acompañar al paciente, en un inicio es necesario establecer un esquema de atención que vaya en conjunto con las características del acompañado y de su entorno familiar, conforme avance el proceso esto puede variar, las modalidades se describen a continuación.

- Institucional: el acompañamiento es preciso dentro de un marco institucional cuando el paciente necesita una atención personalizada con contención permanente y especializada; el estar presente corporalmente y afectivamente favorece terapéuticamente al paciente, este

acompañamiento puede variar de dos horas en adelante y se puede dar dentro de hospital de día o en una internación.

- Ambulatorio: esta modalidad hace referencia al acompañamiento que se le brinda al paciente una vez que ha salido de la internación del hospital y regresa a su hogar, ayudando a la trasmisión del lazo social, parte de salidas con el paciente a lugares específicos, viajes que incluyan a su familia y amigos, siempre realizando una previa planificación de acuerdo a las capacidades, limitaciones y estado emocional del paciente. El acompañamiento ambulatorio tiene como objetivo desarrollar la autonomía del paciente y marcar la diferencia entre el espacio institucional o familiar en el que estuvo instalado:

> El objetivo de abordar a la persona en todos los aspectos de su vida, cuando se ofrece el espacio en la calle, es retirar al paciente de la clausura de su hogar, de la institución, de la repetición en el vacío, a través de la construcción de una red mínima de apoyo que permitan la creación de nuevos territorios de existencia. (Grupo trama, 2000, citando en Nivolini 2008)

- Domiciliario: el acompañamiento y la contención se realiza tanto al paciente como a la familia, se trabaja de forma conjunta; tiene como función conocer lo hábitos y actitudes de la familia frente al paciente, para ofrecer una manera distinta relacionarse entre los miembros.

- También se puede dar un acompañamiento en la reinserción de un paciente al campo laboral y social o en la integración educativa; lugares que el paciente debido al estado emocional que atraviesa no logra manejarlos, por lo que el acompañante se convierte en una red constructora de espacios que antes ya existieron pero que han sido abandonados tras el surgimiento de la enfermedad.

2.3.2.2 *Estilos de Acompañamiento Terapéutico*

Teniendo en cuenta lo propuesto por Carlos Bermejo (1998), el acompañamiento como lo mencionamos antes también se lo plantea como la relación de ayuda, tomando en cuenta los estilos de la intervención del ayudante hacia el ayudado.

Antes de empezar es preciso decir que la relación o el acompañamiento terapéutico se puede evidenciar según la disposición que el ayudante tenga para el paciente que puede estar centrada en el problema, es decir que el ayudante coloca su atención en el problema dejando de lado cuales son las razones emotivas que suscitan al paciente o centrada en la persona tendiendo en consideración al sujeto de forma holística, interesándose como vive el suceso por el que pasa.

Por otro lado depende del poder que el ayudante use, el acompañamiento puede basarse en un poder directivo como forma de inducir, autodireccionar al paciente por un esquema ya preparado sin creer en la capacidad del paciente, recurriendo a técnicas de manipulación o moralizantes, contrario a esto está el poder facilitador en donde el acompañante ayuda a utilizar los recursos del paciente de forma creativa para solucionar el problema fundamentándose en propuestas, sugerencias o alternativas.

A continuación se detallan algunos estilos de intervención que el acompañante puede optar, sin embargo ninguno es mejor o peor que otro, pero hay resaltar que el tipo de estilo depende de las circunstancias en las que el paciente se encuentre.

- Estilo autoritario: el acompañante se centra en el problema del paciente y lo ayuda a resolver de forma directiva, imponiendo sus propias normas. "*La persona ayudada es considerada como un simple ejecutor de un proyecto que tiene muy claro el ayudante.*" (Bermejo, 1998, p. 17)

- Estilo democrático participativo: trabaja centrando en el problema del paciente pero ayuda a este que se involucre en la resolución del mismo, acompañándolo al paciente a encontrar alternativas pero reanimándolo que lo haga con sus propios recursos, el ayudante da orientación y crea pautas, pero deja al paciente que busque la mejor solución.

- Estilo paternalista: la ayuda se centra en cómo vive el paciente con su problema, pero sin embargo el ayudante actúa de modo directivo, dejando de lado las habilidades que el paciente pudiera tener para salir de la situación angustiante, y se hace cargo de la situación que el paciente atraviesa, asumiendo una postura de protección.

- Estilo empático-participativo: el acompañamiento al caer en este estilo ve al paciente como centro y se muestra con una actitud facilitadora "*Se interesa en que este tome conciencia, profundizando así en el conocimiento de sí mismo, de sus dificultades y de sus recursos.*" (Bermejo, 1998, p. 18)

  Se ayuda al paciente de manera que se sienta contenido, seguro y reforzado para que pueda darse cuenta de sus capacidades y limitaciones que le ayudará a dar una solución a sus problemas.

CAPITULO 3

ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE RENAL

Una enfermedad siempre genera cambios en las emociones, no solo al experimentarlas sino al expresarlas, a continuación se detalla el estado emocional del paciente renal crónico que es sometido al tratamiento de hemodiálisis, desde el momento en que es diagnosticado hasta el final del tratamiento.

3.1 Impacto de la insuficiencia renal crónica en el paciente

El paciente que es diagnosticado con insuficiencia renal crónica, atraviesa por diversos momentos críticos. En primer lugar aparecen algunos síntomas preocupantes que lo llevan a consultar al médico especialista; después de haberse realizado los exámenes correspondientes, reciben la noticia de que deberán someterse a hemodiálisis. Enfrentar esta noticia implica ya en él una pérdida que causa tristeza y sobre todo miedo a lo que se avecina, haciendo que el paciente experimente rechazo a la posibilidad de someterse a este tratamiento, labilidad emocional, inestabilidad, somatización, entre otras. El momento en que el paciente recibe el diagnóstico de insuficiencia renal crónica su vida cambia por completo: *"Una mala noticia siempre implica perder algo físico, emocional, material, simbólico de uno mismo de alguien que nos importa, por ello invariablemente se desencadenan reacciones emocionales intensas en cuanto se sienten implicados.*" (Rodríguez, 2002, p.26)

Por lo que es necesario que el encargado de transmitir esta noticia, que siempre está a cargo del nefrólogo emita tanto al paciente como a la familia que lo acompaña la información necesaria sobre el pronóstico de la enfermedad y sobre qué procedimiento sería el adecuado elegir de forma clara, sencilla y constante; es importante decir "…*todo lo que quiere saber y solo lo que quiere saber*." (Arranz, Barbero, Barreto, Bayes, 2003, p.120)

Debido a que la falta de información incluso más que el dar el diagnóstico de una enfermedad crónica causa en el paciente un sufrimiento que muchas veces es considerado innecesario.

El hecho de dar un diagnóstico, para el personal de salud es difícil y doloroso, el impacto emocional puede ser destructor, pero éste se puede incrementar o disminuir de acuerdo a cómo sea entregada, recibida y elaborada la información; por lo que se debe poner en juego, el momento de informar al paciente, una actitud empática junto con un lenguaje sensible, para poder explorar los miedos y preocupaciones del enfermo y sobre todo, que el médico pueda transmitir de un modo realista lo que acontece, tratando de hacer el menor daño posible tanto al paciente como a su familia. Arranz y otros colaboradores, plantean que el comunicar adecuadamente, "…*puede apoyar al enfermo emocionalmente al mismo tiempo que se estrechan los vínculos y la relación médico-profesional y paciente.*" (Arranz et al, 2003, p.124)

Solo de esa forma se ayuda a que ellos puedan tomar con calma el modo de adaptarse a esta nueva situación, involucrarse con su propia enfermedad y a tomar la decisión y preparación necesaria para la elección del tratamiento.

3.1.1 Etapa de crisis

Slaikeu quién trabaja hace doce años en el campo del control de las crisis, sitúa a la enfermedad crónica dentro de un tipo de crisis circunstancial, la cual se identifica por ser imprevisible e inesperada, su impacto resulta potencialmente desbordante y desorganizante para la psique de la persona que la vivencia; plantea a una crisis como "*Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.*" (Slaikeu, 1996, p.16).

En esa primera etapa el paciente ya conoce el diagnóstico, conoce cuál es el estado de su enfermedad y de su salud, se hacen las preguntas necesarias, se ha optado ya por un tratamiento a seguir, en este caso hemodiálisis; el paciente se relaciona con el área a la que va a asistir continuamente y con el personal que lo atenderá, es decir en esta instancia el paciente comienza a relacionarse ya coexistir con su enfermedad.
Los pacientes al ser intervenidos por medio de la hemodiálisis, en el momento de inicio tienen que soportar numerosas tensiones psicológicas:

> a) Conflictos entre las necesidades de dependencia con las de independencia, b) una relación con un objeto inanimado como es el dializador, c) ambivalencia sobre la vida

> contra la muerte, d) conflictos interpersonales relacionados con el personal de diálisis. (Slaikeu, 1996, p. 283).

El paciente experimenta una primera reacción que es el desorden, se siente amenazado tanto física como psicológicamente, por lo que denota confusión, ambivalencia, soledad y mucha angustia que repercute en sus relaciones sociales y laborales; su modo de comportarse con sus seres queridos cambia e incluso el no querer continuar con el tratamiento, son reacciones que se escuchan frecuentemente los primeros días.

En esta etapa el apoyo de la familia, la relación con ellos y la confianza del médico tratante y del personal de enfermería son primordiales para que esta etapa no se agudice; el paciente logra recuperar el equilibrio, tras la translaboración, término desarrollado por M.J. Horowtiz (1976) que se utiliza cuando el paciente aborda y trabaja los sentimientos, pensamientos y experiencias del suceso, mediante su adecuada expresión, en este caso el paciente puede hacerlo sólo o con la ayuda del acompañante terapéutico; sin embargo, hay que tener en cuenta que puede existir un factor extra, ya sea una conducta, un sentimiento, una situación propia o familiar, que mantenga este estado de crisis o que esté ayudando a solucionarla. Se debe reconocer que cada persona cuenta con diversos recursos personales que le permiten enfrentar la enfermedad, por lo que la duración de esta primera etapa va a depender de la intensidad con la que la enfermedad se hace presente en el paciente.

Como etapa final se podría decir que está la aceptación de la crisis, en la cual el paciente ha podido aceptar su enfermedad y hacerla parte de su vida, la desorganización ha decaído y el paciente logra adaptarse a la nueva situación, aprende a convivir en el ámbito hospitalario y con el personal médico que éste involucra, esto no quiere decir que al recodar su enfermedad no sienta tristeza. Hay que tomar en cuenta las palabras de Slaikeu que hace referencia a que la crisis tiene un tiempo de duración, es decir que toda crisis es limitada: *“Los seres humanos no toleran niveles altos de desorganización por periodos largos.”* (Slaikeu, 1996, p. 23)

La crisis no siempre hay que verla como un aspecto negativo sino más bien hay que considerarla como un momento necesario para crecer, para aprender y para desarrollarse,

ya que los acontecimientos críticos son parte de la vida y siempre generan un cambio que permite reorganizar los propios recursos.

3.1.2 Etapa crónica

Esta etapa va más allá de lo normal, puede durar meses e incluso años, se evidencia en el paciente una desorganización severa en el ámbito social y laboral, pero sobre todo tiende a sentirse con énfasis en el ámbito familiar. Esta fase "…*viene marcada por la progresión de la enfermedad y el consiguiente cambio adaptativo de la familia.*" (Navarro, p.303)

A nivel del campo laboral muchos de los pacientes dejan de trabajar como consecuencia de la enfermedad, la causa principal como se describió en el primer capítulo son los múltiples estragos que causa la hemodiálisis, que no le permiten al paciente contar con la misma vitalidad para seguir realizando la actividad requerida en su trabajo; otra de las razones puede ser la adecuación de los horarios para recibir el tratamiento de hemodiálisis, que le impiden llegar a tiempo o que le toca faltar frecuentemente a su lugar de trabajo; y por último los cambios de humor y de conducta, entre los que se puede anotar el descuido personal y los problemas de tipo relacional con las personas de su trabajo; el no saber llevar la enfermedad da como posibles resultados, el despido del trabajo a causa de su alteración en el comportamiento o finalmente, el mismo paciente decide renunciar debido a su estado físico y mental alterado.

Por la angustia a ser rechazado, en esta etapa el paciente se aísla socialmente, le resultan penosas las relaciones y disminuyen sus contactos con el mudo exterior; ya no visita a sus amigos o familiares porque para muchos de ellos el recibir tratamiento de hemodiálisis resulta estigmatizante, al evidenciarse un deterioro en su funcionamiento físico y en sus habilidades; se refieren como "ya no soy el mismo de antes" y sobre todo, para los pacientes de sexo masculino, les resulta vergonzoso que sus amistades cercanas les tengan pena, lo que les resulta humillante.

En la etapa crónica las alteraciones estructurales en el ámbito familiar se hacen evidentes, la familia es la base para ayudar al paciente hemodializado, afrontar su enfermedad y saber llevarla. El impacto emocional no solo lo recibe el paciente, también lo hace la familia, por lo que ellos también buscan la forma de adaptarse a la enfermedad de uno de sus miembros, lo que puede causar un deterioro en sus relaciones. José Navarro (1995) en su libro "Avances

en terapia sistémica", plantea tres tipos de alteraciones en la familia, dadas por el impacto de una enfermedad crónica:

- Alteraciones estructurales: la familia crea nuevos patrones de funcionamiento rígidos que afectan al cuidador del paciente y también al resto de la familia, debido a la "falta de flexibilidad para pasar de la configuración en crisis a la configuración crónica" (Navarro, pg. 305). Se sobreprotege al paciente, se cambian los roles y funciones de cada uno de los miembros, se aísla al paciente y la familia lo hace junto con él.

- Alteraciones del ciclo normativo: la enfermedad de uno de su miembros forza a la familia a adaptarse a las nuevas necesidades. Navarro nos habla de un congelamiento o un desgarre del ciclo evolutivo, en el que pueden aparecer celos entre miembros, los patrones de respuesta cambian, la interacción familiar se transforma y en muchos casos deja de existir.

- Alteraciones de la respuesta emocional: la familia siente y genera en el paciente sentimientos de contrariedad, resentimientos, culpa por no brindar el apoyo necesario, se juzga negativamente el comportamiento del personal de salud, no siguen sus indicaciones, conviven con un duelo no resuelto.

La etapa crónica del paciente renal tiene que ver con el grado de autonomía o dependencia que éste ha logrado con el paso de la enfermedad. Si los resultados han sido positivos, es decir, si el paciente ha logrado concluir la primera etapa de crisis y pasar a un estado de aceptación física como psicológica de su enfermedad, la siguiente etapa crónica no se manifestará con dificultades; caso contrario, será necesaria la ayuda del acompañante terapéutico para lograr una reorganización psíquica, familiar y social.

Al cursar por esta etapa cónica, según nos aclara Navarro es importante "…*centrarse en el concepto de identidad familiar, es decir, el conjunto de costumbres, planes y prioridades que caracterizan a una familia*", además de tener en cuenta tanto del paciente como de la familia cuáles son las "…*perspectivas múltiples acerca del problema, las formas de afrontar y de sí mismos.*" (Navarro, 1995, p. 327)

3.2 Alteraciones de la respuesta emocional

Las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, que llevan al paciente a someterse a un tratamiento sustitutivo como la hemodiálisis durante el resto de su vida, generan en el paciente altos niveles de angustia e inseguridad; atraviesan por una serie de dificultades y restricciones en el presente y se proyectan a un futuro incierto, con una posibilidad de muerte que no está lejana; ésta se incrementa cuando deben someterse a una cirugía, cuando tienen una recaída o por la muerte de algunos de sus compañeros de tratamiento (algunos han muerto en la misma sala de diálisis). Lo que desorganiza y desestabiliza al paciente haciendo que éste responda frente al tratamiento de hemodiálisis de una forma negativa. A estas reacciones se las conoce como alteraciones en la respuesta emocional, debido al cambio drástico que experimenta.

3.2.1 Mecanismos de defensa

Freud (1894) menciona por primera vez el termino defensa "*Para describir la lucha del yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables.*" (Freud, 1894, p. 52 citado en Freud A, 1984)

Años más tarde en "Inhibición, síntoma y angustia" retorna al concepto de defensa y lo distingue "*Como designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis.*" (Freud, 1984, p.52)
Se entiende por mecanismos de defensa a los procesos inconscientes que el Yo utiliza para solucionar eventos que considera amenazantes para su integridad y que surgen a partir de las exigencias instintivas y las necesidades de adaptación a la realidad, se puede decir que su función es dar seguridad al Yo y ahorrar el displacer.

De acuerdo a la teoría freudiana se cuenta con los siguientes mecanismos defensivos: negación, represión, proyección, regresión, formación reactiva, aislamiento, introyección, sublimación, desplazamiento, volverse contra sí mismo y transformación en lo contrario.
A continuación se describirán todos los mecanismos evidenciados en los pacientes renales, con el fin de poder conocer qué tipo de mecanismos se activan en esta enfermedad; para esto se tendrá en cuenta el análisis realizado por Fernando Paladines (2000) sobre los mecanismos defensivos en el paciente con insuficiencia renal crónica.

3.2.1.1 *Negación*

La negación se hace presente tras haber recibido el diagnóstico, el paciente no acepta su realidad, pretende que la experiencia por la que pasa no haya ocurrido jamás.
Este mecanismo de defensa es pasajero y uno de los primeros en aparecer, se caracteriza por excluir de la conciencia del sujeto toda percepción interna frente a una idea, realidad o aspecto externo que le resulte perturbador y/o desagradable.

El paciente frente a los pensamientos y sentimientos que le resultan intolerables a causa de su enfermedad, puede negar tal acontecimiento, como forma de hacer que su enfermedad no exista, por lo que se muestra como si estuviera completamente sano y se vuelve indiferente a las prescripciones médicas que debeseguir durante el tratamiento de hemodiálisis; no acepta su realidad, la gravedad ni el deterioro que la enfermedad trae consigo y prefiere no hablar del tema, por lo que las recaídas son frecuentes e incluso terminan con la muerte del paciente.

La negación se da de forma inconsciente en el enfermo renal, bajo este mecanismo el paciente logra mantenerse en calma ya que le permite aparentar estar a salvo de la angustia que le provoca, como se sabe esta enfermedad no es considerada segura para su integridad física y psicológica.

3.2.1.2 *Proyección*

En la proyección el paciente exterioriza un impulso o deseo que le produce ansiedad dirigiéndolo hacia otra persona o en caso extremos a objetos, al Yo le resulta más fácil manejar la ansiedad que es producida por un objeto externo que la que viene desde el mundo interno.

Sigmund Freud en “Paranoia y neurosis obsesiva” se refiere a este mecanismo como “*Un proceso que consiste en atribuir a ciertos objetos del medio ambiente los propios impulsos, tendencias y sentimientos, como un mecanismo defensivo que permite ignorar y eludir las propias pulsiones indeseables.*” (Freud, 1974, p. 75)

El Yo maneja los estímulos provenientes del mundo exterior e interior, si el mundo exterior no satisface a la persona, puede decir alejarse o cambiar. En el caso de que el mundo interior le resulte amenazante, el paciente no puede escapar a su inconsciente por lo que se ve forzado a proyectarlo hacia el exterior y de esta manera lo considera ajeno a sí mismo, de este modo logra mantener un equilibrio, teniendo muy clara la diferencia entre el yo y el otro.

