

## DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **DANIELA BEATRIZ GARCÍA PAZ**, con CC. 172066437-2, autora del trabajo de graduación intitulado: “ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES DEL PROCESO DE DUELO POR PÉRDIDA DE AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS POR ISUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica en pacientes de la Clínica CENER en el período enero-mayo 2016., 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, febrero 2017

  
**DANIELA BEATRIZ GARCÍA PAZ**  
CC. 172066437-2

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA  
CLÍNICA**

**“ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES DEL PROCESO DE DUELO POR  
PÉRDIDA DE AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA EN PACIENTES EN  
TRATAMIENTO DE DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

**ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA EN PACIENTES DE LA  
CLINICA CENER EN EL PERÍODO ENERO- MAYO 2016”**

**DANIELA BEATRIZ GARCÍA PAZ**

**DIRECTORA: MTR. DANIELA S. CASTRO**

**QUITO, 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios por acompañarme en cada lucha interior.*

*A mis padres Marco y Beatriz por darme todo.*

*A mis hermanos Andrea, Marco Esteban y Felipe por acompañarme y estar presentes en cada momento de mi vida.*

*A mi pequeña sobrina María Alejandra por ser motivo de mis alegrías.*

*A Diego J. gracias por tu cariño, ayuda y por cada desvelada.*

*A Daniela mi Directora por su ayuda, paciencia y gran profesionalismo.*

## **DEDICATORIA**

*Siento que nada en mi vida se ha podido lograr sin la ayuda y apoyo de mis padres.  
Este trabajo, resultado visible de la culminación de mi pregrado, va dedicado  
especialmente a ellos.*

*Además, dedico este trabajo a todas las personas con IRC que conocí en la clínica  
mientras realizaba mi disertación. Su lucha diaria es motivo de respeto y admiración.*

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>1</b>
<b>PRIMER CAPITULO: REVISION TEORICA DEL DUELO</b> .....	<b>3</b>
1.1 Duelo desde Freud.....	3
1.1.1 Elaborar el duelo.....	3
1.2 Duelo en autores post freudianos.....	6
1.2. 1 Melanie Klein.....	6
1.2.2 John Bowlby.....	8
1.2.3 Donald Winnicott.....	10
1.2.4 Adriana Bauab de Dreizzen.....	12
1.3 Proceso de duelo.....	14
1.4 Manifestaciones del duelo.....	16
1.4.1 Melancolía.....	20
1.4 Aspectos culturales del duelo.....	22
1.5 Definición del duelo.....	27
<b>SEGUNDO CAPITULO: EL SUJETO ENFRENTADO AL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC)</b> .....	<b>30</b>
2.1 Definición de Insuficiencia Renal Crónica.....	30
2.2 Causas más comunes de Insuficiencia Renal Crónica.....	32
2.2.1 Hipertensión.....	34
2.2.2 Diabetes.....	35
2.2.3 Lupus.....	35
2.2.4 Insuficiencia Renal Aguda.....	36
2.3 Tratamientos.....	36
2.3.1 Hemodiálisis.....	37
2.3.2 Diálisis peritoneal.....	38
3. Duelo en la Insuficiencia Renal Crónica (IRC).....	39
<b>TERCER CAPITULO: ANALISIS DE DATOS</b> .....	<b>44</b>
3.1 Metodología.....	44
3.2 Población.....	44
3.3 Dificultades presentadas.....	46
3.4 Análisis de resultados.....	46
3.4.1 Contexto individual.....	46
3.4.2 Contexto grupal.....	51
3.5 Discusión.....	64
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>68</b>

<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>76</b>
1. Imágenes.....	76
2. Entrevista semiestructurada.....	77
3. Consentimiento informado.....	78

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1.....	9
Tabla 2.....	9
Tabla 3.....	33
Tabla 4.....	42
Tabla 5.....	45
Tabla 6.....	45
Tabla 7.....	52
Tabla 8.....	52
Tabla 9.....	53
Tabla 10.....	54
Tabla 11.....	55
Tabla 12.....	56
Tabla 13.....	57
Tabla 14.....	58
Tabla 15.....	59
Tabla 16.....	59
Tabla 17.....	60
Tabla 18.....	61
Tabla 19.....	62
Tabla 20.....	63

## **RESUMEN**

Esta investigación tiene como finalidad analizar el proceso de duelo y las manifestaciones por pérdida de autonomía e independencia en sujetos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica. Esta enfermedad, una vez presentada, cambia la vida de los sujetos quienes la padecen porque esta exige una serie de tratamientos (hemodiálisis) que modifican sustantivamente la rutina y actividades del sujeto. Los supuestos teóricos y argumentativos de esta investigación pertenecen a la tradición psicoanalítica que se encuentran tanto en la obra de Freud como en la de autores post freudianos tales como Klein, Bowlby, Winnicott y Bauab de Dreizzen; de aquí se obtienen las justificaciones básicas que luego permiten evidenciar lo que representa el duelo en sujetos con IRC. Junto a esta exposición y como parte de este trabajo, se presentan los resultados de una investigación concreta, en la que se evidencia que el duelo en sujetos con IRC inicia desde el diagnóstico el cual genera negación, seguido por el miedo de no saber qué es la enfermedad, y finalmente se manifiesta en frustración por lo que esta implica.