Este mecanismo tiene como objetivo rechazar los impulsos procedentes del Yo, ya que los ve como algo que no le pertenece, el paciente hemodializado elimina de forma fantasiosa de su cuerpo la enfermedad, para él es más gratificante sentir su enfermedad como algo externo que lo amenaza, como una forma de protección frente a su propia angustia; esto se expresa por frases como “los otros son los responsables de que yo esté enfermo”; como una forma de defenderse el paciente culpa a los demás de su enfermedad, de lo errores cometido por no cuidarlo antes, además de asignar a los demás sus propios deseos, impulsos o pensamientos que nos son aceptados.

3.2.1.3 *Regresión*

La regresión tiende a anular el avance psíquico del paciente, ya que mediante este mecanismo se retorna a etapas evolutivas anteriores, ya superadas en el desarrollo, que generalmente se relacionan con las primeras etapas oral y anal, íntimamente relacionadas con la fijación.

La situación actual por la que atraviesa el paciente y que le resulta totalmente desfavorable y atemorizante, da como resultado la necesidad de evocar una etapa libidinosa anterior que le causo satisfacción y éxito.
Frente a la frustración que genera la enfermedad renal crónica, el yo se debilita, por lo que reacciona defensivamente con la regresión. Paladines indica que la regresión se manifiesta por dos motivos:

> Encontrar satisfacción en puntos de fijación anteriores que compensan de alguna manera la frustración actual, el Yo busca dentro de su repertorio alguna defensa que le permita solucionar su apremio, así que retrocede desde sus mecanismos mejor estructurados y especializados hacia los menos evolucionados. (Paladines, 2000, p. 147)

Se pueden observar conductas regresivas típicas de un niño. El paciente tiende a abandonar su independencia ya que por su enfermedad debe estar siempre al cuidado de otra persona, lo que facilita el desarrollo de la regresión, éste tiende a sentirse como un niño desprotegido, pasa a depender de otro; en este caso un miembro de su familia toma el rol de padre o madre.

Otra muestra de regresión en el paciente renal es la impulsividad con la que descarga sus emociones, en donde las rabietas se hacen presentes, como una forma de hacer que su demanda sea inmediatamente complacida por la persona que lo cuida, tal como lo hacía de niño.

3.2.1.4 *Represión*

En este mecanismo defensivo aparta de la conciencia recuerdos, deseos, sentimientos, pensamientos que resultan dolorosos y amenazantes para el Yo. De esta manera los recuerdos reprimidos, guardados en el inconsciente, se transforman en recuerdos olvidados desde la subjetividad del sujeto.
La represión produce una constante oposición entre el Yo y el Ello, por un lado está el material reprimido que continúa cargándose de energía impulsiva que fuerza a un bienestar y por otro lado el Yo mantiene esta represión a merced de la energía psíquica disponible.

El paciente renal no solo reprime lo indeseable, hay que tener en cuenta, que él ya está reprimido o limitado de forma consciente en su espacio, tiempo, en su movilización física y más aún en la alimentación, debido a que todo paciente con insuficiencia renal debe excluir de su dieta algunos alimentos.

En el paciente renal se puede observar claramente una fuerte represión de sus afectos hacia las demás personas, los pacientes evitan el contacto con algunos de sus familiares como por ejemplo sus nietos, como forma de evitar que se “encariñen” porque refieren que pronto se “acabaran”; además de evitar conocer a personas nuevas por esta misma razón o porque refieren que se acercan a ellos por lastima.

El paciente renal, además reprime ese impulso a realizar actividades que anteriormente le parecían agradables y que le aseguraban y adaptaban a la realidad y ahora le resultan

inútiles, como por ejemplo algunos de los pacientes dejaron de hacer actividad física, (salir a caminar) o de asistir a eventos y reuniones con sus amigos o dejar de lado actividades comunes como jugar al póker, todas estas que antes de la enfermedad solían hacerlo.

3.2.1.5 *Aislamiento*

El aislamiento es el mecanismo por el cual el sujeto se aleja o se aísla de las personas y del medio que le rodea, como una forma de auto-protección, para no repetir y revivir situaciones que le causen desilusión o heridas, reduciendo su grado de compromiso emocional con los demás.

El paciente al aislarse se rechaza a sí mismo porque se aleja de todo, tomando una actitud de indiferencia frente a su enfermedad y a lo que les sucede a los demás, lo que tiene como consecuencia una actitud narcisista, valorando sólo sus intereses y su propio malestar.

Identificar los mecanismos de defensa, que el paciente renal utiliza para salir adelante de su situación de enfermedad, nos ayuda a conocer qué es lo que ocurre emocionalmente en él, por lo que en el proceso de acompañamiento la observación, la valoración y sobre todo una actitud empática, ayudan a elegir una intervención adecuada que permita comprender, apoyar y sobre todo acompañar al paciente en esta etapa crónica.

3.2.2 Duelo

El duelo es un proceso por el que transita el Yo para adaptarse a lo perdido, está asociado siempre a la pérdida de una persona amada, sin embargo el duelo ocurre tras cualquier otro tipo de pérdida como la de un objeto, de una mascota, de nuestros anhelos, de nuestro trabajo o de algo que forma parte de nosotros o de nuestro organismo; es decir que toda pérdida implica un duelo.

Freud en Duelo y melancolía menciona que: **"***El duelo es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc***."** (Freud, 1917, p. 1)

Durante el periodo de duelo se produce un desinterés por el mundo externo, nada importa más que ese objeto perdido, la lucha por recuperarlo, lo imaginario y lo mítico. Ya que cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto también se desvanece una parte del Yo que tiene que ver con el mundo interno y la estructura personal.

Para Navarro "*El duelo es la reacción de la psique ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe."* (Navarro, 2006, p. 17)

El duelo entonces es un proceso normal y también doloroso, que ocurre como forma de elaboración tras una pérdida considerada importante, el duelo tiende a adaptar y/o modificar la situación interna y externa por la que atraviesa el sujeto, debido a la realidad desconocida y angustiante a la que se enfrenta.

Para el paciente renal el duelo está asociado a la pérdida de su "cuerpo sano", ya que una parte de su cuerpo ha dejado de funcionar (riñón), y junto a esto la fuerza muscular también se pierde, ahora su imagen corporal se ve trastocada, el paciente vive su tratamiento hemodialítico como una amenaza a su integridad física, a su seguridad, a su valía y a su dignidad. La enfermedad le da al paciente la certeza de que no es inmortal, que la vida puede terminar en cualquier momento.

La enfermedad es vista como una discapacidad, al tener que acudir por el resto de su vida al tratamiento de hemodiálisis, el paciente ubica a esta enfermedad en el orden de lo irreparable, ubicándose en una mirada de desventaja e insignificancia para el otro.
Para el paciente el hecho de que su cuerpo haya perdido su valor, que ya no tenga la misma vigorosidad, que ya no pueda realizar actividades que antes le proporcionaban placer, desordena el orden de lo simbólico que organiza al paciente, su mundo ahora se ha vuelto carente de todo sentido.

La pérdida de un "cuerpo sano" en el paciente renal, puede significar para algunos una oportunidad para crecer en otros ámbito de su vida, pero para otros puede llegar a significar el final de la misma, ya que para muchos su cuerpo es la forma de seguir sus metas, su

éxito; la deficiencia que esta enfermedad representa, trae consigo el obstáculo para conseguir metas a corto o largo plazo, ya que representa una amenaza constante para una autoimagen valedera.

La pérdida de una función corporal puede resultar intolerable, aún más cuando el paciente tiene características narcisistas; por ejemplo esto se hace evidente en el caso de militares que llegan a ocupar altos rangos, el paciente se siente humillado y avergonzado, por lo que prefiere mantenerse aislado del trabajo, de la familia, de sus amigos, se ven limitados a seguir cumpliendo sus metas. "*Así que el dolor del duelo es entonces la renuncia forzada a algo que hubiera preferido seguir teniendo.*" (Bucay, 2004, p. 45)

Al iniciar el proceso de duelo frente a la renuncia del "cuerpo sano" el paciente pierde todo interés externo, tiende a retraerse, se desconecta de lo que antes se ocupaba, solo se centra en trabajar en esa pérdida, en el desinvestimiento de lo perdido.
De acuerdo a lo expuesto por Bucay (2004) en su libro "El camino de las lágrimas", el proceso de duelo consta de varias etapas:

- Etapa de incredulidad: se caracteriza por una conducta de desorganización y confusión como forma de protegerse frente a la noticia de su enfermedad. El Yo se protege dando paso a la negación, mecanismo antes mencionado como forma de desmentir la realidad, de huir del sufrimiento y de hacer que lo perdido exista aún. Duranteel proceso de duelo se hace presente su "cuerpo sano" en sueños o en fantasías.

- Etapa de furia: los sentimientos de inseguridad, ira y ansiedad se hacen presentes, así como la pérdida del apetito, el paciente siente enojo al recordar de lo que se alimentaba antes, siente además rencor hacia su propio cuerpo. La regresión suele aparecer en esta etapa por medio del berrinche o el llanto explosivo.

- Etapa de culpa: el paciente se culpa a sí mismo y también exterioriza la culpa a los demás, en esta caso a su familia, a los médicos, por no haber

hecho mejor las cosas o no haberse dado cuenta de su enfermedad a tiempo. "*Esta etapa puede llegar a ser una de las más importantes a la hora de elaborar el proceso de duelo, entre otras cosas, porque va a estar presente prácticamente a lo largo de toda la vida.*" (Nevado, 2012)

- Etapa de desolación: el paciente tiende a aislarse, a comportarse de forma apática, tiene una pésima visión de su futuro, junto con pensamientos repetitivos y perturbadores sobre la pérdida física; el no poder trabajar hace que experimente fuertes episodios de tristeza que pueden llevarlo a la depresión.

- Etapa de reorganización y aceptación: el paciente empieza a ver con otro significado a su cuerpo, recupera el interés por actividades, es decir el paciente acepta pero no olvida el cambio que su cuerpo ha sufrido. Tras elaborar la pérdida del cuerpo que ya no existe, el paciente podrá reconocer y significar su cuerpo de otra forma.

El duelo se considera un proceso normal, por lo que es necesario que el sujeto elabore, paso a paso este proceso doloroso, para que pueda retirar la libido puesta en el objeto perdido y tenga la capacidad de investir a otros objetos con su carga afectiva y pueda reemplazarlos, es decir que pueda llegar a la etapa de aceptación.
Elaborar esta pérdida significa que el paciente puede convivir con esta nueva realidad, para él significa una lucha constante entre aceptar este nuevo cuerpo que lo considera inválido y lograr mantener al cuerpo sano, que ya no existe.

Elaborar el duelo para el paciente con insuficiencia renal forma parte de su crecimiento:

> Este camino señala que debemos renunciar a lo que ya no está, y que eso es madurar. Asumiremos al recorrerlo que las pérdidas tienden a ser problemáticas y dolorosas, pero solo a través de ellas nos convertimos en seres humanos plenamente desarrollados. (Bucay, 2004, p. 31)

El duelo no tiene un tiempo establecido, cada uno de los pacientes pasan por su propio tiempo de elaboración, lo que si interviene es su tipo de personalidad o depende de cómo se haya instaurado la enfermedad y el shock que causó en él. Lo que sí se puede afirmar es

que cuando el paciente logra recordar su “cuerpo sano” sin sentir un dolor profundo, cuando logra sobrellevar su vida con esta aparte de su cuerpo ausente y vive su presente sin estancarse en el pasado, se habla de un duelo elaborado correctamente.

Podremos terminar diciendo que “*Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la perdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia.*” (Bucay, 2004, p. 81)

3.2.3 Ansiedad

La ansiedad es “*Un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, atemorizado o alarmado de forma desagradable y con notables correlatos somáticos.*” (Arranz, Barbero, Barreto, Bayes, 2003, p. 54)

Esta emoción que se considera normal se activa como forma de alerta y protección cuando el organismo del sujeto de encuentra en riesgo, pero cuando este riesgo es inexistente se puede convertir en patológica.

Los trastornos de ansiedad aparecen en el paciente desde que el diagnóstico ha sido manifestado o al recibir el tratamiento de hemodiálisis, ya que se enfrenta continuamente a situaciones que son amenazantes para su vida. La ansiedad puede manifestarse desde una forma simple como es el nerviosismo, trastornos del apetito o el insomnio, hasta verdaderas manifestaciones de pánico, fobias o cuadros obsesivos compulsivos.

De acuerdo a los estudios realizados en pacientes renales por la Dra. Ángela Magaz, se han podido plantear algunos factores que contribuyen a que la ansiedad se haga presente en personas que deben someterse a tratamientos de diálisis: “*Restricción de las vacaciones, de la actividad física y del tiempo disponible; los picores y las nauseas; el miedo a empeorar y el temor a un posible fallo de la máquina, el miedo al futuro y a los ingresos hospitalarios, así como a la dependencia a la máquina.*” (Magaz, 2003, pg. 50).
Durante las sesiones de acompañamiento a pacientes dializados, realizadas en el Hospital Militar, se pudo observar que la ansiedad se hace presente con mayor fuerza cuando se instaura el miedo a empeorar, por el temor a un posible fallo de la máquina, lo que le lleva al paciente a una percepción cercana a la muerte.

A pesar de que cada uno de los pacientes tiende a manifestar la ansiedad de modo diferente, los síntomas que más frecuentemente se presentan lo hacen a distintos niveles, los mismos son:

- Cognitivo: los pacientes tienden a tener pensamientos distorsionados de la realidad en cuanto a su enfermedad, la mente les convence de algo que no pasa realmente, tienen pensamientos de abandono y tienden a engrandecer los sucesos negativos.

- Fisiológico: el ritmo cardiaco y la respiración del paciente se alteran, les duele la cabeza, tienen sudoración, tensión muscular y temblor es sus extremidades.

- Conductual: cuando el paciente se siente ansioso tiende a aislarse del resto de los pacientes, no habla (mutismo), pasa inactivo y no se adhiere al tratamiento hemodialítico.

Es preciso hacer una diferencia en cuanto a la frecuencia, intensidad y duración con que estos síntomas se presentan ya que el paciente puede responder al tratamiento con una ansiedad que es considerada adaptativa, lo que quiere decir que se presenta de forma normal y transitoria mientras el paciente se relaciona con el tratamiento y la enfermedad, sus reacciones están en relación con la amenaza real; o puede manifestarse una ansiedad de tipo desadaptativa, que se mantiene de forma constante y desproporcionada.

La enfermedad para el paciente renal se constituye en algo que tarde o temprano debe enfrentar. La ansiedad que se hace presente al enfrentar esta realidad es un indicador clave para el acompañante terapéutico, quien debe abordar los aspectos multifactoriales de la ansiedad, de no ser así, ésta puede convertirse en una amenaza que entorpezca el tratamiento así como el estado psicológico del paciente.

3.2.4 Depresión

La depresión es una alteración psicopatológica que presenta manifestaciones afectivas o emocionales, tales como la tristeza, el decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias del medio, se podría decir que la depresión afecta de forma global la vida del sujeto que la padece, pero vale hacer énfasis en la esfera afectiva.

La depresión se caracteriza por una dificultad de disfrutar de actividades cotidianas que antes le parecían placenteras, está marcada por un ánimo disfórico, así como de sentimientos de culpa y pesimismo hacia el futuro. La persona deprimida se siente apática y no tiene deseos de atender sus necesidades físicas, lo que prolonga le periodo de recuperación de la enfermedad.

De acuerdo al DSM-IV se puede hablar de una depresión mayor cuando en el paciente hay la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de dos semanas:

> Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución acusada del interés o incapacidad de sentir placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer régimen o al contrario, aumento de peso, pérdida o aumento del apetito casi cada día, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi día a día, sentimientos de inutilidad o culpa, excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. (Burbano, 2006)

En la insuficiencia renal se habla de una depresión compuesta, ya que ésta coexiste con una enfermedad médica y física. El paciente conforme avanza su enfermedad siente un deterioro progresivo debido a las distintas situaciones que atraviesa, como son operaciones, hospitalizaciones por las recaídas, se siente cada vez más cansado, sin energía y sin ganas ni fuerzas para luchar, dando forma a la depresión.

> La aparición de síntomas y la evidencia de que las cosas van mal, producen la sensación de pérdida física, hospitalizaciones prolongadas sensación de pérdida

> social relacional, pérdida financiera por el desempleo, pérdida de autonomía, pérdidas futuras; llevan a un estado profundo de depresión. (Kubler-Rose, 1975, p. 117)

La depresión en este tipo de pacientes es una respuesta usual frente a la pérdida y dependiendo cómo éste la considere, puede presentarse como una amenaza, fantasía o realidad. Al sentirse inmensamente afectados por la enfermedad llegan a tener una percepción de baja autoestima, sienten tristeza por no alcanzar objetivos, se lamentan por causar a su familia dolor, se sienten abandonados y que su vida no tiene valor por la invalidez, dejan de alimentarse llegando a estados fuertes de desnutrición, el sueño se les altera, el cuidado hacia sí mismos se reduce al mínimo e incluso algunos de ellos presentan ideas suicidas, por lo que la mortalidad en pacientes con insuficiencia renal tiende a aumentar "*Aproximadamente uno de cada 500 pacientes de hemodiálisis se suicidan y un número mayor de personas, han intentado suicidarse sin éxito más de una vez.*" (Paladines, 2000, p. 5)

La depresión en la insuficiencia renal se observa con más frecuencia en el hombre que en la mujer, se manifiesta en ellos con irritabilidad, ira y desaliento, contrariamente en ellas que se expresa con sentimientos de hostilidad y desamparo.

En ocasiones el diagnóstico de Depresión en este tipo de pacientes es errado y confuso, ya que el síndrome urémico produce síntomas similares a los de la depresión, como son la irritabilidad, anorexia, problemas de sueño, entre otros.

La depresión y los síntomas depresivos son los problemas psiquiátricos más comunes en personas que padecen una enfermedad crónica.

Cuando la depresión desaparece porque el paciente ya ha podido elaborarla con la ayuda necesaria, llegará a una fase que se la conoce como aceptación o resignación a la enfermedad, en donde el paciente se siente tranquilo y capas de sobrellevar la enfermedad. Sin embargo no todos los pacientes crónicos logran convivir con su enfermedad, muchos de ellos se quedan en la fase negativa porque no pueden elaborar la realidad que se les presenta, "…*haciendo la vida intolerable a sus familiares y a aquellos que los cuidan, por lo que requieren sedación.*" (Astudillo y Mendinueta, 1995, p. 96)

Con todo lo antes expuesto a lo largo de los capítulos teóricos, se ha hecho una breve reseña de lo que es el acompañamiento terapéutico y las herramientas necesarias para poder intervenir a pacientes con insuficiencia renal crónica (tema que en el Ecuador es muy poco abordado); el haber desarrollado temas que incluyen el estado emocional por el que atraviesa el paciente y la enfermedad física como tal, ayudarán a un mejor desempeño en tan importante y valiosa tarea como es el ser psicólogo, sin olvidarse siempre que a quien tenemos al frente como paciente es un ser humano al que debemos respetar y acompañar, con la convicción de que su vida debe recuperar su valor y sentido.

CAPITULO 4

APLICACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

4.1 Diseño de la investigación

Población:

La población de pacientes a la cual se ha estudiado en esta investigación está constituida por 76 pacientes con insuficiencia renal crónica, que reciben tratamiento de hemodiálisis en el área de Nefrología del Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1, durante los meses Noviembre a Diciembre de 2013.