## INTRODUCCION

Hoy en día es una realidad compartida que las enfermedades y dolencias se han de tratar tanto en su dimensión física como en su dimensión simbólica o representativa, esto implica que las comprensiones en torno a lo que afecta a los sujetos deba elaborarse también desde aquello que la enfermedad les significa en la comprensión de sí mismos y del mundo que habitan. La investigación que aquí se presenta se inscribe en este horizonte y tiene como finalidad analizar las manifestaciones y el proceso de duelo en sujetos con IRC por pérdida de autonomía e independencia.

El desarrollo de este trabajo cursa tres capítulos, los dos primeros son más bien teóricos y descriptivos, mientras que el último es la exposición de un trabajo de campo. El hilo conductor entre los tres capítulos es el duelo y la idea de pérdida de autonomía e independencia, y cómo estas afectan a quienes enfrentan la IRC.

El primer capítulo, hace un recorrido teórico referente al duelo en Freud seguido de un análisis en autores post freudianos, se menciona a: Klein, Winnicott, Bowlby y Bauab de Dreizen. Aquí se hace una exposición de aquello que es el duelo y la manera en la que este se presenta en los sujetos. Esta primera parte es significativa para el trabajo práctico porque al momento de definir y teorizar el duelo, queda abierta la puerta para la elaboración de las categorías que luego se utilizarán en el análisis.

En el segundo capítulo, dado que el presente trabajo pretende analizar el proceso de duelo en quienes tienen IRC, en un primer momento se realizará una descripción desde un discurso médico de la enfermedad, pasando revista de sus causas, síntomas y consecuencias físicas, para finalmente hablar del sujeto y su duelo frente a la insuficiencia renal. Este momento del trabajo queda justificado en la medida en que, como veremos en el tercer capítulo, algunas de las consecuencias empíricas de la IRC están estrechamente relacionadas con los procesos de duelo ante la pérdida de autonomía e independencia en quienes tienen esta enfermedad.

Finalmente en el tercer capítulo, se presentan los resultados de un trabajo de campo concreto. En este, de la mano de una población de nueve sujetos diagnosticados y en tratamiento de diálisis, se realiza un análisis a fin de constatar lo expuesto en la parte teórica y evidenciar el duelo y sus manifestaciones por pérdida de autonomía e independencia. Para esto, se procedió a realizar una serie de entrevistas semi estructuradas elaboradas a la luz de la siguiente pregunta: ¿Cómo se manifiesta el proceso de duelo por pérdida de autonomía e independencia en pacientes en tratamiento de diálisis por insuficiencia renal crónica? Al finalizar el proceso de análisis se pudo constatar ciertos rasgos referentes a un duelo latente, posiciones en su mayoría de frustración, que desencadenaba en ideas trágicas referentes a su enfermedad. Sin embargo emergió un resultado no esperado el cual refleja que estos sujetos han encontrado en su enfermedad un derrotero para mejorar sus vidas.

Como parte final de esta investigación se exponen una serie de conclusiones y recomendaciones. Como aspecto central en las conclusiones se resalta que, el proceso de duelo presenta manifestaciones como llanto, ira, frustración que dan cuenta que el duelo está latente, en segundo lugar la enfermedad se manifiesta como una lectura particular del cuerpo por lo que se lo puede valorar desde la materialidad, y desde lo simbólico o representativo; además el aspecto cultural participa de gran manera en estas valoraciones particulares. En cuanto a las recomendaciones se ha indicado que es importante el trabajo psicoterapéutico tomando en cuenta la subjetividad además de que es importante la intervención psicológica en cada uno de los momentos por los que atraviesa el sujeto.

Ningún trabajo de investigación se elige en abstracto. Los intereses teóricos responden también a intereses subjetivos. Y en este sentido vale señalar que la motivación de esta disertación tiene que ver con un trabajo directo en prácticas pre profesionales con estos pacientes y, la constatación de que el dolor se hace manifiesto mientras las horas pasan y el mundo afuera parecería no detenerse. Ha resultado muy conmovedor el evidenciar su lucha diaria, el tratar de imaginar por el dolor que atraviesan estos combatientes que caminan largas horas hasta sus hogares, viajan y buscan la manera de no caer, vencerse y específicamente no morir.

## PRIMER CAPITULO: REVISION TEORICA DEL DUELO

### 1.1 Duelo desde Freud

Este estudio investiga las manifestaciones del proceso de duelo por pérdida de autonomía e independencia en sujetos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica<sup>1</sup>. Pérdida que está relacionada con la enfermedad puesto que el proceso de diálisis les exige estar conectados a la máquina dializadora por cuatro horas durante tres días a la semana de por vida, por lo cual no pueden vivir de forma independiente a la enfermedad, limitando así sus actividades cotidianas.

Freud en *Duelo y melancolía* (1917) 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.” (pág. 241). Desde la perspectiva psicoanalítica no solo se vive un proceso de duelo por muerte real, sino por distintos tipos de pérdida (un divorcio, por ejemplo), la cual produce un agujero en lo real<sup>2</sup> o palpable que desestructura al Yo. De esta manera, se puede entonces pensar en un duelo por pérdida de autonomía e independencia al recibir un diagnóstico de Insuficiencia renal crónica por lo que la enfermedad implica.

Freud menciona que para que haya un duelo, el objeto tuvo que haber sido investido, libidinizado y, ante la pérdida, la tristeza es inminente porque el objeto que se perdió se lleva una característica del sujeto, por ello es necesario realizar un trabajo de duelo que reconstruya los retazos sueltos y así poder subjetivizar la pérdida (Freud, 2012/1915).