Muestra:

La muestra está constituida por un grupo de diez personas de ambos sexos (3 mujeres y 7 hombres), cuyas edades oscilan entre los 50 y 80 años de edad. Los criterios de selección de la muestra de pacientes para este estudio fueron: diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica, llevar un tratamiento regular de diálisis tres veces por semana y cuatro horas diarias, tener un estado físico estable o con un leve deterioro; además estos pacientes fueron elegidos según el criterio, supervisión y aprobación de la psicóloga clínica encargada del área de Hemodiálisis así como del Director del Servicio de Nefrología.

Recolección de datos:

Para la recolección de datos de los pacientes se aplicaron los siguientes criterios:

1. En un inicio de realizó un primer acercamiento con cada uno de los pacientes, se estableció el encuadre y los objetivos del acompañamiento a realizar, con

el fin de crear un clima de confianza entre el acompañante y el paciente. Esto se realizó entre el primer y segundo día de encuentro.

2. Luego se realizó una entrevista a cada uno de los pacientes con el objetivo de obtener información clara y fehaciente de su historia vital y actual, para poder identificar algunos problemas y datos que nos ayuden en el proceso de acompañamiento.

   La entrevista se la realizó de la siguiente manera

   a) Datos de identificación: nombre, lugar y fecha de nacimiento, sexo, edad, estado civil, número de hijos, instrucción, profesión y ocupación.
   b) Enfermedad actual: Diagnóstico y duración de la enfermedad.
   c) Historia de la enfermedad: comienzo y forma de presentación de la enfermedad, causas, tratamientos recibidos, evolución, etc.
   d) Historia personal, laboral, familiar, social.

3. Al concluir con la entrevista, se procedió a la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE (inventario autoevolutivo, construido en 1996 por Spielberger, Gorsuch y Lushene). Este inventario nos permitió conocer el estado de ansiedad que genera en el paciente la enfermedad y por ende el estar sometidos al tratamiento de diálisis.

4. El inventario IDARE consta de dos partes:
   a) La primera parte analiza la ansiedad como un Estado emocional pasajero, es decir cuando es una condición emocional transitoria. Para ello hay un cuestionario de veinte preguntas. En esta escala se orienta al paciente a responder en base a cómo se siente en el momento actual, en este caso el momento de diálisis.
   b) La segunda parte analiza la ansiedad como Rasgo, es decir cuando hay una propensión ansiosa relativamente estable. Para ello se aplica otro cuestionario de veinte preguntas. En esta escala el paciente debe responder cómo se siente la mayoría del tiempo, no solo durante el tratamiento de diálisis.

La forma de respuesta al IDARE se realiza calificando de 1 a 4 en ambas sub escalas. En donde 1 corresponde a NO, 2 equivale a Un poco, 3 es Bastante y 4 significa Mucho.

El nivel de ansiedad se obtiene de la sumatoria de ambas sub escalas, por separado, y se clasifica en ansiedad baja cuando el resultado es menor a 30 puntos, en ansiedad media cuando fluctúa entre 30 y 44 puntos y ansiedad alta cuando es mayor a 45 puntos.

Acompañamiento Terapéutico:

Una vez realizada la entrevista inicial y el inventario de ansiedad IDARE, se dio paso al Acompañamiento Terapéutico a cada uno de los pacientes, a quienes se los abordó de la siguiente manera:

a) La modalidad del acompañamiento terapéutico se dio dentro del ámbito hospitalario, ya que el paciente necesitaba ser contenido y abordado de forma permanente durante el tratamiento de hemodiálisis. En algunos casos se tuvo que intervenir antes del tratamiento de hemodiálisis, con la finalidad de prepararlo para el mismo.

b) El tiempo de acompañamiento brindado a cada uno de los pacientes fue de 1 a 2 horas, de acuerdo a su necesidad y a cómo se sentía físicamente; en algunos momentos el abordaje no era posible por el alto nivel de malestar de ciertos pacientes.

c) El estilo utilizado con los pacientes fue el democrático participativo y empático-participativo con el fin de contener al paciente y darle pautas para que pueda superar su problema mediante sus propias capacidades.

d) Los objetivos principales fueron:

- Preparar al paciente antes de recibir la hemodiálisis, en especial a aquellos pacientes que se sentían muy ansiosos antes de iniciar su tratamiento.

- Contención emocional al paciente mientras recibe el tratamiento de hemodiálisis.
- Trabajo psicológico en el vínculo que el paciente crea con la máquina, con su enfermedad, con su vida militar, con su ámbito familiar, social y laboral.
- Brindar talleres de capacitación en el manejo de la angustia, respondiendo las dudas en cuanto a su enfermedad, teniendo en cuenta tanto la parte física como la psicológica, para ello se realizó un trabajo conjunto con un médico especialista en el tema.

4.2 Descripción del área de hemodiálisis

El área de hemodiálisis, se sitúa en el segundo piso, dentro del área de nefrología, del edificio de hospitalización que corresponde al Hospital General de las FF.AA N°1, el mismo que está ubicado en la calle Queseras del Medio 521 y Av. Gran Colombia.

El área de hemodiálisis tiene una capacidad de atención a 76 pacientes, tanto al personal militar como a la ciudadanía en general. Cuenta con especialistas necesarios para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, entre ellos están:

- Tres nefrólogos y cuatro médicos residentes, quienes realizan atención permanente al paciente para establecer su estado de salud y realizar los exámenes pertinentes cada mes.

- Atención personalizada de seis enfermeras altamente calificadas, divididas en dos horarios, quienes se encargan de la preparación de cada una de las máquinas antes del ingreso del paciente, de la conexión máquina-paciente y del cuidado de éste mientras recibe la diálisis.

- La Nutricionista es la encargada de la dieta del paciente; intervienen también una psicóloga clínica y una trabajadora social; así como el personal administrativo comprometido en la atención a los pacientes renales.

La sala de hemodiálisis está equipada con trece máquinas de alta calidad y tecnología además de muebles confortables que hacen más agradable y seguro el tratamiento. La jornada de trabajo se establece por turnos de cuatro horas, divididos en tres horarios para que los pacientes puedan acoplarse a ellos: en la mañana de 7:00 am a 11:00 am, en la tarde de 12:00 am a 4:00 pm y en la noche de 5:00 pm a 9:00 pm; y divididos en dos grupos: el primero de lunes – miércoles - viernes y el segundo de martes- jueves y sábados.

La sala cumple con las normas establecidas para el funcionamiento de los centros de hemodiálisis a nivel mundial. Cuenta además con sala de espera, vestidores, baños, casilleros para los pacientes, área de lavado y esterilización.

El área de Nefrología está bajo la dirección del CAPT. DE SND. Marco Zambrano y el financiamiento se da mediante el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas para todo el personal militar y el Ministerio de Salud para la ciudadanía en general.

4.3 Resultados de la aplicación del Acompañamiento Terapéutico

Con el objetivo de realizar una exposición general de los resultados obtenidos en la aplicación del Acompañamiento Terapéutico a los 10 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, se han seguido los siguientes pasos:

- Análisis individual de casos: El análisis individual de los pacientes se lo realizó en base a las entrevistas iniciales y al Acompañamiento Terapéutico realizado con cada uno de ellos. Estos resultados están descritos en el Anexo A y Anexo D.

- Resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE: una vez aplicado el inventario de ansiedad IDARE, expuesto en el Anexo E, realizado a los diez pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, antes y después del Acompañamiento Terapéutico, se ha llevado a cabo el análisis e interpretación de los resultados obtenidos tanto de la ansiedad como estado así como de la ansiedad como rasgo. Estos resultados están expuestos en el Anexo B.

- Interpretación y Análisis Comparativos de resultados: finalmente se expone un análisis comparativo de la información obtenida de los pacientes, en base a las entrevistas realizadas a cada uno de ellos, tomando en cuenta algunas variables como son: género, edad, estado civil, tiempo de tratamiento, causas de la enfermedad y la actividad laboral. Estos interesantes resultados se exponen en el Anexo C y Anexo D.

4.3.1 Correlación entre la teoría y los resultados obtenidos

Empezando por las causas de la insuficiencia renal crónica conocemos que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las principales causantes de la enfermedad renal en varios países del mundo, lo que se pudo corroborar tras realizar esta investigación, ya que la mayoría de pacientes de la muestra fueron diagnosticados con insuficiencia renal crónica y sometidos a tratamiento de hemodiálisis, tras vivir con estas enfermedades por varios años.

Se puede hablar de una correlación bastante similar en cuanto a las consecuencias descritas al inicio de esta disertación, tras la investigación realizada con los diez pacientes, el ser sometidos a tratamiento de hemodiálisis genera trastornos de tipo neurológico como calambres, debilidad muscular, cansancio e insomnio; digestivos como vómito o pérdida del apetito; psicológicos principalmente como depresión y ansiedad; lo cual se evidencia en las entrevistas descritas anteriormente.

Al analizar desde un inicio el Acompañamiento Terapéutico y respecto al estado emocional por el que el paciente renal atraviesa, hecho que es de interés en este tema de investigación, podemos señalar lo expuesto por Slaikeu (1996) quien inserta a la enfermedad crónica dentro de una crisis circunstancial causante de una desorganización psíquica para todo sujeto que la atraviesa; esto se pudo evidenciar en los pacientes a los cuales se les hizo el Acompañamiento Terapéutico, para ellos el enfrentarse con esta nueva y desconocida enfermedad, les causaba amenaza y sobretodo una ambivalencia entre el querer vivir y morir, junto con ello las necesidades de seguir siendo independientes y de una u otra forma ya no poder serlo completamente. Para ellos el mantener una dieta estricta, asistir a tratamiento tres veces por semana durante cuatro horas diarias, limitarse a realizar actividades, causaba una dolorosa etapa de crisis lo cual se veía representada en la no adherencia al tratamiento, por lo que los pacientes no mantenían una saludable

alimentación, no cuidaban de la fistula, incluso deseaban ya no asistir; el miedo a sentirse rechazados tras haber llevado una vida activa y reconocida (pacientes pertenecientes al ámbito militar) hizo que se aíslen; el dejar de mantener contacto con el mundo exterior para ellos era mejor, antes que mostrarse débiles ante el resto de personas, el depender de una máquina y del cuidado de los otros representa para algunos una forma de humillación.

La familia constituye el apoyo principal para que el paciente renal logre aceptar a la enfermedad como parte de su vida, sin embargo dentro de esta investigación el Acompañamiento Terapéutico no se extendió al ámbito familiar, pero por lo expuesto por las enfermeras y por los mismos pacientes durante la entrevista realizada y el acompañamiento se pudo evidenciar lo que menciona Navarro (1995) como alteraciones estructurales dentro del ámbito familiar. En varios pacientes la familia frente a esta enfermedad creó nuevos patrones de funcionamiento como por ejemplo la sobreprotección al paciente, cambio de roles entre los integrantes del sistema familiar, sobrecarga de funciones hacia un solo miembro de la familia; los patrones creados dentro del ámbito familiar tras vivir con un paciente renal casi siempre se convierten en rígidos, ya que estas no saben cómo manejarse o como enfrentarse a esta nueva enfermedad que afecta a uno de sus miembros, sin embargo estos cambios estructurales no favorecen al paciente para aceptar su enfermedad ni tampoco adaptarse a sus nuevas necesidades, más bien es considerado un factor para la alteración del estado emocional del paciente renal.

En todos los pacientes escogidos para realizar el Acompañamiento Terapéutico, se observó en menor o en mayor grado una alteración de la respuesta emocional frente a la enfermedad, por esta razón vale mencionar a Freud (1894) quien describe que cuando el Yo se encuentra expuesto a situaciones amenazantes activa los llamados mecanismos de defensa, como forma de aplacar su angustia. En los pacientes tomados como muestra, frente a la amenaza física y psicológica que la enfermedad y el tratamiento representaban, los mecanismos más comunes en aparecer en estos pacientes fueron la negación y el aislamiento; la negación la cual no en todos los pacientes se dio desde un inicio del tratamiento o tras conocer de su enfermedad, no por esto dejó de ser uno de los primeros en aparecer, este mecanismo se mostraba tras no querer acoplarse al tratamiento; como se lo explicitó anteriormente, el paciente no cumplía con la alimentación ni llevaba a cabo cuidados propios de la enfermedad; el aislamiento como lo menciona Paladines (2000) es

uno de los principales mecanismos en el paciente renal, los pacientes se retraen de casi todo el ambiente externo, la mayoría de pacientes de la muestra se mostraban indiferentes frente a lo que les sucedía al resto de pacientes como forma de no recordar situaciones que les causan o les causaron dolor.

Otro mecanismo que describe Paladines en su tesis es la proyección, para algunos de los pacientes les resultaba fácil culpar de su enfermedad o de su falta de cuidados a los médicos, enfermeras o familiares, lo hacían como forma de protegerse de la angustia que la enfermedad les causa. La regresión y la represión también se hicieron presentes en menor grado, la primera demostrada mediante rabietas o tras querer permanecer bajo el cuidado personalizado del equipo médico o de los miembros de su familia; la represión en cambio evidenciada tras no mostrar interés por los demás, el paciente sometido a tratamiento de hemodiálisis suele reprimir sus afectos hacia nuevas personas o incluso miembros de su familia, evitando con esto sentir pena por su situación, por lo que no mostraban interés en relacionarse con los pacientes de la sala, también dejaron de realizar actividades que antes les satisfacía, ya no asistían a reuniones sociales o familiares.

Al analizar el duelo podemos decir que la gran mayoría de pacientes de la muestra atraviesan por él. El duelo corresponde a todo proceso por el que el Yo atraviesa para lograr adaptarse a algo o alguien importante que ha sido perdido. La pérdida de la función corporal o el duelo del cuerpo para estos pacientes resultan muy doloroso y difícil de elaborar. Relacionándolo claramente con lo expuesto por Bucay (2004) el paciente durante este proceso atraviesa por algunas etapas entre ellas la etapa de culpa, de ira, de aislamiento o desolación hasta poder alcanzar una etapa final de reorganización y aceptación; es preciso decir que estas no siguen en el orden expuesto por él e incluso no todos los pacientes atraviesan por cada una de ellas, sino más bien se hacen presentes en función de las necesidades que el paciente atraviesa y según el apoyo que éste reciba.
En varios pacientes se evidenció la etapa de desorganización frente a la enfermedad, seguida por una etapa de ira frente al cuidado que debían tener, en otros la etapa de culpa hacia ellos mismo por no cuidarse a tiempo o hacia otros como forma de exteriorizar su dolor, esto acompañado de pensamientos negativos en cuanto al futuro de su enfermedad. Los pacientes tras haber experimentado algunas de estas etapas lograron poco a poco reorganizarse, como lo menciona Bucay, hasta lograr aceptar su enfermedad como última

etapa. Esto se dio cuando el paciente logró resignificar su cuerpo, mediante la realización de actividades que aportaban a su valía física; esta última etapa no se dio en todo los pacientes ya que para dos de ellos les fui difícil llegar aceptar totalmente su “nuevo cuerpo”, tras haber tenido una vida miliar exitosa, necesitaban más tiempo de elaboración por lo que se sugirió continuar con psicoterapia una vez concluido el Acompañamiento Terapéutico.

La Dra. Ángela Magaz (2003) describió varios factores que favorecen a que los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, presenten ansiedad. Relacionando su estudio con la investigación realizada, se pueden destacar dos de ellos: el temor a que la máquina falle y el miedo a empeorar, este último relacionado con el temor a la muerte. Además describe algunas alteraciones propias de la ansiedad, observadas de igual forma en los pacientes de la muestra como alteraciones cognitivas (pensamiento negativo), fisiológicas (sudor, temblor) y conductuales (falta de adherencia al tratamiento). Por lo que se puede decir que la ansiedad presentada en los pacientes es considerada adaptativa, ya que es normal sentirse ansioso frente a algo desconocido, mientras el paciente logra relacionarse y adaptarse al tratamiento.

Otra consecuencia importante en pacientes con insuficiencia renal crónica, que se pudo observar durante el acompañamiento terapéutico, es que la depresión se da con más frecuencia en hombres, principalmente por la pérdida física, laboral y de autonomía que atraviesan al someterse a tratamiento de hemodiálisis, que según Kubler-Rose (1975) son las causas más comunes de la depresión. En algunos pacientes hombres se escucharon ideas suicidas, corroborando así lo descrito por Paladines, que un gran número de pacientes en tratamiento de hemodiálisis intentan quitarse la vida.

Podemos analizar finalmente que lo expuesto por ambas teorías tanto la teoría psicoanalítica al referirse al Acompañamiento Terapéutico como un Yo-auxiliar, como el sostener al paciente como Winicott lo describe (1980), en ocasiones es algo difícil de lograr, pero a mi parecer fue la base para los cambios y logros en los pacientes; parecía no haber hecho nada más que estar allí escuchando al paciente, sin embrago ese estar allí, promovió un cambio emocional en ellos, cambio que generó bienestar al acompañado y al acompañante. Esto no hubiera sido posible si no se hubiera tomado en cuenta la relación de ayuda expuesta por la teoría humanista y su principal representante Carl Rogers (1986), así como Bermejo (1998)

quienes nos hablan de centrarse en cómo el paciente vive su enfermedad en ese momento; para la gente que lo ve de afuera tal vez lo ve como algo pasajero pero no se percatan de cómo siente y vive esto el paciente. Ser diagnosticado con insuficiencia renal crónica es algo muy doloroso y mediante la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad como principales actitudes, entre otras mencionadas y puestas en práctica con los pacientes, se logró transmitir la confianza necesaria para el desarrollo del vínculo paciente - terapeuta, herramienta valiosa tal como lo menciona Romero (2011) para sostener al paciente y así generar un cambio.

CAPITULO 5

Conclusiones

Una vez terminada la investigación del Acompañamiento Terapéutico a pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1 se puede concluir que:

- La insuficiencia renal crónica es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública, se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, es decir que no tiene cura y debido a su etapa terminal el paciente necesita un tratamiento renal sustitutivo como la diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.

- La hemodiálisis es la principal modalidad alcanzable de tratamiento renal, ya que ayuda a aliviar los síntomas físicos y sobretodo mantiene con vida al paciente que la padece, sin embargo el estar sujeto a una máquina de hemodiálisis cuatro horas diarias por tres días a la semana, afecta al sujeto de forma negativa, creando un desajuste a nivel físico, emocional, laboral y social.

- Las principales causas por las que los 10 pacientes estudiados llegan a ser diagnosticados con insuficiencia renal crónica son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, tras haber sido diagnosticadas varios años atrás y no mantener un control estricto de estas patologías, caso contrario se podría aplazar o evitar el comienzo de la enfermedad renal crónica. En cuanto a las principales consecuencias encontradas en este grupo de pacientes están los trastornos neurológicos como cansancio, insomnio, debilidad muscular y calambres; trastornos dermatológicos como cambio de color y resequedad de la piel y por último y como aspecto muy importante se encuentran los trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, alteraciones en la estructura familiar y retraimiento en el ámbito social.

- El Acompañamiento Terapéutico realizado con pacientes de insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis se constituyó en un excelente dispositivo o método de intervención terapéutico, que se pudo realizar dentro de un contexto hospitalario y que fue dado con el fin de apoyar y sostener al paciente de manera personalizada, logrando un mayor nivel de autonomía en el paciente y por ende una mejora en su estado emocional.

- El acompañante terapéutico, en este caso el psicólogo investigador, es un agente de salud que tiene como funciones principales reforzar al yo débil del paciente, enlazar las necesidades internas del paciente con las necesidades que el medio le exige e impulsar para superar el aislamiento social y afectivo en el que el paciente se encuentra inmerso como consecuencia de la enfermedad, esto se logra mediante una actitud receptiva, empática y confiable, teniendo en cuenta que debe estar inmerso en un equipo interdisciplinario, tener una supervisión del paciente y estar bajo análisis terapéutico.