#### 1.1.1 Elaborar el duelo

Freud señala que la elaboración del duelo es descatectizar el objeto y que toda esa energía regrese y esté disponible nuevamente en el Yo. Sin embargo, esta tarea no es fácil,

---

<sup>1</sup> A partir de aquí se procederá a utilizar las siglas IRC para referirse a Insuficiencia Renal Crónica

<sup>2</sup> Si bien en este acápite se está abordando a Freud, resulta interesante mencionar el término agujero en lo real. Término que más adelante se especificará con otra autora (Bauab de Dreizen).

pues para que se cumpla es necesario que el objeto haya sido catectizado, libinizado por el sujeto, que una característica del objeto se incorpore al sujeto, modifique el Yo para que así finalmente el sujeto se pueda despedir del objeto (Freud, 2012/ 1915). El objeto perdido pasa a formar parte de su historia, psíquicamente pasa a otro lugar, se reubica pero no se va. Esta reubicación toma tiempos lógicos o subjetivos y por ello es importante que el sujeto pueda procesar la pérdida a su ritmo.

En la elaboración del duelo Freud menciona que algo del objeto se queda en el sujeto, sin embargo eso no impide que la energía pueda desplazarse sobre otros objetos.

“(…) el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuncia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma” (Freud, 2012/ 1915, pág. 242).

Usualmente se escucha en el manifestar de quien atraviesa por un duelo el no poder resignarse y esto, ocurre cuando el sujeto aún no ha podido reubicar psíquicamente la pérdida. Entonces, ¿qué sucede cuando no se puede descatectizar el objeto? Freud denomina a este estado como “**melancolía**” en la cual se siente una profunda tristeza y pérdida del interés. “La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés, la pérdida de capacidad de amar la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud, 2012/ 1915, pág. 242) .

En la melancolía, la sombra del objeto recae sobre el Yo. El Yo no se puede desprender del objeto, el sujeto se encuentra eclipsado por el objeto. El objeto tapa al Yo, el Yo queda sin voluntad, deviene en un estado de melancolía y dolor profundo lo cual vuelve incapaz al sujeto de manejar su Yo. Además el sujeto se siente culpable por esta pérdida, revertir esto no es fácil. El sujeto en estado melancólico a menudo se refiere a su estado con expresiones que señalan dolencias físicas, por ejemplo: “como si me hubiesen arrancado

algo”. La mente al tener una estrecha relación con el cuerpo, puede llegar a somatizar el dolor, al sentirse que no sirve para nada tiene la sensación de que falta algo; el Yo se siente vacío frente al mundo y no tiene valor. Cuando el nivel de culpa es muy elevado, el sujeto entra en un estado de flagelación y esto representa un trabajo más difícil de elaborar porque el objeto taponó y anuló al sujeto como en una especie de eclipse.

Ahora bien, el lenguaje en proceso de duelo tiene mucho valor porque, como se mencionó, el duelo se trabaja sobre el objeto significativo para el sujeto, por ello quien asiste al sujeto debe estar atento a cómo nombra su pérdida, qué significó, cuánto tiempo permaneció en su vida, la ubicación que tuvo.

Entonces el duelo, dentro de la teoría psicoanalítica, es un proceso vivido por el sujeto en el cual la libido, en un primer momento, se encuentra enganchada al objeto perdido. “El objeto no está realmente muerto, pero se perdió, como objeto de amor (p.ej., el caso de una novia abandonada)” (Freud, 2012/ 1915, pág. 243). Objeto que puede ser real, palpable o imaginario, cualquier pérdida significativa supone un duelo. Durante todo este proceso, la existencia del objeto perdido permanece de manera psíquica si no se elabora.

El duelo es un proceso difícil y doloroso para quien lo vive porque en él se gasta energía tanto física como psíquica. Al perder un objeto o ser amado se tiende a mantener el ideal o la fantasía de que todo se restablecerá, para no afrontar la pérdida. Esta defensa del sujeto corresponde a una negación, siendo este un mecanismo de defensa que se utiliza para que el contenido psíquico de la pérdida no sea tan invasivo al Yo, el cual busca protegerse de todo aquello que le resulte peligroso para sí mismo. Una vez que el sujeto se sitúa en la realidad de pérdida se dará cuenta que su objeto amado no regresará más y ahí depende de cuales sean los recursos yoicos obtenidos durante toda su vida para enfrentar y resolver la tarea de aceptación, y al finalizar con este proceso la libido podrá nuevamente restablecerse y dirigirse hacia un nuevo objeto.

## **1.2 Duelo en autores post freudianos**

### **1.2. 1 Melanie Klein**

Melanie Klein menciona que las experiencias tempranas de gratificación y frustración cumplen un papel importante en la constitución interna de un niño y esto no depende en sí del estímulo, sino de la manera en la que este elabore dichas experiencias y las introyecte en su vida. Cuando se habla de duelo cabe mencionar que es un proceso incesante que inició desde la infancia y, como menciona Klein, atravesamos continuamente (Klein, 1967).

Al hablar de pérdidas no solo se trata de muerte en sí, puesto que existen varios tipos de pérdidas, lo cual nos significa atravesar por un proceso de duelo. En este sentido, se puede decir que la muerte puede estar tanto en el orden de lo real como de lo no real. De lo real cuando la muerte como tal se ha producido, mientras que, en el orden de lo no real, cuando los vínculos se han roto o han desaparecido. El duelo es variable y complejo, en él no se define un espacio ni etapas específicas. Se trata de un proceso totalmente subjetivo en el cual entran muchos aspectos en juego.