- Desde la teoría psicoanalítica el acompañamiento terapéutico, a pesar de que implica una escucha terapéutica no es considerado un análisis; en esta investigación, el proceso realizado se basó en tres elementos fundamentales el vínculo, principal para todo proceso terapéutico; el sostener al paciente por medio del cuerpo, la palabra y la mirada y el sintonizarse con lo que le sucede al paciente; esto da paso a que el paciente explore su Yo, enfrente su angustia interna y logre así reflexionar.

- La teoría humanista, con su representante Carl Rogers, no menciona la palabra Acompañamiento Terapéutico específicamente, pero si habla de la relación de ayuda; el rol del acompañante terapéutico a lo largo de este trabajo fue centrarse en cómo vive el paciente con su problema actual y para ello se considera necesarias y suficientes tres cualidades: empatía, aceptación incondicional y la autenticidad o congruencia; mediante las cuales se logró que el paciente encuentre una solución, tras haber explorado, reconocido y aceptado sus recursos yoicos con el fin de lograr una evolución positiva que facilite su adaptación. Esto se pudo lograr en un 90% de los pacientes de la muestra.

- La insuficiencia renal crónica generó un desajuste en el estado emocional de los pacientes renales investigados, ya que su integridad se ve totalmente afectada y amenazada, por esta razón el paciente experimenta una etapa de crisis inicial y depende como la persona interprete el acontecimiento influirá y determinará el curso final de la crisis y si este no logra adaptarse a su enfermedad el paciente dará paso a la etapa crónica, en donde su vida social, laboral y familiar se verá severamente desorganizada.

- A lo largo de la investigación se ha podido constatar que el ser sometido a hemodiálisis tres veces por semana, durante cuatro horas diarias, los pacientes crearon mecanismos de defensa como forma de aplacar la ansiedad e inseguridad que el Yo siente; por esta razón los mecanismos de defensa más utilizados en estos pacientes son por orden de importancia la negación, demostrada en la no adherencia al tratamiento; el aislamiento, de las personas y de lo externo; la represión, de sus afectos; la proyección, culpando al resto de personas de su enfermedad y la regresión, demostrada con rabietas, impulsividad y demandas de atención permanentes.

- El duelo es la reacción a una pérdida considerada importante, en los pacientes renales analizados, el duelo tiene que ver con la pérdida de su “cuerpo sano”, ya que una parte de este ha dejado de funcionar, por lo que su imagen corporal se ve trastocada; como el paciente pueda elaborarlo depende del apoyo familiar, médico y social que este reciba, ya que si el paciente se siente contenido podrá elaborar más fácil su pérdida no así cuando se encuentra rodeado de un espacio conflictivo y e incapaz de sostenerlo.

- Los diez pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis estudiados en esta investigación desarrollaron trastornos afectivos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión. La ansiedad en el paciente renal está relacionada con situaciones estresantes como el temor a la muerte dadas por el desconocimiento previo de la enfermedad y del tratamiento, el miedo a empeorar y el posible fallo de la máquina dializadora; la depresión en el paciente renal está dada por las pérdidas que este experimenta tras la enfermedad y el

someterse a tratamiento, perdidas de la imagen corporal, autonomía, trabajo, actividades diarias, rol de pareja y familiar, capacidad de elección, bienestar físico, sus sueños y aspiraciones.

- El Acompañamiento Terapéutico con el paciente renal crónico a nivel emocional contribuyó para una mejor adaptación de su enfermedad, se puede decir que el acompañamiento resulto eficiente tras obtener una respuesta positiva de los pacientes de la muestra ya que en un inicio los pacientes se encontraban con un estado emocional negativo y se pudo evidenciar luego del acompañamiento terapéutico una vida emocional más tranquila, el 100% de ellos evidenciaron una mejora en las distintas áreas como en las relaciones familiares y sociales, resolución en la etapa de crisis y con ello la aceptación de la enfermedad representada en la adherencia al tratamiento, la reducción de la ansiedad y de la depresión; por esta razón podemos decir que la hipótesis planteada en un inicio queda comprobada, debido a que el acompañamiento terapéutico si ayudó a mejorar el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

- Como conclusión final puedo decir que este trabajo de investigación animó en mí un interés especial, tanto en lo personal como en lo profesional, ya que desconocía del estado emocional por el que atraviesa el paciente con una enfermedad crónica y más aun con insuficiencia renal, lo que despertó en mí el interés de involucrarme y especializarme en el trabajo con este tipo de pacientes. Además puedo decir que para trabajar con enfermos de insuficiencia renal cónica hay que estar dispuestos y abiertos a investigar y recibir ayuda de las distintas corrientes de la medicina y psicología, con el fin de adquirir mayores conocimientos que permitan abordar al paciente de una manera más integral y efectiva. Por último puedo concluir que en ocasiones y de acuerdo a la problemática que nos enfrentamos como agentes de salud mental, no es necesario recurrir a una postura estricta y distante, en muchas ocasiones basta el estar ahí junto al paciente aportando con nuestro cuerpo y escucha para que logremos disminuir los niveles de estrés y sufrimiento, que se exteriorizan a través de un desorden comportamental, relacional o afectivo.

Recomendaciones

De acuerdo a la investigación realizada se pudo evidenciar algunas fallas y necesidades en el campo de la enfermedad renal y por ende en el paciente que la padece por lo que es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Realizar campañas de prevención y orientación de la insuficiencia renal crónica con el fin de evitar o por lo menos reducir el número de personas sometidas a tratamiento de hemodiálisis.

- Debido a la falta de conocimiento que varios de los pacientes tienen de la enfermedad y del tratamiento hemodialítico, es recomendable crear espacios individuales o grupales brindados por los médicos nefrólogos antes o durante el tratamiento para dar a conocer la información necesaria tanto de la máquina como de la enfermedad y así reducir la incertidumbre que puede desembocar en una ansiedad, además de lograr que los pacientes sean más responsables con su tratamiento y cuidado.

- Intervenir al paciente renal en tratamiento de hemodiálisis oportunamente y con el apoyo de un equipo interdisciplinario que incluya a médicos nefrólogos, psicólogo, enfermeros, nutricionista, trabajadora social, adicionando la colaboración de la familia del paciente, de esa forma podrían sobrellevar el desarrollo de complicaciones y mejorar la calidad de vida.

- Realizar al paciente un acompañamiento psicológico previo al tratamiento de hemodiálisis y también cuando éste se encuentre en los primeros días de tratamiento, con la finalidad de evitar un deterioro emocional; además de ejecutar evaluaciones sobre depresión y ansiedad a los pacientes, para así poder realizar planes de tratamiento que mejoren la supervivencia y reduzca la incidencia de estos trastornos, en este tipo de pacientes.

- Mantener la realización de talleres sobre aspectos psicológicos y físicos de la enfermedad renal ya que fortalecen al conocimiento de su salud emocional, además de abrir un espacio para que la familia logre tener conocimiento y participación activa en la enfermedad del paciente; conservar de igual manera los grupos de apoyo ya que al relacionarse, aprender de vivencias ajenas, compartir su dolor y experiencias con otras personas que atraviesan por lo mismo, el paciente se siente apoyado, contenido y facilita la adaptación a su enfermedad.

- Brindar talleres no solo a los pacientes, sino también al cuerpo médico, pero principalmente al personal de enfermería quienes se relacionan directamente y durante varias horas con el paciente, tratar contenidos que fortalezcan la relación con el enfermo renal, además de brindar un espacio para compartir sus dudas y angustias que muchas veces los pacientes les causan, también como forma de prevenir el tan nombrado síndrome del quemado.

- Realizar más investigaciones y estudios sobre el acompañamiento terapéutico, ya que en el Ecuador el conocimiento e implementación de este método de intervención no solo con los pacientes de insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis así como con pacientes de otro tipo de enfermedades es escaso, además de no tener la información necesaria acerca de este método, por lo que solo es posible informarse vía internet o libros comprados en el exterior.

- Y por último se recomienda a la Facultad de Psicología, incluir dentro de su pensum de estudios, al Acompañamiento Terapéutico, como un recurso indispensable para el tratamiento de pacientes con patologías clínicas y psiquiátricas, abriendo para el estudiante, un importante y nuevo campo de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Arranz, P. Barbero, J. Barreto, P. Bayés R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos modelos y protocolos*. España: Ariel.

Astudillo, W. Mendinueta, C. (1996). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Ecuador: Universitaria.

Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas Rogerianas en la entrevista de la relación de ayuda. *Miscelánea comillas, 136* (Vol. 70). Recuperado de http:// revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/issue/view/47

Barrasa, A. Belloch, A. Carrasco, A. (2012). *Manual de la entrevista psicológica, saber escuchar, saber preguntar*. Madrid. Editorial Pirámide.

Barreiro. T. (2005). *Trabajo en grupo*. Buenos Aires: Novedades educativas.

Bermejo, J. (1998). *Apuntes de la relación de ayuda*. Madrid. Editorial Sal Tarrae.

Bermejo, J. (1998). *Relación de ayuda y enfermería*. Madrid. Editorial Sal Tarrae.

Botella J. (2002). *Manual de nefrología clínica*. Barcelona. Editorial Masson.

Burbano, E. (2006). *DSM-IV, Trastornos del estado de ánimo*. Recuperado de http://www.psicoarea.org/dsmiv_6.htm

Bucay, J. (2004). *El camino de las lágrimas*. Sudamérica. Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uv.es%2Fgonzalbo%2Fbetania%2Fdocs%2Faltres_autors%2FBucay_camino_lagrimas.pdf&ei=5wnjU8X_HpPksASI3oLoBA&usg=AFQjCNF1PZ9uXuT18F0uDgsN54jkgwdQcA&bvm=bv.72676100,d.cWc

Bronstain, V. (s.f.). *Acompañamiento terapéutico*. Recuperado de http://www.valeriabronstain.com.ar/acompanamientoterapeutico.html

Brusco, A. (2001). Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/Elementos.html

Chevez, A. (2010, 02 16). *La primera sesión del curso de acompañamiento terapéutico realizado en la clínica San Miguel en la comunidad de Madrid los días 9-14*. Recuperado de http://www.alejandrochevez.com/2010/02/acompanamiento-terapeutico-unaclinica.html

Córdova, M. (2010). El abordaje psicológico desde Ellis pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica, en edades comprendidas entre los 30 y 65 años del área de hemodiálisis del Hospital Carlos Andrade Marín. (Disertación sin publicar).UPS, Quito.

Cossi, E. (2001). *Consideraciones sobre el acompañamiento terapéutico*. Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uarg.unpa.edu.ar%2Fmaterial%2F2modulo%2Fconsideraciones%2520sobre%2520el%2520acompaniamiento%2520terapeutico.doc&ei=EbsoU-69DaLF0QG5jICwBg&usg=AFQjCNEVyzygTVdXEEg3q33N_Xq_pJFsuQ&bvm=bv.62922401,d.dmQ

Dietrich. G. (1986). *Sobre la psicología del counseling*. Barcelona: Herder.

Farber, B. (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Farreras, R. (2012). *Medicina Interna*. Barcelona, España: ELSEVIER.

Ferreyra,H. Pasut, M. (1997). *Técnicas grupales*. España: Cep S.L.

Freud, A. (1984). *El yo y los mecanismos de defensa*. (4a. Ed.) Buenos Aires: Paidos.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1974). *Paranoia y neurosis obsesiva*. (2a. Ed.) Madrid: Alianza.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Recuperado de http://www.aldevara.es/download/DueloYMelancolia_SigmundFreud.pdf

Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda de Rogers a Carkhuf*. Bilbao: Decleé de Brouwer.

Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Jiménez, F. (2004). *La práctica del consejo psicológico*. España: Club universitario. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=aqtMqDQlIOMC&pg=PA35&lpg=PA35&dq=autenticidad+o+congruencia&source=bl&ots=E9_cViB2DT&sig=L7LNmWlDjZArosBZL6GEgxsdsc&hl=es419&sa=X&ei=AQBpU4qsF5XQsQSAtoCQDw&ved=0CGUQ6AEwCA#v=onepage&q=autenticidad%20o%20congruencia&f=false

Kubler-Rose, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. (4ta ed.) Barcelona: Grijalbo

Kuras de Mauer, S. (2003). *Congreso acompañamiento terapéutico Historia del acompañamiento terapéutico en Argentina*.

Kuras de Mauer, S. (2009). *La construcción de la demanda del AT.*

Kuras de Mauer, S. (2011). Acompañamiento terapéutico, su valor como dispositivo. La función del acompañar*. Imago agenda,* No.149. Recuperado de http://www.imagoagenda.com/uploads/pdfs/imagoagenda_149.pdf

Kuras de Mauer, S.; Resnizky, S. (2003). *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra viva.

Kuras de Mauer, S. Resnizky, S. (1987). *Acompanhamento Terapêutico e Pacientes Psicóticos*. San Pablo: Papírus.

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Magaz, A. (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos.* (Disertación doctoral). Recuperada de: http://es.scribd.com/doc/135470615/2013-Nefrologia-Tesis-Efectos-Psicologicos.

Maldonado, J. (1993). *Tratado de nefrología*. Hemodiálisis principios físicos y químicos y aspectos técnicos.

Marín, A. (2010). *El poder de la escucha*. Recuperado de http://www.cop.es/colegiados/m-03258/elpoderdelaescucha.htm

Maserates, M. (2007). *Qué es un taller*. Recuperado de http://redescubrir.blogspot.com/2007/06/qu-es-un-taller.html

Medine Plus. (2013). *Insuficiencia Renal Crónica: Hemodálisis*. Recuperado de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/dialysis.html

Merino, K. (2011). *Acompañamiento psicológico-Relación de ayuda a pacientes con enfermedades terminales y a sus familiares, enfocado desde la perspectiva de Elisabeth Kubler-Ross y José Carlos Bermejo*. (Disertación sin publicar). PUCE, Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Recuperado de http://www.salud.gob.ec/

Marroquín, M. (1982). *La relación de ayuda en R*. Carkhuff. Bilbao: Cittadella.
Navarro, J. (1995). *Avances en la terapia familiar sistémica*. España: Paidós

Navarro, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. *Información Psicológica,* (Vol. 88). Recuperado de: ISOC

National Kidney Foundation (2003). *Acerca de la insuficiencia renal crónica: una guía para los pacientes y sus familias*. Recuperado de http://www.kidney.org/atoz/pdf/aboutckd_sp.pdf

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse NKUDIC. (2010). *Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: Hemodiálisis.* Recuperado de http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/Hemodialysis/index.aspx
Nesseson, A. Fine, R. (2009). *Manual de diálisis*. Barcelona: ElsevierMasson.

Nevado, M. (2012). *Enfermedades crónicas: luz al final del túnel*. Recuperado de http://www.fundadeps.org/EpsOpiniones.asp?codopinion=63

Nivoloni, J. (2008).El Acompañamiento Terapéutico y la Psicosis. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental, No.*5 (Vol.1). Recuperado de*http://psi.usal.es/rppsm/pdfn5/elacompa%C3%B1amientoterapeuticoylapsicosis.pdf*

Paladines, F. (2000). *Análisis de los Mecanismos defensivos en personas con Insuficiencia Renal Crónica*. (Disertación sin publicar). PUCE, Quito.

Porto, M. & Sereno, D. (1991). *Introdução à Clínica do Acompanhamento Terapêutico: Sobre o Acompanhamento Terapêutico. A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. SanPablo: Escuta.

Pulice, G y Rossi, G. *Acompañante terapéutico*. Aproximaciones a su conceptualización: presentación del material clínico. Buenos aires: Polemos.

Phillips. Adam. (1997). *Winnicott*. Argentina: Lugar.
Raggio, A. Soukoyan, G. (2007). *Grupos de autoayuda y ayuda mutua*. Buenos Aires: Lugar.

Risso, W. (2002). *Cuestión de dignidad*. España: Océano.

Rodríguez, P. (2002). *Morir es nada*. Barcelona: Ediciones B.
Laplanche, J. Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Rogers, C. (1987). *Mutual aidas a mechanism for health promotion and disease prevention, Toronto, Health and Welfare Canada*.

Rogers, C. (1996). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente.* Barcelona. Editorial: Paidós.

Rogers, C. Rosenberg, R. (1989). *La persona como centro*. (2°ed.). Barcelona: Herder

Romero, M (2011). Acompañar ¿a qué? La función del acompañar. *Imago agenda,* No.149.Recuperado de http://www.imagoagenda.com/uploads/pdfs/imagoagenda_149.pdf

Rose, B. (1985). *Fisiopatología de las enfermedades renales*. México: Mcgraw-hill.

Rossi, G. (2003). *EL acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental*. Recuperado de http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientoterapeuticoylosdispositivosalternativosdeatencionalasaludmental.pdf

Rossi, G. (2003). *Historia del acompañamiento terapéutico: movimientos sociales y en Salud Mental en Argentina de los años '60, y surgimiento de esta práctica.* Conferencia Inédita, Buenos Aires.

Rossi, G. (2007). *Acompañante terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.

Rossi, G. *Asistencia, docencia e investigación en acompañamiento terapéutico*. Recuperado de http://www.actoterapeutico.com.ar/areaclinica.php

Salvador, G. (1993). *Enfermedades Renales*. Quito-Ecuador. Editorial Florencia.

Salvaterra, L. (1998). *La Vejez. Una mirada gerontológica actual.* Buenos Aires: Paidós.

Sánchez, E. (2001*). La relación de ayuda en el duelo*. Madrid: Sal Tarrae

Santiere, A. (s.f.). Presentación de la función de acompañar. *Imago agenda*. Recuperada de http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1471

Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión SLANH. (2006). *Registro Latinoamericano de diálisis y trasplante renal.* Recuperado de http://www.slanh.org/index.php/registros

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.

Shuman, R. (199). *Vivir con una enfermedad crónica*. Barcelona: Paidós.

Velasco, M. Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual moderno.

Wachtel, P. (1996). *La comunicación terapéutica principios y practicas eficaz*. España: Descleé de Brouwer.

Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. España: Desclée de Brower

Wikipedia. (s.f.) *Enfermedad crónica*. Recuperada de http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_cr%C3%B3nica

ANEXOS

Anexo A. Análisis de pacientes

Paciente #1

Edad: 53

Sexo: femenino

Estado civil: casada

No. de hijos: dos solteros; una mujer, un hombre

Ocupación: labores de casa

La paciente vive con su esposo con quien está casada hace treinta y dos años; tiene dos hijos mayores de edad quienes están estudiando, refiere que tiene una buena relación con ellos así como con su esposo, a pesar de que él tiene un carácter fuerte. Refiere que en un inicio de la enfermedad se deprimió, lloraba con frecuencia, no aceptaba ir a hemodiálisis, pero sus hijos y esposo la tranquilizaron. Las enfermeras refieren que el esposo no se preocupa de la paciente como en un inicio.

La paciente terminó el bachillerato a los 21 años. En cuanto al campo laboral la paciente refiere que trabajó hace veinte años en la panadería de su hermana, durante siete años, pero que luego dejó este trabajo para dedicarse a la costura, pero que a partir de que fue diagnosticada con IRC, tuvo que dejar la confección. La paciente se dedica a las labores del hogar, refiere no salir frecuentemente y si lo hace, acude a visitar a sus familiares o al supermercado a hacer compras. No le gusta salir a caminar, refiere que se cansa muy rápido.