Klein expone dos estadios. El primero es la posición esquizo - paranoide la cual se desarrolla entre el tercer y cuarto mes de vida, y la posición depresiva entre el sexto y doceavo mes (Klein, 1984). La posición esquizo paranoide se denomina así porque, por un lado, el niño hace una división de su ego y dirige su amor y odio hacia aquello que le gratifica o le frustra, dividiéndolo en pecho bueno y pecho malo respectivamente. Y, por otro lado, el niño se siente perseguido por aquello que le disgusta y adopta una posición paranoide. Y así dirige el amor y odio, instintos básicos, hacia aquello que le gratifica o frustra.

La posición depresiva, por su parte, se da cuando el niño ya distingue el objeto en el octavo mes de vida. Esta posición es similar a un sentimiento de culpa, como se explica en la siguiente cita: “El sentimiento de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto, es para mí la esencia de la culpa. El impulso a anular o reparar este daño proviene de sentir que el sujeto mismo lo ha causado, o sea, de la culpa. Por consiguiente, la tendencia reparatoria puede ser considerada como consecuencia del

sentimiento de culpa" (Klein, 1984, pág. 45). El niño rechaza el haber tenido sentimientos de odio y repulsión.

La madre cumple con funciones gratificantes o frustrantes para el niño, como lo explica la siguiente cita: "La madre desempeña un papel duradero en nuestra mente porque ella fue la que primero satisfizo todas nuestras necesidades de auto preservación y nuestros deseos sensuales, proporcionándonos seguridad" (Klein, 1984, pág. 136). También cumple con estas funciones de acuerdo al nivel de gratificación que esto le proporcione a ella, por ejemplo, una madre sobreprotectora lo será porque en ella existe algún tipo de sentimiento que desea compensar para no sentirse culpable o, así mismo, una madre dejará que sus hijos sean autónomos e independientes sin hostigamientos, pero brindándoles la seguridad de que cuando quieran volver, el afecto seguirá presente.

Melanie Klein en su obra *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*, afirma lo siguiente:

"(...) hay una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Creo que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso" (Klein, 1967, pág. 279). El niño cuando afronta el proceso de separación e individuación entra en una etapa depresiva "Yo- no Yo" porque se da cuenta que el pecho está afuera y es otro objeto aparte. En esta etapa pasa por un momento de duelo al saber que no es uno solo con la madre, que son dos personas independientes y por ello siente dolor. A lo largo de la vida, este dolor es revivido cuando perdemos un ser u objeto amado.

"(...) El niño experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete" (Klein, 1967, pág. 280). El objeto de duelo en la infancia es el pecho de la madre, al sentir que lo perdió por sus deseos de voracidad e incontrolable deseo destructivo, entra en estado de depresión por lo que este significa ya que es un objeto que lo gratifica, lo alimenta y le da sentimientos de seguridad.

Otro hecho que marca la culpa que el niño siente son sus deseos agresivos y aniquiladores contra sus hermanos y hermanas, al ser estos rivales de afecto, siente deseos

agresivos contra ellos, sin embargo la culpa llega al sentir que dichos “objetos buenos” puedan llegar a desaparecer por sus fantasías.

Finalmente, se vive en duelo desde siempre, y cómo se haya afrontado en la primera infancia y de los recursos que se hayan adquirido en este periodo dependerá el cómo se procesen los duelos en la vida adulta, “el aumento de amor y confianza y la disminución de los temores a través de experiencias felices, ayuda(N) al niño paso a paso a vencer su depresión y sentimiento de pérdida (duelo)” (Klein, 1967, pág. 281). Depende del niño el cómo se van a introyectar estos recursos entregados por quien realiza la función de madre. Existen niños que reciben poco afecto o gratificaciones y maximizan esos recursos para afrontar sus duelos o niños que a su vez han recibido mucho afecto y seguridad y sin embargo no aprovechan esos recursos en su totalidad.

Es beneficioso para el niño que los elementos de seguridad, amor y paz se encuentren disponibles para él porque es más fácil que, con estos a su disposición, pueda superar su posición depresiva y posteriormente sus duelos.

### **1.2.2 John Bowlby**

Este autor toma la infancia como referencia de partida en su teoría, llevando sus conclusiones hasta la edad adulta. Manifiesta que los vínculos afectivos creados durante la infancia derivan en secuelas importantes en la edad adulta. A estos vínculos Bowlby los denominó apegos y son indicadores de cómo se vivirán los duelos en etapas posteriores.

En su teoría Bowlby manifiesta lo siguiente: “La conducta de apego es un tipo de conducta social de una importancia equivalente a la del apareamiento y a la paterna. Sostenemos que cumple una función biológica muy concreta, a la que todavía no se le ha prestado suficiente atención” (Bowlby, 1998, pág. 250). Todos buscamos formar vínculos afectivos y esta necesidad se desarrolla desde el primer año de vida y para que una conducta de apego se manifieste es necesario una figura que forme un vínculo con el niño y esta a su vez satisfaga sus necesidades biológicas y afectivas.