La paciente lleva tres años en tratamiento de hemodiálisis, a causa de hipertensión arterial que fue diagnosticada hace 14 años, refiere que no le gusta asistir a hemodiálisis ya que le causa angustia, se siente débil, ansiosa, desesperada, tiene miedo de aceptar un trasplante por temor a morir, en ocasiones tiene ganas de salir corriendo. La angustia que refiere sentir aparece no solo en el momento del tratamiento sino que ésta empieza el día anterior de asistir, que en las noches casi no puede dormir. Las enfermeras refieren que es una paciente muy ansiosa y nerviosa, pasa moviéndose siempre durante la hemodiálisis.

Durante la entrevista se puedo notar a una paciente muy inquieta, moviendo sus extremidades inferiores, bastante angustiada y alarmada frente a cualquier sonido que la máquina de hemodiálisis pueda transmitir, le sudan las manos, dolor de cabeza, en ocasiones la temperatura de su cuerpo baja, sin embargo es muy asequible a cualquier pregunta, refiere estar "traumada" ya que vio morir a un paciente en la máquina de hemodiálisis; esta puede ser una de las razones porque los últimos meses ha empezado a sentirse ansiosa y sobretodo la causa de su miedo a morir. No interactúa con los demás pacientes. Se puede ver en la paciente un aislamiento social, no se integra a las actividades que el departamento de nefrología realiza, no ejecuta ninguna actividad. Se puede evidenciar en la paciente una gran necesidad de ser escuchada, mientras se está con la paciente parece que su ansiedad disminuye y se siente más tranquila, algo que no obtiene de su grupo familiar.

Esto se puede corroborar con los resultados que se obtuvieron en el inventario IDARE, antes del acompañamiento terapéutico en donde se pudo establecer que la paciente tiene un alto nivel de ansiedad.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Se pudo observar una paciente totalmente angustiada al momento de recibir tratamiento de hemodiálisis, llanto fácil, temor a morir, se trabaja en un inicio con darle a conocer todo sobre la enfermedad, aclarar las dudas acerca de todo lo que para ella significa la IRC, junto con el doctor especialista. Se trabaja la relación con la máquina dializadora con quien la paciente había establecido una relación atemorizante, desconocía qué es lo que esta máquina le podía aportar; de igual manera se explica su funcionamiento porque emitía sonidos extraños de vez en cuando, lo que la atemorizaba; de igual forma en dos ocasiones se hizo un acompañamiento antes de ingresar a la sala como forma de que la paciente se tranquilice, lo cual dio muy buen resultado.

Se abordó lo que sucedió con el paciente que había fallecido en la sala de hemodiálisis, qué fue lo que ella pensó y sintió durante ese episodio, además de explicar cuáles fueron las causas del deceso del paciente, esto se realizó junto con el especialista y el director del área.

En cuanto al apoyo familiar la paciente lo tuvo en un inicio de la enfermedad, lo que favoreció para que ella acepte seguir el tratamiento, pero en la actualidad el apoyo al menos del esposo no parece ser igual, denota cansancio, prisa el momento de recogerla de hemodiálisis, en la mayoría de veces la espera fuera del hospital.

Durante el acompañamiento se vio un cambio de actitud, empezó a asistir a los talleres realizados, empezó a conversar con el resto de pacientes durante la hemodiálisis, se le veía sonreír e incluso hacer chistes, el sueño había mejorado parcialmente, en ocasiones la paciente se sentía tranquila y no sentía las ganas de salir corriendo, esto se puedo notar tras mantener con la paciente una actitud empática y sobre todo una escucha activa; brindarle un espacio de escucha le reconfortaba; sin embargo la ansiedad no desapareció totalmente, razón por la cual junto con los médicos especialistas se la remitió a psiquiatría y se le administró Spiron para el control de la ansiedad, con lo que refirió la paciente que se sentía mucho mejor durante el tratamiento de hemodiálisis, así como en su hogar.
Además se propuso incluir actividades como leer revistas o algún libro que le guste, en este caso ella empezó a leer la biblia como forma de mantenerse distraída el momento de realizar la hemodiálisis, algo que dio resultado para que la paciente logre disminuir su ansiedad.

Una vez concluido el acompañamiento terapéutico y tras haber evaluado nuevamente a la paciente, el inventario IDARE nos dio a conocer que la ansiedad en la paciente disminuyó de nivel alto a medio; por esta razón se debe continuar con un proceso terapéutico tanto con la paciente, como con los miembros de la familia, para identificar qué conductas afectan y/o reducen la ansiedad en la paciente.

Paciente #2
Edad: 69
Sexo: femenino
Estado civil: viuda
No. de hijos: seis casados; 4 hombres, 2 mujeres
Ocupación: labores domésticas

La paciente vive con su hijo y con su nuera, de quien se expresa cariñosamente y refiere que la relación que mantienen es de mucho respeto, comprensión y cuidado; su esposo de quien refiere que la maltrataba constantemente y con quien se casó a la edad de 14 años, falleció seis años atrás debido a un infarto cardiaco, hecho que en un inicio le causó mucho dolor y que actualmente ha aceptado. No mantiene una relación muy cercana con sus demás hijos porque la mayoría viven en Machala y casi no la visitan, lo que a ella le causa tristeza.

En cuanto a sus estudios, la paciente alcanzó a terminar la escuela, por razones económicas; refiere que siempre le gustó ser independiente, razón por la que siempre le gustó trabajar por su cuenta, se dedicó a la venta de ropa y comida, viajaba de forma constante a diferentes lugares para poder adquirir cosas para vender, a los 50 años dejó de trabajar porque se sentía cansada y desde ese momento hasta la actualidad se dedica a ayudar en las labores del hogar, le gusta mucho la jardinería y tejer.

Menciona que siempre le ha gustado ser sociable, conocer gente, visitar a sus familiares pero que a partir de la IRC las cosas cambiaron ya no puede viajar, ni salir como le gustaba, que a pesar de sentir que su salud se deteriora no ha perdido la amabilidad y las amistades quienes la visitan frecuentemente. Sale a caminar dos veces por semana.

La paciente es diagnosticada con IRC hace 19 meses a consecuencia de la diabetes que la padecía hace 28 años y por la que se inyecta insulina hasta la actualidad. En un inicio empezó con diálisis peritoneal durante 5 meses con la cual manifestó sentirse más cómoda porque la realizaba en su casa y estaba acompañada de su familia, por motivo de una infección tuvo que continuar con hemodiálisis a la cual asiste durante 13 meses, refiere que siempre se pone tensa al estar conectada a la máquina pero que sin embargo es algo que le ayuda a sobrevivir y por ese motivo lo ha tomado con calma, además de no querer recibir un trasplante porque dice que ya no tiene edad para eso.

Al realizar el primer acercamiento y la entrevista se muestra tranquila, chistosa y muy agradecida con nuestra presencia, se nota que es una persona sensible frente a lo que al resto de pacientes les sucede, se lleva y conversa con todos en la sala, pero cuando se trata el tema familiar aparece el llanto; parece que hay situaciones que no han sido elaboradas, además atraviesa un proceso de duelo por el cambio físico que su cuerpo ha sufrido,

menciona varias veces que siempre ha sido muy independiente para realizar sus actividades, salir de viaje y por motivos físicos de la enfermedad ya no puede hacerlo.
Las enfermeras mencionan que se ha adaptado correctamente al tratamiento, siempre está atenta a las órdenes que tiene que seguir y mantiene un buen humor.

A pesar de ser una persona alegre, en los resultados del inventario IDARE antes del acompañamiento terapéutico, se evidencia una ansiedad de nivel alto, más aun al referirse en la ansiedad como Rasgo, y por lo que ella expresa, parece ser debido a situaciones externas más que a la enfermedad física como tal.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Con esta paciente se trabajó en el proceso de duelo por el que está atravesando al darse cuenta que su cuerpo ya no es el mismo, no solo por la enfermedad física sino también por el pasar de sus años; lograr que la paciente pueda adaptarse a este nuevo cuerpo fue un proceso doloroso, muchas de las veces decía que no acepta que ahora ésta sea ella, por lo que se empezó a descuidar, llegando en reiteradas ocasiones a subir de peso, es decir que no estaba siguiendo la alimentación que el enfermo renal debe llevar a cabo, cosa que antes no pasaba. Esto se pudo interpretar como una forma de negación de su realidad, además del conflicto que le causaba el ya no poder valerse por ella sola; tener que depender de los demás habiendo sido siempre independiente, era algo que no podía aceptarlo, por lo que se puede hablar de una etapa de crisis que tal vez en un inicio del tratamiento no se hizo presente.

De igual forma se trataron algunos temas familiares que le causaban mucha tristeza como es el apoyo del resto de sus hijos que no lo sentía, cuenta que casi no le llaman ni la visitan describiéndolos a ellos como “ingratos”. Refiere que el apoyo desde un inicio que supo que tenía IRC hasta ahora solo se lo brindó su hijo y su nuera con quienes vive, él es quien le ha transmitido el apoyo necesario para llevar adelante la enfermedad; parece ser una madre muy sobreprotectora y preocupada por todo lo que les pueda pasar a sus hijos, ésta sería la razón por la que no acepta que uno de ellos done un riñón, para ser trasplantada.

Conforme el acompañamiento se daba y el proceso de duelo iba en marcha, la paciente iba saliendo de su estado de crisis, llegando a la aceptación de que su cuerpo había tomado una nueva forma y con ello, el interés por nuevas actividades que no ponen en riesgo su salud física, pero que le hacen sentir "viva" como ella lo manifestaba. Además empezó asistir en el hospital, a un grupo de apoyo emocional para enfermos crónicos, con lo que se sentía muy a gusto.

La relaciones con sus hijos no mejoraron totalmente, pero si hubo un compromiso para que la visiten y estén en contacto con ella en forma permanente.

Una técnica que ayudó en el acompañamiento con esta paciente fue la personalización, se trabajó lo que ella hace para mantener el problema y qué está haciendo para poder remediarlo, mediante el uso de sus propios recursos.

En la paciente una vez concluido el acompañamiento se observó una reducción de su estado de ansiedad como rasgo, de nivel alto a bajo, y la ansiedad como estado, de nivel alto a medio, lo que indica que el acompañamiento terapéutico cumplió su objetivo.

Paciente #3
Edad: 65
Sexo: femenino
Estado civil: viuda
No. de hijos: un hombre, casado
Ocupación: ninguna

La paciente vive sola en una casa hogar desde hace dos meses, antes vivía con su hijo, pero por problemas con su nuera, mujer de carácter muy fuerte, decidió irse de forma voluntaria; extraña mucho a sus nietos, quienes la han visitado dos ocasiones en el hospital antes de realizarse la hemodiálisis; su esposo murió hace más de 15 años en un accidente de tránsito. Refiere que siempre visita a sus hermanos en Manabí de quienes se expresa con cariño al referirse que siempre se preocupan por ella. Ella se mantiene con la pensión que recibe del gobierno.

La paciente no culmino el colegio, llego hasta quinto curso debido a que decidió casarse y con ello se mudó a Quito; refiere que siempre ha sido una mujer trabajadora por lo que empezó a hacerlo desde los 20 años, como empleada doméstica y costurera, para luego pasar a tener un tienda, que seis años atrás vendió por motivos económicos, siempre se preocupó de lo económico en su hogar, ya que su esposo no lo hacía.
Refiere ser una mujer activa, siempre le gustaba viajar de un lugar a otro, que por su carácter ha podido conocer a muchas personas pero que no le gusta relacionarse muy a fondo.

La paciente lleva en tratamiento de hemodiálisis siete años, tras haber llegado al hospital por una recaída a causa de la diabetes diagnosticada hace diez años. Refiere que un inicio, no aceptaba recibir tratamiento, acudió a varios médicos pero todos le decían lo mismo; además de sentirse culpable por no cuidarse, pensaba que pronto moriría.

Al realizar la entrevista se puede ver una paciente un poco nerviosa debido a que la fistula está infectada por lo que se queja constantemente, al hablar con ella notamos que evade hablar del tema familiar, parece ser que se encuentra vulnerable y resentida con su hijo y nuera a pesar de referir que “todo está bien”. En cuanto a la hemodiálisis refiere no sentirse a gusto a pesar de realizarla varios años, le duele el brazo constantemente, no tiene buena relación con el personal de enfermería sin embargo manifiesta una actitud de cuidado solamente hacia ella, algo que no se puede hacer, habla malas palabras y hace berrinche, cuando no es atendida de inmediato, se evidencia falta de aseo personal, baja de peso, además de un fuerte deseo de ser cuidada. Refiere que extraña muchos a sus nietos quienes en esa ocasión la visitaron en el hospital.

El personal médico refiere que desde que la paciente vive sola, su actitud y estado de ánimo han cambiado significativamente, se ha vuelto descuidada, se muestra enojada y triste la mayoría del tiempo.
Antes de realizar el acompañamiento la paciente de acuerdo al inventario IDARE evidencia altos niveles de ansiedad como rasgo y como estado, esto al parecer está dado por la falta de apoyo familiar.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

En la paciente se trabajó el cuidado que debe tener frente a la enfermedad, ya que se evidenciaban frecuentes descuidos con la fistula; además de explicar la funciones que la enfermas cumplen con el resto de pacientes, no solo con ella ya que se evidenciaba una fuerte necesidad de ser cuidada por lo que los mecanismos defensivos como regresión y proyección se hicieron presentes, para lo cual se trabajó primeramente en temas netamente familiares que al parecer estaban causando estas conductas, al principio mostró resistencias con este tema, pero conforme avanzó el acompañamiento, el tema fue tratado a fondo y junto a la trabajadora social, quien sabia la relación familiar a la que la paciente se enfrentaba, se trabajó en mejorar la relación con su hijo y su nuera, la paciente regreso a vivir a casa con su hijo pero bajo las reglas que esta familia había planteado. Además al iniciar con los talleres la paciente asistió junto a su hijo y nuera, esta última desconocía todos los procesos psicológicos por los que un paciente con IRC atraviesa, hecho que fue de gran ayuda para que la paciente se sienta comprendida, mas no rechazada.

El trabajar la relación con su hijo hizo que la paciente vaya cambiando su forma de relacionarse con el personal médico, al parecer la ira que tenía con su hijo y nuera era proyectada en cada uno de ellos; se usó con esta paciente la escucha activa y la técnica de la confrontación para que la paciente note la contradicción entre lo que dice y lo que hace, ya que decía sentirse bien y no necesitar de nadie, cuando se evidenciaba descuido, no comía, caídas frecuentes, es decir que la paciente ya no podía valerse por sí misma y necesitaba ser cuidada, no solo por la enfermedad sino también por su edad.

Se trabajó en el duelo corporal que la paciente debía enfrentar al reconocer que necesitaba ser cuidada, algo que fue muy doloroso que llegase aceptar, pero que sin embargo finalmente lo logró.

Al concluir el acompañamiento la paciente se le veía con un mejor estado de ánimo, en ocasiones se mostraba chistosa con los compañeros, su cuidado personal había mejorado, en ocasiones la nuera con quien en un inicio tenía fuertes problemas era quien iba a dejarla y recogerla de hemodiálisis, evidenciando una mejor relación entre ambas.

La paciente es remitida a terapia individual y familiar para que así la convivencia vaya mejorando.

Al tomar nuevamente el inventario IDARE la paciente muestra una ansiedad como estado en nivel bajo, no así al referirse a la ansiedad como rasgo que se mantiene a nivel medio.

Paciente #4
Edad: 53
Sexo: masculino
Estado civil: divorciado
No. de hijos: dos hijos, un hombre y una mujer
Ocupación: labores domésticas

Paciente divorciado hace seis años, debido a una traición de parte de su ex esposa, refiere que esto le dolió pero que lo está superando, no tienen contacto con su hijos a partir de este suceso, hecho que le causa mucha nostalgia, al parecer existen resentimientos de por medio; desde que se divorció se mudó a vivir en un departamento en la casa de su padre con quien no mantiene una buena relación por motivos económicos. Mantiene una excelente relación con una de sus hermanas a quien ayuda económicamente, no así con el resto de hermanos con quienes conversa solo por temas relacionados con su padre.

Mantiene una relación de pareja hace seis meses, refiere que en ocasiones es muy celoso e inseguro, tiene miedo que le traicione como su ex mujer.

El paciente terminó la secundaria y luego ingreso a la FAE, institución a la que nunca se acopló por el trato que recibía, pero que esperó hasta poderse retirar; una vez fuera de esta institución como sargento en estado pasivo, empezó a trabajar como guardia de seguridad hasta que tras ser diagnosticado con IRC ya no podía seguirlo haciendo, por los horarios y sobre todo por el malestar físico de su enfermedad que se mantiene hasta la actualidad. En la actualidad realiza las tareas del hogar, él mismo se cocina, lava su ropa, limpia la casa; se mantiene con la pensión de la FAE.

En el ámbito social refiere que no sale mucho, no frecuenta a sus amigos, visita a su hermana y a su novia, no realiza ninguna otra actividad, refiere que nada le causa placer como antes.

El paciente es diagnosticado IRC hace 40 meses a causa de la diabetes; refiere que fue internado de inmediato y recibió tratamiento de hemodiálisis luego de dos días, el aceptó pensando que esto iba a ser pasajero, pero que ahora que sabe que es para toda la vida le cuesta adaptarse y conformarse con la enfermedad. Ha tenido frecuentes recaídas, que han tenido que ver con el cuidado de la fistula; estuvo en estado de coma durante cuatro días debido al aumento de azúcar en la sangre (hiperglucemia).

Refiere que hace un año atrás fue diagnosticado con depresión, pero que no siguió las órdenes del psiquiatra. A pesar del tiempo transcurrido en hemodiálisis se siente solo, le causa angustia, en ocasiones ha pensado en morirse, siente que no vale nada.

Al entrevistarnos con el paciente se encuentra irritado, le duele la cabeza y tiene calambres en las extremidades inferiores, al parecer las consecuencias físicas siguen presentes en el paciente. Sin embargo es un paciente dispuesto a colaborar, se muestra amable y como muchas deseos de ser escuchado. Es un paciente con labilidad emocional frecuente a la hora de hablar sobre su enfermedad, al referirse al tema familiar que involucra a sus hijos y a su padre, llora, al parecer la poca o nada relación que tiene con ellos es la causante de la depresión a la que se enfrenta.

Las enfermeras y los médicos que atienden al paciente refieren que es un paciente muy triste, no interactúa con el resto de pacientes, se muestra desinteresado por lo que pasa o puede pasar con el tratamiento, en ocasiones sube de peso, en otras baja.

Al tomar el inventario IDARE el paciente muestra en un alto nivel de ansiedad como rasgo, pero más aún al referirse a la ansiedad como estado.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Al realizar el acompañamiento el paciente se encontró muy dispuesto a colaborar, al brindarle nuestra presencia y sobretodo nuestra escucha poco a poco se fue evidenciando un cambio emocional; las primeras semanas el paciente atravesaba por una depresión , lloraba frecuentemente al hablar de sus hijos y padre algo que no ayudaba a que el paciente logre aceptar su enfermedad, por lo que se trabajó en ello durante algunas semanas y durante varias horas; el sentirse escuchado y comprendido hizo que el paciente mejorar su estado emocional y se expresara con palabras como “gracias por ser un apoyo”, “solo necesitamos una compañía y ser escuchados”.

Con el paciente además se trabajó en la relación con su ex esposa, eso le generaba inseguridad en su nueva relación; además de la angustia que le transmitía las consecuencias físicas, pensando que su enfermedad empeoraba con esto, muchos de los pacientes no tenían claras las consecuencias, hechos que los asustaban, por lo que también se trabajó en este tema con el paciente.