Bowlby propone tres tipos de apego:

**TABLA No. 1**

<b>Apego Seguro:</b>	Apego en la cual la interacción es cálida, confiable y segura
<b>Apego Inseguro- Evitativo:</b>	Apego que manifiesta rechazo y ansiedad frente a la figura de apego
<b>Apego Inseguro. Ansioso, Ambivalente:</b>	Apego que demuestra angustia ambivalente por separación

(Bowlby, 1998)

Bowlby expresa que los bebés hacia el tercer mes de vida ya distinguen a su madre sobre el resto de las personas, la siguen con la mirada y buscan profundizar la relación con ella. En palabras del autor: “Al ver a la madre, el bebé de esa edad sonríe y vocaliza con mayor prontitud, y la sigue con la mirada durante un tiempo mayor que al resto de la gente. Por consiguiente se manifiesta ya cierta discriminación perceptual” (Bowlby, 1998, pág. 274). Enfatiza al igual que Freud, que la percepción juega un papel fundamental en la relación con el objeto. Sin embargo, para Bowlby no es suficiente demostrar un apego solo con el reconocimiento, pues el niño debe exteriorizar angustia cuando la madre se aleja de él, por ello la conducta de mantenimiento de proximidad debe manifestarse y hacerse evidente (Bowlby, 1998).

Para Bowlby, existen varias pautas y condiciones que garantizan el desarrollo de un vínculo:

**TABLA No. 2**

<b>Señales de la figura:</b>	La madre debe responder a las señales del bebé
<b>Intensidad de interacción:</b>	Se toma en cuenta el tiempo de interacción del niño con su madre, la interacción y la intensidad de este
<b>Naturaleza de la interacción:</b>	Se enfatiza la manera en la que se miran la madre y el bebé, la manera de tocarse, y las reacciones que surgen ante una separación

(Bowlby, 1998)

Bowlby plantea que mediante la conducta de apego se crean vínculos afectivos, primero: desde niño- progenitor, o quien cumple el papel de madre, y después con las figuras representativas que aparecen a lo largo de la vida del sujeto “Muchas de las emociones más intensas surgen mientras las relaciones de apego se forman, se mantienen, se desorganizan y se renuevan” (Bowlby, 1998), por ello la idea de separación o pérdida provocan sentimientos de angustia y malestar; cabe mencionar que Bowlby utiliza el termino *aflicción* refiriéndose al *duelo* por el que posteriormente el infante atraviesa luego de la pérdida.

Entonces, la formación de vínculos desde la temprana infancia es fundamental para el desarrollo y supervivencia de la especie porque, según Bowlby menciona, el crear vínculos representa también cuidar del otro, de otra manera, de no hacerlo, el bebé no sobreviviría.

La conducta de apego no desaparece, más bien se permanece durante toda la vida como un modelo de conducta que el adulto crea y conserva para formar vínculos con otros. Se puede tomar como referencia el tipo de apego y la manera en la que el niño superó la angustia frente a este, para tener una idea de cómo en la vida adulta se van a poder afrontar **los duelos**. A veces, por ejemplo, se puede evidenciar, en sujetos que han atravesado por pérdidas tempranas, que muestran mayor resistencia a la separación de un objeto investido y también se muestran resistentes a formar nuevos vínculos por temor a atravesar por una nueva pérdida. Es decir las experiencias de pérdidas infantiles determinan en gran medida a las repuestas del sujeto frente al duelo.

### **1.2.3 Donald Winnicott**

Winnicott (1998)<sup>3</sup> por su parte, centra su teoría en la relación madre-lactante y de ahí propone que las relaciones posteriores se fundarán en la relación que haya emergido de aquella diada. Para este autor es indispensable que las primeras relaciones sean seguras y proporcionen un medio adecuado para el desarrollo del niño, ya que con modelo de estas primeras experiencias se formará la calidad de relaciones interpersonales futuras del bebé.

---

<sup>3</sup> Sobre este autor, el presente trabajo, se ha centrado en enfatizar aspectos relacionados a la dependencia relativa y absoluta. Por lo que no es un estudio general del mismo.

Es decir, todo lo que se refiere al entorno va a ser limitado exclusivamente a su madre y el bebé va a percibir lo que le rodea a partir de la relación con esta. Entonces la madre cumple el papel de ser la figura primordial que dentro de la diada provea de amor, seguridad y a su vez le permita obtener logros madurativos (Winnicott, 1998).

Winnicott señala que el sujeto realiza un recorrido de dependencia a independencia desde que nace, y en esta dinámica distingue tres categorías: la dependencia absoluta, que es en la que el niño depende en su totalidad de la madre o de quien hace la función de madre, porque naturalmente no puede satisfacer sus necesidades vitales por el mismo; la dependencia relativa que es aquella en la que el niño aunque depende aun de sus padres ya empieza a tener conciencia de aquello que pasa a su alrededor, por ejemplo: cuando ya es hora de comer por los sonidos o cuando la madre se ausenta más del tiempo que el niño sabe se ausentará este empieza a sentir angustia al no saber si su madre vive (aquí empieza a comprender que su madre es necesaria, sin embargo en esta etapa ya empieza a reconocer de a poco sus propias capacidades); y, finalmente, la fase hacia la independencia en la cual el niño comienza su búsqueda afuera, se da cuenta de que puede interactuar y socializar, lo cual, dependiendo de sus recursos yoicos le resultará amenazador o no. Y por último se da cuenta que lo que está fuera de él y no puede modificarse o cambiar es un no-yo mientras que los actos que puede realizar por él mismo son un yo el cual le permite continuar con su proceso de maduración y desarrollo (Winnicott, 1963).

La autonomía e independencia permiten que el sujeto pueda realizar cualquier actividad sin ataduras o limitaciones. Además, la libertad es un factor que el ser humano persigue y anhela porque abre las posibilidades de supervivencia, conservación y, lo más importante, de crear un Yo sin obstáculos ni impedimentos. Frente a esto la pérdida de una función en el cuerpo, tal como ocurre en el caso de la IRC y las implicaciones concretas de su tratamiento, limita el libre ejercicio de actividades del sujeto diagnosticado, ya que de no asumir el tratamiento adecuado, la consecuencia es la muerte. Entonces, es natural que devenga una sensación de minusvalía y dolor al sentir que el desarrollo ha terminado, puesto que ahora la persona se descubre limitada al encontrarse en un estado de **dependencia relativa** en tanto tiene que realizar actividades con ayuda de otros o

**dependencia absoluta** cuando ya no es posible ninguna actividad por sí mismo (Winnicott, 1963).

#### **1.2.4 Adriana Bauab de Dreizzen**

Según Bauab de Dreizzen el término duelo hace referencia al dolor que se siente por la pérdida de un objeto, o idea a la cual se tuvo un determinado afecto o apego. El dolor puede llegarse a sentir como un aspecto que viene desde el cuerpo físico. Es muy común describir tal dolor como “si les arrancasen el corazón”. Como menciona Bauab de Dreizzen: “(...) podemos afirmar que el duelo es dolor, dolor psíquico que puede llegar hasta encarnarse, como es el caso de algunas enfermedades psicosomáticas (...)” (Dreizzen, 2001, pág. 13). El dolor no proviene desde un aspecto físico, pero la sensación llega a apoderarse de tal manera que así es como se siente. Bauab de Dreizzen señala que las pérdidas ocasionan un “agujero en lo real” (Dreizzen, 2001, pág. 20). Con lo real porque es una sensación que está ahí, que existe y cuando habla de agujero se refiere a este espacio vacío que queda en el sujeto, que no puede ser rellenado.

“Digo lo real como aquello que produce un cimbronazo” (Dreizzen, 2001, pág. 20), en el sentido en el que sujeto recibe la pérdida, siente el dolor inicial que puede ser tan amenazante para el Yo, que este pone a disposición todos sus recursos simbólicos e imaginarios para que se amortigüe el golpe inicial. En la medida en que debe protegerse de esto recurre a utilizar mecanismos de defensa, la negación por ejemplo, que le ayudan a estabilizarse.

El sexo y la muerte, según la autora menciona, son los modos de presentación que atañen a lo real. Son dos hechos que impactan y marcan la vida del sujeto cuando se encuentra ante ellos cara a cara: ante una pérdida repentina, ante la muerte de un ser cercano y ante la presencia de su cuerpo sexuado (Dreizzen, 2001).

Estos dos componentes, están en el orden de lo real o existente, sin embargo, cuando el sujeto se ve frente a la pérdida, la cual siempre sorprende, se enfrenta también a una reorganización del orden de lo simbólico, a un ajuste de significantes que pueden llegar a desencadenar en malestar. “En la realidad hay múltiples objetos que rodean al sujeto, solo

la pérdida de algunos ocasionan un agujero en lo real” (Dreizzen, 2001, pág. 20). Este punto se puede vincular con la teoría freudiana al decir que existen numerosas pérdidas de hecho el sujeto constantemente se encuentra en duelo “desde el instante de su nacimiento, el hablante ser, inicia un recorrido de alineación y separación de los objetos del mundo, edificante para su subjetividad” (Dreizzen, 2001, pág. 35), sin embargo solo aquello que el sujeto ha investido, libidinizado, es aquello que entrará al orden de lo simbólico.

Para que el duelo sea elaborado es necesario que el sujeto atraviese por una secuencia de tiempos lógicos, no definidos y explica ese proceso inicial de desmentida de la pérdida, seguido por un segundo momento de duelo o segunda pérdida, hasta que el sujeto logra liberar la libido, y esta puede investir otros objetos (Freud citado en Dreizzen, 2001). La pérdida siempre quedará inscrita en el historial del sujeto solo que a partir de su liberación, el sujeto será capaz de verlo como parte de una experiencia que dolió pero podrá rescatar los aspectos significativos.

Para finalizar, cabe mencionar que tanto para Klein como para Bauab de Dreizzen el duelo es un proceso incesante, que inicia en la infancia y nunca termina porque atravesamos duelos todo el tiempo, investimos objetos conforme la vida transcurre. Klein y Bowlby, por su parte, hablan acerca de que los lazos creados con el objeto de amor y la manera, la intensidad con la que viva una pérdida el sujeto, da cuenta de cómo en la infancia atravesó sus duelos.

Para Klein, Bowlby y Winnicott, las condiciones externas se internalizan en los primeros meses de vida y las experiencias tempranas y el tipo de vínculo que se forme son indicadores de cómo se vivirán los duelos en etapas posteriores. Los niños dominados por sentimientos de ansiedad, arrastran temores de persecución y a estos se añade el temor por pérdida de objetos amados. El aumento de amor y confianza a través de experiencias positivas ayudan a que el niño poco a poco venza el sentimiento de pérdida y depresión. Klein de igual manera afirma que el dolor de pérdida de un objeto real o representativo, está aumentado por las fantasías inconscientes de haber perdido los objetos buenos internos, como consecuencia el sujeto siente que su mundo interno se descompone, reavivando de esta manera la posición depresiva, y los temores de persecución.