La relación con su padre no mejoró, pero el decidió no tomar parte de las decisiones que él tome, en una ocasión buscó a sus hijos y logró hablar con ellos, algo que lo puso muy feliz. Al parecer la relación con su pareja tomó fuerza y empezó a verla como un apoyo, algo que pare él era difícil, decidieron irse a vivir juntos para mejorar y afianzar la relación, tenían planes de matrimonio, lo que favoreció a que el paciente se preocupe más de su enfermedad, a su vez mejoró también la alimentación.

La depresión fue superada y con ello la aceptación de que la enfermedad forma parte de su vida. Al hablar con el paciente se lo notaba tranquilo y más calmado, el paciente interactúa un poco con los demás pacientes antes de realizar la hemodiálisis y durante el tratamiento escucha música, refiere que lo relaja. Con su pareja realizan mas actividades como salir a caminar los días que no tiene hemodiálisis, visitan a su familia, realizan reuniones en su casa, algo que refiere lo hace sentir en paz y alegre, realiza actividades compartidas en el hogar como limpiar la casa, cocinar, etc.

Al tomar el inventario IDARE nuevamente, se pudo establecer un nivel de ansiedad bajo en la vida general del paciente, no así al momento de realizar la hemodiálisis, en donde el paciente mantiene un nivel de ansiedad medio.

Paciente #5

Edad: 74

Sexo: masculino

Estado civil: separado

No. de hijos: dos hijas mujeres

Ocupación: labores domésticas

El paciente vive con su hija de diez y ocho años quien es madre soltera de un bebé de dos años; hace ocho años su esposa viajó a España con su otra hija de veinte y dos años para buscar una mejor economía y mantuvieron la relación a distancia por dos años la cual no estaba bien y ambos decidieron dar por concluida la relación, a partir de ese suceso solo se comunican por temas de sus hijas. Mantiene una relación problemática con su hija con la que vive ya que refiere que tiene “mal genio” y no le ayuda en nada en la casa; el paciente cuida de su nieto refiriéndose a él como la única alegría que tiene.

El paciente estudió la escuela primaria y por motivos económico no ingreso a la secundaria, desde muy pequeño trabajó en la agricultura hasta cumplir diez y nueve años que ingresó a formarse como soldado en el ejército, hasta que se retiró como sargento; una vez fuera de la institución militar trabajó como ayudante en el Comisariato de Ejercito por diez años y por último trabajó como chofer de taxi, con lo que refiere que empezó a tomar alcohol todos los fines de semana, pero que con el nacimiento de su nieto dejó de hacerlo. Se mantiene con la pensión del ejército.

En cuanto a lo social el paciente refiere que todo es diferente a partir de ser diagnosticado con insuficiencia renal crónica, pasa en casa, no ve a sus amigos con antes, en muy pocas ocasiones juega póker con sus amigos.

El paciente hace ocho meses inició con la hemodiálisis a causa de la hipertensión arterial, refiere no haber tenido recaídas, sin embargo las consecuencias físicas propias de la enfermedad como dolor de cabeza, náuseas, mareos que le ocasiona el tratamiento le

molestan y no se acostumbra. Refiere que es muy duro no poder realizar las mismas actividades de antes.

Al realizar la entrevista al paciente se lo nota cansado, preocupado porque no puedo dormir bien, muy gustoso a colaborarnos. Se puede notar un paciente bastante ansioso y muy alerta al momento de estar conectado a la máquina de hemodiálisis, le sudan la manos, sin embargo al preguntarle cómo se siente evade la pregunta refiriendo que se encuentra “bien” al hablar de su enfermedad; no interactúa con el resto de pacientes, al hablar de su familia se muestra triste, la voz se le quiebra.

La enfermeras refieren que el paciente cumple con las indicaciones dadas por los médicos, pero que al momento de realizar el tratamiento de hemodiálisis se muestra irritable, nervioso, callado, en ocasiones llora y siempre es el último en hacer que lo conecten a la máquina dializadora.
De acuerdo al inventario IDARE antes del acompañamiento el paciente tiene un alto nivel de ansiedad como rasgo y como estado.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Al paciente se lo pudo notar desde un inicio nervioso y preocupado al realizar la hemodiálisis y por esta razón se empezó trabajando en la relación con la máquina y el significado de la hemodiálisis. Conforme avanzaba el acompañamiento el paciente iba tomando más confianza para hablar, para él era doloroso no poder realizar las mismas actividades que antes solía hacer; “parece que mi cuerpo hubiera muerto” nos decía haciendo referencia a que no es el mismo, que no tiene la misma energía y vitalidad que antes, por lo que se trabajó en el duelo por el que atravesaba; para muchos pacientes que han estado dentro de la vida militar o han llevado un estilo de vida activa, su cuerpo siempre ha expresado vitalidad y fuerza, razón por la cual para ellos es difícil y doloroso aceptar un cuerpo que no puede realizar las mismas actividades; para llegar a esta aceptación tanto de su cuerpo como de su enfermedad, se buscó nuevas actividades que le permitan resignificar su cuerpo, como la bailoterapia, la caminata, entre otras.

Además se trabajó en la desconfianza en sí mismo, que el fracaso matrimonial había causado, hecho que en varias ocasiones lo evadió pero que resultaba doloroso aun.
Conforme el acompañamiento avanzaba y tras el paciente sentirse reconocido y acogido por el otro, en este caso por el acompañante, se pudo notar un sujeto más tranquilo no solo al momento de realizar la hemodiálisis sino también al hablar de temas familiares y de su enfermedad. Además se observó que la socialización con el resto de pacientes era mejor, hablaban y discutían de algunos temas de interés; el paciente refiere que el miedo a la máquina desapareció y que el realizar actividades como la bailoterapia lo relaja, además menciona el interés de comprar un auto para ingresar a una compañía de taxis.

Refiere además que las relaciones con su hija no mejoran, al parecer la hija tiene algunos resentimientos con su padre.

El sueño no mejoraba por completo por lo que el médico nefrólogo remitió a psiquiatría y el paciente empezó a tomar media pastilla de Tendiol, con lo que refiere que mejoró su sueño. Se lo nota seguro, estable y lo más importante, menos nervioso.

Al concluir el Acompañamiento Terapéutico la ansiedad como rasgo se encuentra en nivel medio y en cuanto a la ansiedad como estado el nivel es bajo.

Paciente #6
Edad: 60 años
Sexo: masculino
Estado civil: casado
No. de hijos: tres hijos varones
Ocupación: ayudante de ferretería

Paciente casado hace treinta años, vive con su esposa y tres hijos varones mayores de edad. Refiere que su familia lo es todo, es un esposo consentidor y un padre sobreprotector con sus hijos y ellos con él, es muy estricto a la hora de tomar decisiones y respecto a las reglas que se llevan en casa, los cuatro mantienen una buena relación, siempre están unidos para todo. En cuanto a sus hermanos mantienen una relación cercana con sus dos

hermanos varones pero refiere que con la hermana mayor tiene una excelente relación, lo visita todas las semanas.

Al terminar la secundaria se dedicó trabajar en varios lugares hasta que al cumplir veinte y un años decide entrar en la Marina, en donde pasaba a bordo de los buques de guerra, además relata con asombro y tristeza que ayudó al rescate de personas en el accidente ocurrido en 1973 tras el hundimiento del “Barco Jambelí”, tras esto fue diagnosticado con trastorno de estrés postraumático. Refiere que fue un buen estudiante, destacado, responsable y muy querido dentro de la Marina. Hace once años se retiró de la Marina ya que fue diagnosticado con Depresión a la que trató mediante hipnosis.

Luego de esto el paciente instala una ferretería, que años más tarde vendió a su hermano y que en la actualidad le ayuda los días que no asiste a hemodiálisis y los fines de semana.
En cuanto al ámbito social refiere que antes de la enfermedad frecuentaba el club, a sus amigos, a su familia, que le gustaba viajar mucho con su esposa a Manta, pero que en la actualidad ha dejado de hacer ese tipo de actividades, menciona que no se siente apto para reunirse con amigos, no quiere que lo vean como inútil. Ha dejado de nadar, de jugar póker. Camina con la esposa tres veces a la semana durante 45 minutos. Refiere que no solo quiere dedicarse a su familia.

El paciente recibe hemodiálisis hace nueves meses debido a una glomerulonefritis, refiere que le ha costado adaptarse a la enfermedad tanto como al tratamiento, lo hace por sus hijos, en ocasiones quiere dejar de asistir pero su esposa le da fuerzas, se siente mal porque no pensó llegar a depender de otras personas como médicos, enfermeras y la familia. El paciente se niega a recibir un trasplante de riñón de parte de uno de sus hijos por miedo a perderlo y a que no pueda hacer su vida normal.

Al entrevistarnos con el paciente denota silencio y confusión con nuestra presencia, pero una vez explicado él por qué, se muestra abierto a dialogar acerca de lo que siente, al parecer su mayor preocupación es su familia, refiere que no quiere perderlos ni dejarlos solos, se muestra muy sensible, llora de inmediato al hablar de sus hijos y de la fragilidad de su cuerpo; además no se siente bien sin realizar las mismas actividades; por lo que ha escuchado de la enfermedad tiene miedo a morir, se evidencia anhedonía. Se encuentra

muy sobreprotegido de su hijos y esposa, menciona que en la casa todo cambió de papeles “yo ya no les cuido, ahora todos se han volcado a cuidarme”.
Con el resto de pacientes no interactúa, utiliza audífonos cuando está sólo, como forma de distraerse de lo que le pasa al resto. El personal médico refiere que es un paciente tranquilo, muy sobreprotegido por la familia, no le dejan hacer casi nada, no quiere realizarse el trasplante renal por miedo a morir.

En cuanto al inventario IDARE el paciente se encuentra en un nivel de ansiedad alto a referirse como estado y al hablar de rango el nivel de ansiedad es medio.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Al acompañarlo al paciente se muestra intranquilo, por su familia, llora constantemente, atraviesa por un episodio depresivo, refiere que el estar sobreprotegido por su familia no le agrada ya que no puede hacer nada, por esta razón se trabajó en la independencia del paciente. El paciente no quería aceptar el trasplante por miedo a la muerte por lo que se trabajó junto con el especialista nefrólogo, en despejar las dudas que el paciente tenía respecto de los miedos, los problemas y sobretodo los beneficios para su vida.

El paciente de igual manera atraviesa por un duelo, debido a la pérdida de sus funciones físicas, ya que como se explicó antes, el pasar de activo a inactivo es duro para los pacientes con una vida militar, por lo que se trabaja en que el paciente logre aceptar esta pérdida que no es del todo, para que desaparezca el aislamiento utilizado como mecanismo defensivo y pueda integrarse nuevamente con todo lo que lo rodea así como relacionarse de forma diferente con su cuerpo.

Los talleres brindados en el acompañamiento sirvieron tanto al paciente, como a la esposa, para que pueda darse cuenta dela etapas que el paciente atraviesa, así como para ayudar a la independencia que ellos deben mantener, de lo contrario facilitan a la regresión.

Conforme avanzó el acompañamiento el paciente empezó a interesarse en ser trasplantado, y tras darle ánimo decide realizarse los análisis correspondientes para hacerlo.

De igual forma comenta que ha decidido visitar más seguido a sus amigos, invitarles a su casa a cenar, además decide darse unas vacaciones con su esposa a Manta y realizarse la hemodiálisis allá (coordinación encargada por el hospital). Se muestra muy agradecido con el acompañamiento, refiere que le ha permitido sentirse mucho más útil, se lo ve alegre.

Tras los resultados obtenidos con el inventario IDARE una vez concluido el acompañamiento, el paciente disminuyó la ansiedad a un nivel bajo, en su vida general como el momento de realizarse a hemodiálisis, evidenciándose así una gran ayuda brindada al paciente.

Paciente #7
Edad: 67
Sexo: masculino
Estado civil: casado
No. de hijos: dos hijos casados; un hombre, una mujer
Ocupación: ninguna

El paciente contrae matrimonio a los 26 años, refiere que en un inicio fue difícil ya que su esposa no podía quedar embarazada y luego de ochos años pudieron ser padres de su primer hijo varón y luego de un año tuvieron la mujer, los dos hijos están casados ahora; el paciente vive con su esposa de quien dice que es buena pero que no lo atiende, se preocupa más de sus hermanos, con su hija mantiene una buena relación no así con su hijo quien decidió según él, casarse con una mujer que no le conviene. Con sus hermanos dice no mantener una buena relación ya que los describe como “aniñados”, además de no estar pendiente de él ni de su enfermedad, que nunca recibió buen trato de ellos.

El paciente estudió hasta tercer curso, por motivos económicos no pudo concluir la secundaria, al ver que su familia no le daba el apoyo necesario empezó a trabajar en el campo, a los diez y nueve años ingresó a la escuela de soldados del ejército, refiere que no le gustaba por el maltrato que recibía pero que sin embargo se mantuvo durante veinte y tres años hasta poder retirarse de sargento primero por los servicios cumplidos y recibir la pensión con la que se mantiene hasta la actualidad. Seguidamente obtuvo la licencia

profesional para trabajar durante varios años como chofer, actividad que dejó tras ser diagnosticado con IRC.

Refiere que siempre le gusto salir y divertirse, las fiestas, el alcohol, pero que ahora ya no lo puede hacer debido a la enfermedad. La única actividad que realiza es salir a comer fuera de la casa los fines de semana.

El paciente lleva tres años realizando hemodiálisis a causa de la hipertensión arterial diagnosticada hace ocho años. Refiere que un inicio de la enfermedad tenía mareos, dolores de cabeza, se le quitaba el sueño; ahora dice sentirse angustiado cada vez que tiene que recibir tratamiento. Es candidato a diálisis peritoneal, pero no acepta ya que refiere no tener quien lo cuide, por lo que los médicos intentan hablar con la familia para su traspaso.

Al entrevistarnos con el paciente no se lo ve angustiado más bien se lo nota tranquilo y descansado. Refiere que es la primera vez que alguien le pregunta cómo está y cómo se siente. Mecanismos de defensa proyección y negación, al parecer el paciente culpa al resto de personas de lo que le sucede, además de tener sentimientos no resueltos con sus hermanos. Se queja constantemente de las personas que lo rodean, que no lo ayudan y que de alguna manera todos son culpables de su enfermedad, como forma de que todos se hagan cargo de su enfermedad menos él. Frente a cualquier dolencia el paciente acude a diferentes médicos como forma de calmar la angustia, lo que demuestra que su enfermedad no es aceptada.

Se muestra pesimista con su enfermedad y hacia el futuro expresando “que no valdría de nada recibir un trasplante, si igual va a morir”.

Las enfermeras se refieren a él como un paciente que se “queja” mucho de todos y de todo, parecería ser un caso hipocondríaco.

Antes del acompañamiento los resultados del inventario IDARE nos dicen que el paciente tiene la ansiedad como estado y como rasgo a un nivel alto.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Durante el Acompañamiento el paciente parecía sentirse tranquilo, se pudo ver que es un paciente que demanda mucho el cuidado del personal de enfermería así como de su familia. El paciente culpa al resto de lo que le sucede, evidenciando así la proyección como forma de proteger su angustia, no se evidencia tristeza en el paciente más bien se hace presente una especia de compasión que le resto debe tenerle por esta con IRC.
Se pudo ver que el paciente no tiene el cuidado que debería con la fistula, lo que demostraba la falta de adhesión al tratamiento, tras ser congruente con el paciente y haber obtenido la confianza necesaria se trabajó en que tome responsabilidad de su enfermedad, teniendo los cuidados que esto conlleva.

También se trabajó en el miedo que la IRC generaba en el paciente, cualquier manifestación física, lo relacionaba con la muerte y se logró que el paciente enfrente ese miedo por medio de técnicas como la confrontación; además de trabajar mucho con la imaginación del paciente tomando en cuenta situaciones de la IRC que le causan temor, cómo reacciona y cuál sería la mejor forma de enfrentarlo, para que reinterprete sus sensaciones corporales y así lograr que se vaya acercando y aceptando a su enfermedad.

De igual manera se trabajó en la autoestima del paciente para que logre por sus propios recursos internos darse cuenta de lo que vale y cuáles son su potencialidades; con esto el paciente empezaba a enfrentar los problemas de su vida cotidiana y matrimonial, empezó a tomar decisiones en su hogar, consultando en un inicio como forma de ser aprobado, por lo que se tuvo que trabajar en este punto.

Se ve en el paciente cambios favorables para su vida, ya no acude a diferentes consultas médicas ya que además los dolores que manifestaba tener frecuentemente, como dolor en el pecho, barriga o extremidades han desaparecido. No se lo escucha hablar de las personas que lo rodean en forma negativa como lo hacía, además ha decidido asistir a un grupo cristiano al cual años atrás pertenecía.

Se mantiene callado de igual forma con el resto de pacientes pero ya no insiste en el cuidado de las enfermeras, situación que antes era molestoso para ellas también.

Al concluir el acompañamiento y tras ser evaluado nuevamente con el inventario IDARE, el paciente tiene una ansiedad como estado a nivel medio contrario a esto la ansiedad como rasgo está en nivel bajo.

Paciente #8

Edad: 58

Sexo: masculino

Estado civil: casado

No. de hijos: cuatro hijos varones solteros

Ocupación: ninguna

Paciente casado hace treinta y cinco años, vive con sus cuatro hijos, con quienes mantiene una buena relación pero que sin embargo se reconoce como de carácter fuerte, impaciente y que siempre le ha gustado que se cumplan las reglas; refiere que su esposa es tranquila y conciliadora con él y con sus hijos, dice que son muy unidos y que son su apoyo para la enfermedad.

Terminó sus estudios primarios y secundarios en Bolívar, refiere que siempre fue un excelente alumno; a los diez y nueve años se mudó a trabajar en Quito y decidió entrar al ejército del cual se retiró con la primera antigüedad, hecho que lo llena de alegría y orgullo y a la vez de dolor ya que se retiró a causa de la IRC, hecho que lo describe como insuperable. Estuvo en la Guerra del Cenepa en 19881, en la vida militar refiere ser muy querido y muy recordado, esto evidencia con algunos de los pacientes de la sala que saben de su trayectoria.

En cuanto a lo social refirió que siempre asistía a reuniones, eventos con amigos del ejército y con su esposa, salía frecuentemente de paseo con su familia, además de tener una vida muy activa, le gustaba realizar ejercicios físicos, siempre le gustó verse bien y ser autosuficiente en todo. Con la enfermedad refiere que su estilo de vida cambio por completo, se evidencia llanto al hablar de esto.

El paciente asiste a tratamiento de hemodiálisis hace veinte siete meses a causa de la enfermedad renal poliquística diagnosticado hace 5 años. Se encuentra en espera para realizarse los estudios pertinentes para un trasplante de riñón ya sea de un paciente

cadavérico. Tiene anemia crónica y refiere que asiste a hemodiálisis solo por sus hijos y esposa que le han pedido mas no por voluntad propia; dice que “quisiera morirse”, se siente “inservible”.

Al realizar la entrevista con el paciente se muestra callado, cansado, muy delgado y sensible al hablar de su enfermedad, llora fácilmente, se le corta la voz; al parecer atraviesa por una depresión, no se alimenta bien, solo quiere dormir para no recordar su enfermedad. No tiene gusto ni gana de las cosas diarias, no duerme bien, refiere que no tiene energía para nada, se mantiene siempre en silencio y cerrado los ojos cuando asiste a hemodiálisis.

El personal de enfermería refiere que se lo ve triste, no habla, no interacciona con ninguno de los pacientes.