En conclusión se puede ver que el duelo, en psicoanálisis, es una temática presente en diferentes autores, los cuales influyeron en la creación y desarrollo del término “duelo” en sí. Los autores previamente mencionados, aunque no en su totalidad, concuerdan en ciertos elementos, como se ha podido manifestar.

### 1.3 Proceso de duelo

Freud, en su escrito de 1915, elabora una descripción de los tiempos del duelo, en la cual explica los momentos por los que atraviesa el proceso: un primer tiempo la desmentida, seguido por un revivenciar o segunda muerte y, un tercer momento, cuando la libido pueda nuevamente investir a otros objetos. Dreizzen define al proceso de duelo como un espacio que responde a un tiempo lógico y cronológico subjetivo en cada persona “(...) diremos que el atravesar un duelo exige considerar una multiplicidad de tiempos, ya que no solo incumbe a un desarrollo cronológico sino que también atañe una lógica en la que se distinguen tiempos de posicionamiento subjetivo” (Dreizzen, 2001, pág. 22).

En el primer tiempo cuando la pérdida se ha producido en lo real, lo existente, la reacción frente a este hecho es la desmentida, “esto no ocurrió” “no puede ser”. Se trata de un estado en el que el sujeto busca defender su psiquismo contra lo que resulta amenazador y peligroso para su conciencia, para su Yo “frente a la pérdida en lo real, la primera respuesta es la renuncia a aceptarla, la renegación –*verleugnung*-(...) (Dreizzen, 2001, pág. 22). Freud sitúa esta manifestación como una reacción cercana a la psicosis. En el texto *Duelo y melancolía* (1915) Freud expone el término “Psicosis Alucinatoria del Deseo” y explica que esta se presenta ante una ausencia del estado de duelo en la cual el sujeto se resiste al trabajo de duelo y a retirar los enlaces libidinales puesto que, situarse en esto, implica un gasto de energía, tiempo y es doloroso. El sujeto además presenta un extrañamiento o rechazo de la realidad en el cual intenta retener al objeto perdido a nivel psíquico. En este primer tiempo son frecuentes las expresiones de haber visto al ser amado, el haber escuchado su voz, aparece el muy común “es como si siguiera aquí”.

Para que se produzca el trabajo de duelo es necesario que la pérdida se haya inscrito y que se realice el examen de realidad, es decir, que haya conocimiento de que en efecto el ser u objeto amado se perdió. En el trabajo de duelo el sujeto necesita expresar todo aquello

que su objeto perdido significó para él, el negarlo señala que el sujeto aún no se encuentra listo para retirar los enlaces libidinales y elaborar la pérdida; por lo tanto esta se encuentra en el orden de lo real, lo existente, pero aún no ha llegado al orden de lo representativo o simbólico.

La autora menciona que en trabajo de duelo, no es necesario saber qué pérdida al sujeto “le hace agujero en lo real”, lo esencial es saber si operó en la estructura un duelo particular: el mismo en el que el objeto se constituyó. Solo aquello que se haya investido e implique una sustracción amorosa será objeto de duelo por su relación a la elección narcisística del objeto (Dreizzen, 2001).

La autora explica que el segundo tiempo: “comprende estrictamente al trabajo de simbolización que implica un alto gasto de energía, de investidura y de tiempo. Se ejecuta pieza por pieza y conlleva un displacer doliente” (Dreizzen, 2001, pág. 22). El trabajo de simbolización implica una reprogramación del psiquismo del sujeto lo cual resulta agotador porque se revive, se racionaliza, se vuelve a revivir y es un proceso que no cesa porque implica un recuento de la pérdida. Este movimiento permite que se vaya aceptando de a poco que el objeto de pérdida ya no está y es, además, el examen de realidad que permite que se retire la libido de aquello que se perdió.

En este tiempo el sujeto busca vivir el duelo sin que este lo anule porque ya el examen de realidad se ha puesto en movimiento, por ello busca retomar ideas o espacios anhelados que había postergado y es entonces cuando las actividades elegidas pueden anexarse a lo sublimatorio. La energía psíquica busca espacios para emerger, si bien estas actividades no son propiamente catárticas, forman parte de un proceso, proceso por el cual se debe atravesar. “En ocasiones, es la operatoria del duelo que propicia e inicia la búsqueda y el encuentro con anhelos postergados o aquellos con los que una existencia se apasiona (...)” (Dreizzen, 2001, pág. 23). Encontrarse con tropiezos y dificultades dentro de este tiempo generalmente dificulta el proceso “normal” del duelo, y este se convierte en patológico, o freudianamente llamado melancólico y en este estado el sujeto en su intento de separarse del peso del objeto perdido puede cometer actos que vayan en contra de sí mismo (Freud, 2012/ 1915).

Por último, cuando los dos primeros tiempos lógicos se han manifestado aparece un tercer tiempo en el que el sujeto reconoce y acepta la pérdida junto a las circunstancias en las que esta se produjo. Si bien atravesamos por innumerables pérdidas, no se puede hablar del objeto perdido como un objeto sustituible, porque este posee cualidades únicas que llevan parte del sujeto en él. “La función del duelo no sería el cambio del objeto, sino la transformación de la relación del sujeto con el objeto fantástico” (Dreizzen, 2001, pág. 37), función en la cual el sujeto cambia de posición frente al objeto perdido.