Antes de realizar el acompañamiento terapéutico de acuerdo al inventario IDARE, el paciente se encuentra con un alto nivel de ansiedad como rasgo, no así como estado en donde su nivel de ansiedad está en nivel medio.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Desde un inicio se trabajó con el paciente por la depresión que atraviesa como forma urgente, en un inicio el paciente hablaba poco y respondía con preguntas cortas sí o no, conforme avanzaba el acompañamiento pudimos ver la preocupación del paciente era no poder recibir un trasplante, además del deterioro de su salud física, ya que siempre gozó de un buen estado. Junto al médico especialista se explicó y aclaró todas las dudas y miedos que el paciente tenía respecto al trasplante de riñón, cuáles eran las posibles fallas y cuidados; también se trabajó en el hecho de que no funcionara el riñón, hecho que le causaba angustia y era un factor importante para la depresión.

Se trabajó también en la causa principal de la depresión que fue el vínculo que el paciente había creado con la vida militar ya que siempre fue un ejemplo para el personal militar y se sintió orgulloso de todo lo que logró; esto fue muy difícil que el paciente logre abordarlo y sobretodo elaborarlo, pero gracias a la confianza adquirida con los días y tras dar mayor acompañamiento a este paciente se dio paso para que pueda hacerlo, mucha tristeza y

angustia denotaba al no poder seguir ejerciendo su profesión, en ocasiones no lograba salir de su estado de culpa o de ira contra sí mismo pero tras elaborar el duelo, logró aceptar y entender que su vida sigue y tiene nuevas actividades por hacer.
El paciente se veía más adherido al tratamiento hemodialítico, empezaba alimentarse de mejor manera, lo que era benéfico para su salud y para el tratamiento, empezó además a tomar el medicamento adecuado, esto con el apoyo brindado por las enfermeras, médicos y la familia quienes visitaban frecuentemente al médico con el fin de informarse como avanza el paciente; el sueño estaba mejorando.

Al parecer el acompañamiento en este paciente promovió un cambio, el sentirse apoyado, además de asistir a los talleres y evidenciar que mucha más gente atraviesa por lo mismo lo hizo sentir más estable, el saber que el dolor lo puede compartir con otros facilitaba su recuperación; en los talleres era de los que siempre tenía preguntas, se animó a compartir experiencias con el resto de pacientes.

En casa al parecer el estado emocional del paciente iba modificándose, nos comentaba que ayuda en las tareas del hogar, se integraba en la mesa con sus hijos y esposa, acto que había dejado de hacerlo. Empezaba a preocuparse por lo que le sucedía a sus hijos y esposa, de igual forma el trato con los pacientes del hospital había mejorado, ya no dormía mucho, veía la televisión o escuchaba música.

Una vez concluido el acompañamiento se habló con la psicóloga encargada del área para que realice un seguimiento con el paciente.

Al tomar el inventario IDARE al finalizar el Acompañamiento, el nivel de ansiedad como rasgo cambió a nivel medio y como estado, a nivel bajo.

Paciente #9
Edad: 65
Sexo: masculino
Estado civil: casado
No. de hijos: cuatro hijos; dos mujeres, dos varones
Ocupación: labores del hogar

El paciente se casó a los veinte y cinco años, a los veinte y ocho tuvo su primera hija y luego el resto de hijos con dos años de diferencia cada uno, el paciente vive con su tercer hijo quien no es casado a diferencia del resto, refiere que se lleva muy bien con ellos, que les brinda apoyo económico y moral; refiere que tiene cinco nietos con quienes se ha encariñado mucho, al hablar de su esposa sus ojos se llenan de lágrimas ya que es su mayor apoyo, llevan cuarenta y cuatro años juntos. Visita a sus hermanos a quienes aprecia mucho, refiere que su hermano mayor murió de IRC hace cinco años, hecho que al parecer no lo ha superado, teme que le suceda lo mismo.

Terminó la secundaria y empezó a trabajar en la importadora de Mercedes Benz a sus diez y ocho años, por el lapso de dos años, ya que le apasionaban los carros, quería seguir la universidad pero económicamente no tenía como. A los veinte años ingresa a la fuerza aérea a escondidas de su padre ya que no quería que ingrese; al cumplir treinta años de servicio se retiró porque ya se sentía cansado.

En cuanto a lo social refiere que siempre fue muy amiguero, que asistía a clubs de la fuerza aérea en donde se reunía con sus compañeros a realizar actividades como nadar, jugar vóley, jugar póker. En la actualidad prefiere pasar en casa con su familia, ayuda a su esposa en las labores de hogar, le gusta mucho cocinar.

El paciente desde hace siete años realiza tratamientos de hemodiálisis, a causa de la diabetes diagnosticada hace 35 años, por lo que se inyecta insulina todos los días; refiere que no ha tenido ninguna recaída grave, que al inicio de la enfermedad logró adaptarse fácilmente pero que a partir de la muerte de su hermano y de algunos de los pacientes de hemodiálisis, se siente muy ansioso y nervioso al momento de realizar hemodiálisis.

Durante la entrevista el paciente se muestra muy colaborador con nuestras preguntas, pero se lo nota bastante preocupado y angustiado, se mueve constantemente mientras está conectado a la máquina, pregunta frecuentemente los porcentajes que ésta arroja. Al hablar de su familia se nota tranquilo y con gran orgullo habla de ellos; al recordar la muerte de su hermano llora, al aparecer es un duelo no resuelto.

Las enfermeras refieren que es un paciente tranquilo y obediente con todo lo referente a la enfermedad, pero que se ha evidenciado una intranquilidad en el momento de estar conectado a la máquina.

De acuerdo a los resultados antes del acompañamiento según el inventario IDARE la ansiedad como estado se encuentra en un nivel alto y la ansiedad como rasgo en un nivel medio.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

Durante el acompañamiento con el paciente básicamente se trabajó en la muerte del hermano, primeramente en el duelo no resuelto y luego cuáles fueron las causas de su muerte, la adherencia al tratamiento, es decir la diferencias y similitudes entre como fue el tratamiento de su hermano y como lleva el paciente su propio tratamiento, para que de esta forma logre discriminar que el paciente ha pesar de tener la misma enfermedad, el hecho de estar conectado a una misma máquina no significa que todos reaccionen de la misma forma o pasen por lo mismo.

A más de la muerte de su hermano también está presenta la muerte de algunos pacientes de hemodiálisis que han fallecido en el transcurso de su enfermedad, hecho que de igual forma para él es un poco atemorizante, ya que refiere que llevar varios años en tratamiento de hemodiálisis significaba para él acercarse a la muerte; razón por la cual aumentaba la ansiedad en el paciente con el pasar del tiempo. Una vez trabajado este miedo a la muerte con el paciente, hecho que paso a explicar junto con el doctor que su bienestar también depende del cuidado y de la información adecuada de la enfermedad. Con esto el paciente llegó a sentirse más tranquilo y entender la diferencia; la relación con la máquina tomó un sentido distinto, el nerviosismo y la preocupación a la muerte, disminuyeron.

En la parte de social el paciente refiere que no tiene mucho interés en visitar a su amigos, le gusta más bien realizar actividades con sus hijos y nietos, va al supermercado, está pensando en irse de vacaciones como una forma de relajarse un poco.
Tras realizar este tipo de acompañamiento, el médico decidió realizar un taller para informar acerca de todos los cuidados que conlleva la enfermedad.

Concluido el acompañamiento, se tomó nuevamente el inventario IDARE y como resultado se obtuvo que la ansiedad como estado pasó de alto a nivel medio y en cuanto a la ansiedad como rasgo el nivel cambio de medio a bajo.

Paciente #10

Edad: 62

Sexo: masculino

Estado civil: casado

No. de hijos: cuatro hijos; dos mujeres, dos varones

Ocupación: ninguna

El paciente vive con su esposa con quien lleva casado durante treinta y ocho años, todos sus hijos son casados, uno de ellos vive en España, refiere que no mantiene una buena relación con sus hijos ya que ellos le quieren imponer a realizar cosas "como si fuera un niño". En cuanto a sus hermanos dice que tiene una mejor relación con el hermano mayor que vive en Quito, los otros dos hermanos viven fuera del país y se comunica muy poco con ellos.

En al ámbito académico el paciente culminó la secundaria y enseguida ingreso a la FAE, en un inicio sufrió bastante para adaptarse a las reglas, pero luego le tomó gusto y respetó a la institución, al cumplir veinte y seis años de servicio se retiró y se dedicó al comercio de plásticos por lo que viajaba frecuentemente, pero que por motivos de la IRC no podía seguirlo haciendo, por lo que decidió poner una tienda distribuidora de plásticos en la cual trabaja él y sus hijos. Se mantiene con la pensión de la FAE y las ganancias de su negocio.

Refiere que siempre fue amiguero, le gustaba salir, pasear, relacionarse mucho con nuevas personas, pero que ahora no lo hace ya que no tiene tiempo y por motivos de la enfermedad.

El paciente es diagnosticado con insuficiencia renal crónica hace diez años, a causa de la hipertensión arterial. Hace nueve años se sometió a un trasplante de riñón pero no funcionó y por esta razón lleva asistiendo ocho años a tratamiento de hemodiálisis. Refiere que en cuanto a la enfermedad siempre se sintió "bien", no se muestra convencido al decir esto.

Al realizar la primera entrevista el paciente se muestra callado, difícil para poder entablar una conversación, al explicar nuestra presencia nos dice “yo no necesito una psicóloga”, respondía de manera lacónica, pedía que lo dejemos solo en varias entrevistas, ya que ésta se la hizo poco a poco por su actitud, el paciente tiende al mutismo, su juicio y raciocinio se mantenía bien pero con una tendencia negativa, un contacto emocional pobre. Por todo esto resultó difícil realizar la entrevista en un solo día, esta se dio de a poco conforme el paciente aceptaba nuestra presencia. Se evidencia dificultad en sus relaciones familiares e interpersonales, se queja del trato de las enfermeras, refiere “que lo ven mal, se demoran, no tienen cuidado”, es impulsivo.

Las enfermeras refieren que dentro de la hemodiálisis es un paciente muy difícil, grosero, impaciente, bravo, no cumple con las reglas, rechaza el tiempo de hemodiálisis, se ha vuelto solitario, su esposa les ha comunicado que en casa no comparte con ellos, se aísla, no duerme bien.

Al realizarle el inventario IDARE antes del acompañamiento terapéutico se obtuvo como resultado un nivel de ansiedad alta en ambos casos, tanto como estado y como rasgo.

Durante el Acompañamiento Terapéutico

En un inicio fue difícil poder entablar confianza, el paciente mantenía un estado de ánimo muy negativo, apático, se evidenciaba un aislamiento de todo el resto de pacientes, así como una negación a la enfermedad, ya que no se alimentaba correctamente, no cuidaba de la fistula, por lo que tenía algunas molestias e infecciones constantes.

El paciente refirió que la enfermedad “cambio su vida” que antes podía hacer muchas cosas y ahora no puede hacer nada, al parecer en el paciente la enfermedad le generaba sufrimiento y este lo proyecta al equipo de enfermeras y a su familia.

El paciente se mostraba enojado e irritado por tener que modificar su vida, tener que limitarse de alimentos y actividades; se evidencian conductas regresivas hacia el personal, manifestando necesitar permanente del cuidado de otros, demostrando que no puede hacerse cargo de su enfermedad.

Conforme avanza el acompañamiento se logra un acercamiento con el paciente, al parecer el sentirse comprendido y sobretodo contenido, mediante la empatía, la escucha activa, la aceptación incondicional, dio pie a que el paciente logre exteriorizar sus sentimientos y sus emociones, dándonos a conocer el miedo que la enfermedad le causaba, por lo que se trabajó en esto.

Además se trabajó fuertemente sobre la aceptación de su estado y sobre sus capacidades yoicas para hacer frente a la enfermedad, el llevar a cabo las indicaciones y el cuidado de la fistula ya que el paciente refería que podía hacerlo todo, pero sin embargo no se auto cuidaba.

Se trabajó en el duelo del cuerpo, la aceptación de esto fue causante de lágrimas, pero gracias al trabajo y apoyo en conjunto del personal médico, enfermeras, trabajadora social y la paciencia que la familia le ofrecía, se iba notando un leve cambio emocional y actitudinal.

Se trabajó también en la forma de comunicación con las enfermeras y el personal médico, ya que muchas veces no les decía lo que no le gustaba y en un momento explotaba, además de que logró adaptarse a las reglas impuestas en el hospital.
El pacientes luego de unas semanas mostraba interés en la adhesión al tratamiento, en ocasiones tenía dudas con el cuidado de la fistula y consultaba con los médicos o con sus compañeros, empezaba a alimentarse mejor.

Todo lo anteriormente mencionado llevó tiempo, fue uno de los pacientes más difíciles de acompañar, por lo que al terminar el acompañamiento no se vio un cambio significativo, pero se habló con el paciente y la psicóloga encargada, para que siga un proceso psicoterapéutico, algo que el paciente quiso hacerlo, tras haberle mencionado que el acompañamiento estaba por terminar, aunque refería que quería seguir siendo atendido conmigo, por lo que podríamos hablar de una transferencia positiva.

La familia refería que el paciente tenía un leve cambio de actitud, empezó nuevamente a asistir a la tienda de plásticos, a la cual casi no visitaba, la relación con su nieta había mejorado bastante, jugaba y salía al parque con ella; sin embargo mantenía su carácter impulsivo, cuando algo no le gustaba alzaba la voz o se encerraba en su dormitorio.

Al concluir el acompañamiento y al volver a tomar el inventario IDARE, la ansiedad como estado paso de un nivel alto a medio y en la ansiedad como rasgo paso de un nivel alto a bajo. Algo que es muy satisfactorio con este tipo de paciente. En este caso es de vital importancia continuar con el apoyo psicológico.

Anexo B Resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE

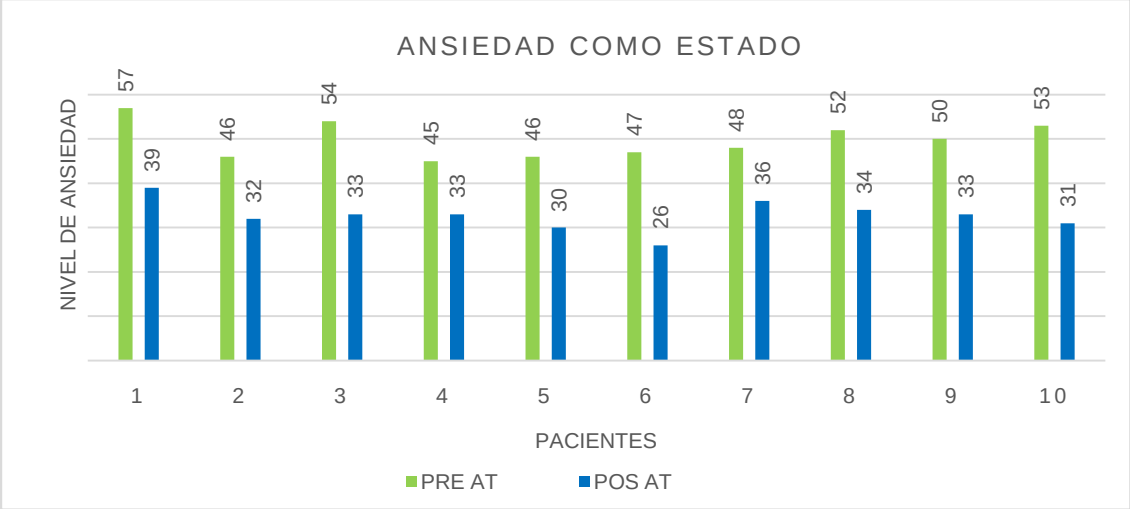
Tabla #1 Resultados obtenidos de la Ansiedad como Estado

PREGUNTAS	MUJERES						HOMBRES													
	PACIENTE 1		PACIENTE 2		PACIENTE 3		PACIENTE 4		PACIENTE 5		PACIENTE 6		PACIENTE 7		PACIENTE 8		PACIENTE 9		PACIENTE 10	
	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT
Me siento Calmado	1	3	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	2	3	2	3	3	3	3	4
Me siento Seguro	1	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	4	2	3	1	3	2	3	2	3
Estoy tenso	3	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1
Estoy Contrariado	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1
Me siento a gusto	1	2	2	2	1	3	4	2	2	3	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2
Me siento alterado	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
Estoy alterado por algun posible contratiempo	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mes iento descansado	2	2	2	3	1	3	3	2	2	3	1	4	2	2	1	2	1	2	1	2
Mesiento Ansioso	4	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2	1	3	1
Me siento comodo	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	1	3	1	1	1	2	1	2	1	2
Me siento con confianza en mi mismo	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3
Mesiento Nervioso	3	1	3	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
Estoy agitado	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
Me siento a punto de explotar	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mesiento Relajado	1	2	2	3	1	3	3	2	2	3	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2
Me siento Satisfecho	2	2	1	4	2	2	3	3	2	3	2	4	2	3	1	3	3	4	1	4
Estoy Preocupado	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1
Me siento muy exitado y aturdido	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
Me siento alegre	1	2	2	3	1	2	2	3	2	3	2	3	1	2	1	2	1	2	1	3
Me siento bien	1	3	2	3	1	4	2	4	2	4	2	4	2	3	1	4	1	3	2	4
TOTAL	**57**	**39**	**46**	**32**	**54**	**33**	**45**	**33**	**46**	**30**	**47**	**26**	**48**	**36**	**52**	**34**	**50**	**33**	**53**	**31**
NIVEL ANSIEDAD	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**BAJO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**MEDIO**

Fuente: Resultados del Inventario IDARE, aplicado para conocer el estado de ansiedad en los pacientes con IRC sometidos a tratamiento de hemodiálisis, antes y después del Acompañamiento Terapéutico.

Elaborado por: Gabriela Gordillo, 2014.

Grafico #1



Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

Análisis

De acuerdo al inventario IDARE el nivel de ansiedad como Estado y como Rasgo es considerado: bajo, cuando el resultado va de 0 a 30 puntos, medio de 30 a 44 puntos y alto cuando es mayor a 45 puntos.

"*El riesgo de sufrir ansiedad estado (AE) o ansiedad rasgo (AR) se encontró relacionado con la mayor percepción de síntomas físicos, más fuentes físicas y generales de estrés y con el hecho de pensar que su salud va a empeorar.*" (Magaz, 2003, p.131)

Se habla de una ansiedad como estado, cuando el paciente atraviesa un estado emocional transitorio y que depende de una situación a la que el sujeto la considera amenazante o peligrosa, razón por la cual es fácil identificarla así como modificarla durante el tiempo. El paciente se encuentra temporalmente, tensionado, angustiado, preocupado o nervioso.

Con los resultados obtenidos en la tabla #1 y lo que el gráfico #1 nos muestra podemos observar que el 100% de los pacientes de la muestra, antes del acompañamiento terapéutico, presentan un alto nivel de ansiedad de condición transitoria.

Una vez realizado el Acompañamiento Terapéutico podemos ver claramente que en el 90% de los pacientes su estado de ansiedad se redujo a un nivel medio no así en un paciente en donde nivel de ansiedad pasó a un nivel bajo.

Por lo que se puede concluir que los pacientes con insuficiencia renal crónica se mantienen frecuentemente en un estado de ansiedad alto, al tener que someterse a tratamiento de hemodiálisis tres veces por semana, durante cuatro horas diarias, debido a que se enfrentan a una experiencia de continua amenaza para su supervivencia, razón por la cual la ansiedad es considerada como una respuesta emocional de alarma frente a un peligro concreto.

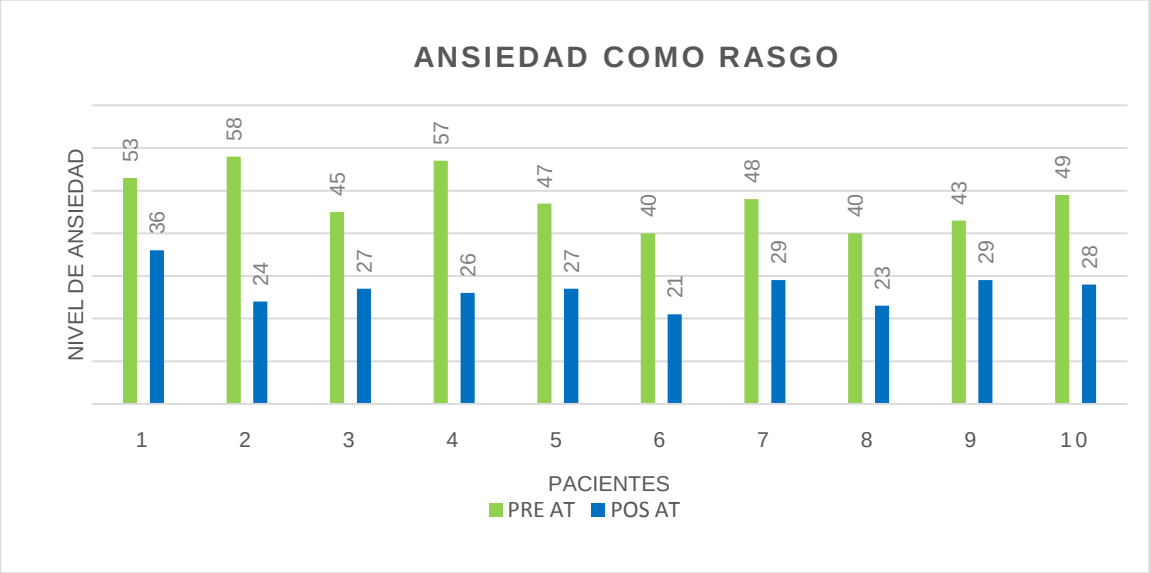
Tabla # 2 Resultados obtenidos de la Ansiedad como Rasgo

PREGUNTAS	PACIENTE 1		PACIENTE 2		PACIENTE 3		PACIENTE 4		PACIENTE 5		PACIENTE 6		PACIENTE 7		PACIENTE 8		PACIENTE 9		PACIENTE 10	
	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT	PRE AT	POS AT
Me siento bien	2	2	2	4	2	3	2	3	3	4	3	4	2	3	4	4	2	3	2	3
Me canso rapidamente	2	2	3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	1
Siento ganas de llorar	3	1	4	2	3	1	3	1	2	1	3	1	3	1	4	1	3	1	3	1
Quisiera se tan Feliz	3	2	4	1	1	1	4	1	2	2	1	1	3	2	1	1	2	2	3	2
Me pierdo cosas por no poder decidirme rapidamente																				
Me siento descansado	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	2	2	1	4	1	4	2	4	4	4	3	4	3	3	2	4	3	4	2	4
Siento que las dificultades se amontonan a punto de no poder soportarlas	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	2	1	1	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2
Soy Feliz	1	2	2	4	2	3	2	4	1	3	4	4	1	4	2	4	2	3	2	3
Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	3	2	4	1	2	1	3	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Me falta confianza en mi mismo	2	2	4	1	1	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	3	2
Me siento seguro	1	3	3	4	3	4	3	3	2	4	2	4	1	4	3	3	2	3	2	3
Trato de evitar una crisis o dificultad	3	1	2	1	1	1	2	1	4	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Me siento melancolico	3	1	4	2	3	1	3	1	2	1	3	1	3	1	4	1	3	1	3	1
Estoy satisfecho	2	3	3	4	2	3	2	3	2	3	3	4	1	3	2	3	2	3	1	3
Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1
Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	2	1	2	1	3	1	2	1	4	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
Soy una persona estable	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	4	2	2	2	4	2	3	2	4
Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	2	2	4	1	2	2	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1
TOTAL	**52**	**35**	**56**	**23**	**43**	**26**	**54**	**25**	**45**	**26**	**39**	**20**	**47**	**28**	**39**	**22**	**42**	**28**	**47**	**27**
NIVEL ANSIEDAD	**ALTO**	**MEDIO**	**ALTO**	**BAJO**	**MEDIO**	**BAJO**	**ALTO**	**BAJO**	**ALTO**	**BAJO**	**MEDIO**	**BAJO**	**ALTO**	**BAJO**	**MEDIO**	**BAJO**	**MEDIO**	**BAJO**	**ALTO**	**BAJO**

Fuente: Resultados del Inventario IDARE, aplicado para conocer el estado de ansiedad en los pacientes con IRC sometidos a tratamiento de hemodiálisis, antes y después del Acompañamiento Terapéutico.

Elaborado por: Gabriela Gordillo, 2014.

Gráfico #2



Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

Análisis

La ansiedad como rasgo se da cuando se instaura la ansiedad en el paciente de forma estable a lo largo del tiempo y se manifiesta en distintas situaciones. La ansiedad es un elemento constante en su vida por lo que es más probable que el paciente desarrolle un trastorno de ansiedad.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla #2 y lo que nos indica el gráfico #2 el 70% de los pacientes presentan un estado de ansiedad alto y el 30% de los pacientes un estado de ansiedad medio, dándonos a conocer que los pacientes se encontraban en una propensión ansiosa relativamente estable antes del acompañamiento terapéutico.

Luego de haber realizado el acompañamiento terapéutico a los diez pacientes podemos observar que en el 90% de los pacientes la ansiedad disminuyó notablemente, pasando de nivel alto a bajo y solo un paciente se mantuvo en una ansiedad media, vale recalcar que este paciente fue remitido a psiquiatría para re-evaluar su estado emocional.

Como conclusión podemos decir que una vez terminado el acompañamiento terapéutico el paciente renal mantiene la ansiedad como estado emocional transitorio, ya que esta se da el

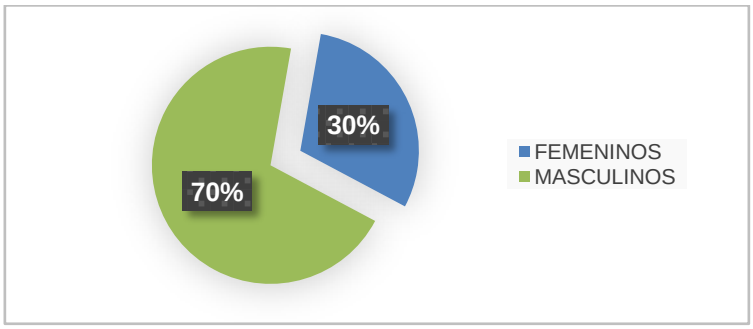
momento que acude a tratamiento de hemodiálisis, vale mencionar que el nivel de ansiedad que mantienen esta en nivel medio, razón por la cual la ansiedad no es considerada como un elemento estable en la vida del paciente ya que de acuerdo a los resultados obtenidos la ansiedad como rasgo no es representativa en la vida general de los pacientes, excepto en uno.

Por esta razón el Acompañamiento Terapéutico en este tipo de pacientes toma importancia y reconocimiento según los resultados obtenidos, y que de mantener un acompañamiento por mucho más tiempo o poder hacerlo desde el primer día que el paciente ingresa a tratamiento de hemodiálisis, los resultados serían mucho más exitosos y benéficos no solo para el paciente, sino para todo el personal médico que trabaja con ellos.

ANEXO C. Interpretación y análisis comparativos de resultados

a) De acuerdo a su género.

Gráfico #3 Sexo de la muestra de pacientes



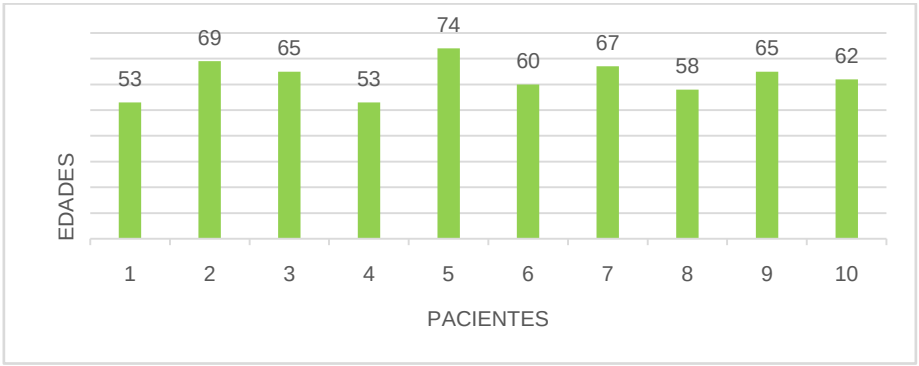
Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

Análisis

EL 70% de los pacientes estudiados son de sexo masculino y el 30% de la muestra representa al sexo femenino; a pesar de que existen más hombres que mujeres en esta muestra, es preciso mencionar que la incidencia de insuficiencia renal crónica no depende del sexo del paciente, sino más bien está relacionada con el estilo de vida que la persona ha llevado a lo largo de su vida.

b) De acuerdo a la edad

Gráfico #4 Edad de la muestra



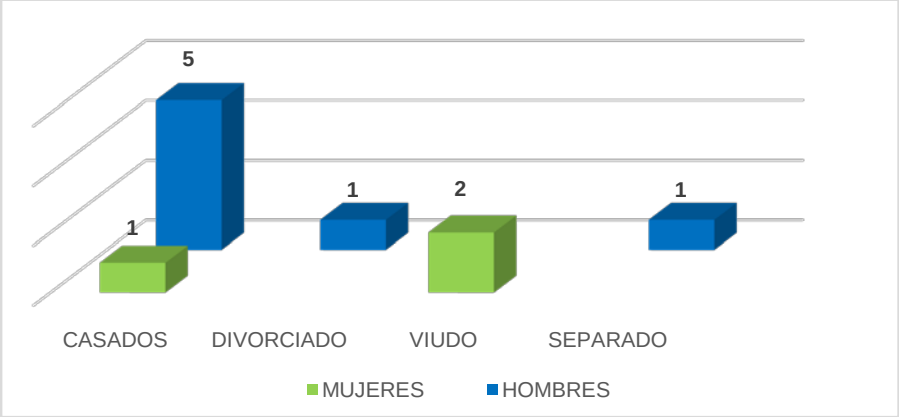
Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

Análisis

Respecto a la edad de los pacientes de la muestra, se puede decir que todos son adultos, el 40% corresponde a edades entre 50 y 60 años de edad, el 50% se encuentra entre 61 a 70 años de edad y el 10% entre 71 a 80 años de edad; lo que demuestra que el 100% de la muestra ha sido diagnosticada de insuficiencia renal crónica a una edad avanzada, por lo que podemos concluir que el estilo de vida que lleva una persona durante su juventud, es considerado como un factor determinante y de vital importancia para los problemas de salud futuros.

c) De acuerdo a su Estado Civil

Gráfico #5 Estado civil



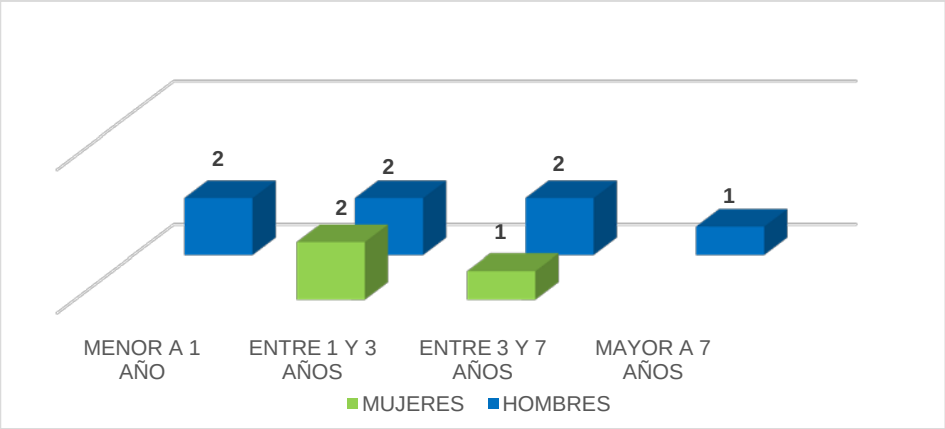
Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

Análisis

Tomando en cuenta el estado civil de los pacientes estudiados, tenemos que el 60% de los pacientes son casados, quienes cuentan con el apoyo de la familia para poder aceptar y sobrellevar la enfermedad; el 20% corresponde a pacientes que son viudas: una de ellas cuenta con el apoyo de sus hijos y familiares y la otra paciente vive sola en una casa hogar; el 10% restante corresponde a un paciente separado que cuenta con muy poca ayuda de sus familiares.

d) De acuerdo al tiempo de tratamiento

Gráfico #6 Tiempo de tratamiento de hemodiálisis



Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

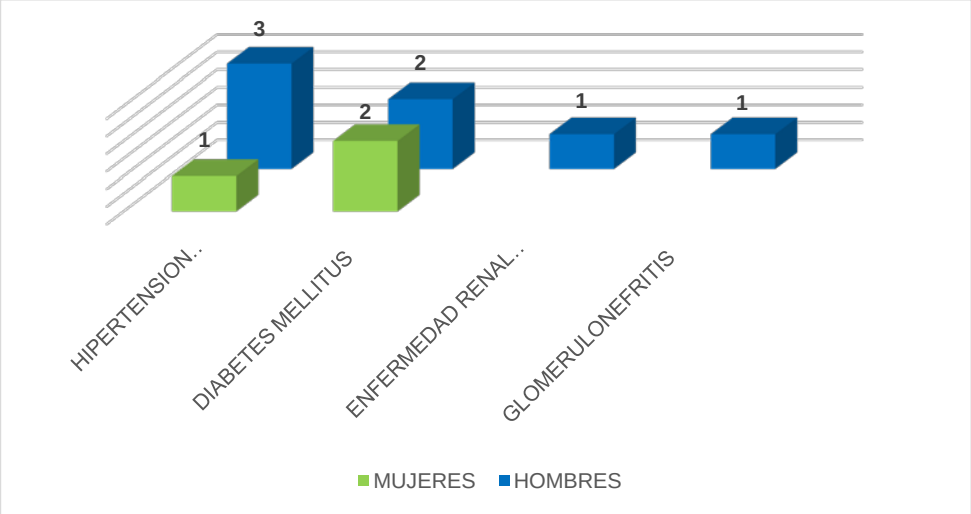
Análisis

El tiempo de diálisis puede durar toda la vida desde que empiezan el tratamiento o hasta que se puede hacer un trasplante de riñón; en el caso de la muestra estudiada se puede establecer que el 20% lleva menos de un año en hemodiálisis, el 40% de los pacientes han recibido tratamiento de hemodiálisis por un período de uno a tres años, el 30% entre tres y siete años, y el 10% lleva realizándose el tratamiento más de siete años.

En varios casos los pacientes están a la espera del riñón de un paciente cadavérico, ya que no tienen familiares que puedan ser donantes; en otros dos casos los pacientes de la muestra temen que sus hijos sean los donantes por miedo a que esto interfiera en la vida normal ellos; otros pacientes refieren que ya no están en edad para ser trasplantados y que prefieren asistir a hemodiálisis. Sin embargo vale notar que un paciente que lleva menos de un año sometido a tratamiento y que se negaba a que su hijo sea su donante, luego del acompañamiento terapéutico aceptó recibir el riñón y empezó los estudios de compatibilidad correspondientes, que pueden durar varios meses e incluso hasta un año.

e) De acuerdo a su enfermedad

Gráfico #7 Causas de la enfermedad



Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

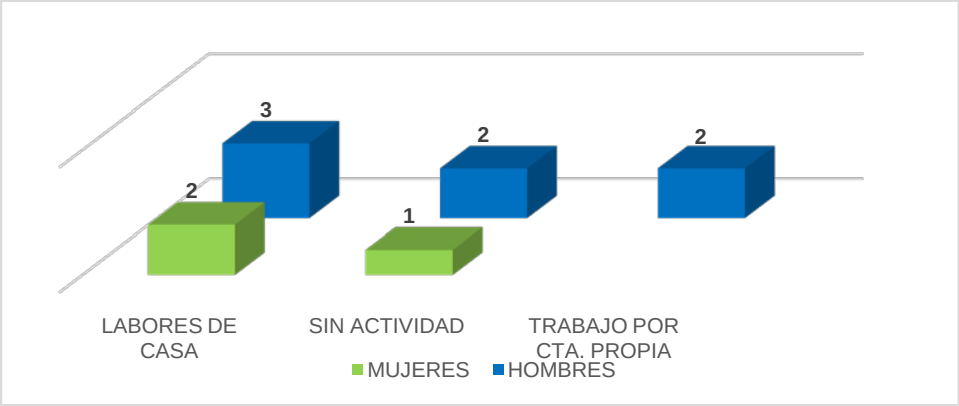
Análisis

Según los resultados obtenidos de la muestra, el gráfico nos indica que el 40% de los pacientes ingresó al tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis por causa de la hipertensión arterial, con este mismo porcentaje de 40% aparece como causa la diabetes mellitus, el 10% a consecuencia de una enfermedad renal poliquística y por último con el 10% la glomerulonefritis.

Por lo que se puede confirmar lo expuesto en el capítulo I, que tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial son las principales causas de la insuficiencia renal crónica. Si el paciente que es detectado con una de estas enfermedades no lleva un tratamiento adecuado, más aun si tienen antecedes familiares y son mayores de 65 años, el riesgo es bastante alto.

f) De acuerdo a su Actividad Laboral

Gráfico #8 Actividad laboral



Elaborado por: Gordillo Gabriela, 2014.

Análisis

Al hablar de actividad laboral muchos pacientes con insuficiencia renal dejan de trabajar debido a dificultades propias de la enfermedad que pueden ser físicas o psicológicas; en el gráfico podemos observar que el 50% de los pacientes tanto hombres como mujeres realizan labores de casa como arreglar, barrer, cocinar, limpiar, ir de compras, cuidar a sus hijos, entre otras, actividades que no necesitan mucho esfuerzo físico; el 30% no tiene una actividad ya que refieren que la enfermedad no les permite y el 20% trabaja por cuenta propia; uno de ellos por ejemplo, ayuda en la ferretería a su hermano los días que no realiza hemodiálisis y en el otro caso se dedica a vender plásticos.

Anexo D. Modelo de entrevista realizada a los pacientes

1. Datos de identificación

Nombre:

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Número de hijos:

Instrucción:

Profesión:

Ocupación:

2. Enfermedad actual

Diagnóstico:

Duración:

3. Historia de la enfermedad

Comienzo y forma de presentación (causas, tratamientos recibidos, evolución):

4. Historia personal del paciente

Historia familiar:

Historia laboral:

Historia social:

Anexo E. Inventario de Ansiedad IDARE

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente ahora mismo***, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trata de la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

NIVEL DE ANSIEDAD COMO ESTADO

A corresponde a los ítems: 3 4 6 7 9 12 13 14 17 18
B corresponde a los ítems: 1 2 5 8 10 11 15 16 19 20
(A - B)+50 =

Bajo	(<30)	
Medio	(30-44)	
Alto	(>45)	

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente generalmente.*** No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE-MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan a punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

NIVEL DE ANSIEDAD COMO RANGO

A ítems: 22 23 24 25 28 29 31 32 34 35 37 38 40

B ítems: 21 26 27 30 33 36 39

(A - B)+35=

Bajo	(<30)	
Medio	(30-44)	
Alto	(>45)	