El sujeto, como se encuentra en proceso de duelo, puede efectuar o revivir la pérdida por segunda ocasión “donde el sujeto en una posición activa puede consumir por segunda vez la pérdida, asesinando al objeto, matando al muerto o, en otras palabras, perdiendo en lo simbólico lo que había sido perdido en lo real” (Dreizzen, 2001, pág. 24). En este tiempo finalmente la pérdida pasa de estar en el orden de lo real, existente, y se inscribe en el orden de lo simbólico o representativo para el sujeto.

Así, la pérdida en este tiempo se ha inscrito, por lo tanto la libido ha clausurado cada recuerdo, cada momento que lo ataba al objeto y ahora la energía se encuentra libre para poder investir otros objetos; el objeto perdido no regresará más, sin embargo ahora es parte de la historia del sujeto. Finalmente, cabe decir que cada momento en el duelo es triste y juntar las piezas, acomodarlas, no es una tarea fácil, por lo que, es necesario destacar que este es un proceso subjetivo, el cual no reconoce fases cronológicas ni etapas determinadas.

#### **1.4. Manifestaciones del duelo**

Etimológicamente la palabra “manifestar” se encuentra definida de la siguiente manera:

“El origen de este término hay que buscarlo en el latín *manifestus* o *manifestus*, derivado de manus, “mano”. La segunda parte de la palabra resulta de más difícil filiación, aunque podría tratarse de la forma latina vulgar *festus* procedente del verbo *ferre*, “acercar”, “mostrar”. Tendríamos así una palabra que literalmente significaría “enseñar las manos”, quien si en

señal de inocencia, lo que puede interpretarse, y estaría más cerca del significado habitual como “no tener nada que ocultar” “declararlo todo” (...)

(Buitrago & Torijano, 1998, pág. 301)

Remitiéndose a la etimología se puede decir que, manifestar es exponer aquello que el sujeto está atravesando, declarar sin palabras aquello que deviene, en el caso del duelo, de un dolor profundo ante la pérdida de un objeto amado. El sujeto atraviesa por una serie de manifestaciones que revelan que el proceso de duelo se encuentra latente. Dentro de estas, se encuentran expresiones como, el llanto fácil, ira, agresividad, decaimiento, el nudo en la garganta.

Melanie Klein en el texto *Sobre la Identificación* (1955) señala a la **identificación** como aquella que se realiza por **proyección**, de ahí el término “Identificación Proyectiva”. En la identificación el niño adopta rasgos del objeto con los cuales se asocia o relaciona y los internaliza (introyecta), entonces el niño atribuye aspectos a su Yo de objetos externos ya sean estos buenos o malos. El niño vive su realidad (el cual es su mundo interno) de acuerdo a sus pensamientos, experiencias y fantasías, y los proyecta al mundo externo (proyección). Klein señala que cuando existe una tendencia excesiva a la proyección se produce un agujero en el Yo lo cual lo fragmenta y lo divide (Klein, 1955). La consecuencia de la identificación proyectiva en extremo conduce a un empobrecimiento del Yo, porque el sujeto siente que una parte de él se ha quedado en el objeto. En las manifestaciones del duelo<sup>4</sup>, se puede decir que el sujeto ha internalizado al objeto perdido como bueno, ha tomado una parte de él para su Yo, y al ver que ese objeto se ha ido siente que una parte de sí mismo se fue con él, causando en él dolor, llanto, agresividad etc.

Freud realizó un trabajo referente a las manifestaciones histéricas, señaló que estas aparecen tras la dificultad de no poder procesar eventos traumáticos y dolorosos. En la histeria de conversión específicamente menciona que los síntomas aparecen cuando la

---

<sup>4</sup> Todo sujeto presenta un duelo al verse frente a una pérdida, el duelo no es exclusivo de la neurosis de histeria, sin embargo en este trabajo se hace énfasis debido a su fuerte influencia y relación con el cuerpo.

sobrecarga de energía psíquica, al no ser procesada o puesta en palabras, se transforma en síntoma. Es decir el sujeto siente el dolor a nivel físico: “El síntoma conversivo "afecta" la musculatura voluntaria, la inervación periférica, la sensibilidad, los sentidos y la conciencia (...)” (Sandoval, 2005, pág. 2). El síntoma busca salida en el cuerpo y el dolor que siente el sujeto es real.

Los pensamientos y hechos no puestos en palabras se inscriben en el inconsciente siendo la vía hacia la histeria y la represión. Para Freud era importante el trabajo desde la asociación libre, porque de esta manera se buscaba exteriorizar eventos reprimidos sin tener que limitarse en la expresión. Freud añadió lo siguiente:

“(…) Y entonces, estas formaciones de pensamiento que han quedado relegadas al estado de lo inconsciente aspiran a una expresión proporcionada a su valor afectivo, a una *descarga*, y en el caso de la histeria la encuentran en el proceso de la *conversión*, en fenómenos somáticos: precisamente los síntomas histéricos” (Freud, 2012/1905, pág. 149).

Por ende la conversión resulta de la represión que se manifiesta en el cuerpo. El cuerpo entonces se convierte en un mapa que sitúa lo no manifestado o puesto en palabras.

Bauab de Dreizzen (2001) expone lo siguiente: “En el germen de la conversión histérica convergían lo sexual como traumático pero también lo traumático de alguna muerte, que desencadenaba la sintomatología conversiva”, cuando se habla de muerte en psicoanálisis, como se ha mencionado, no es solo muerte en lo real, es también una muerte en el orden de lo no existente, lo no palpable, y las manifestaciones de dolor físicas se atribuyen a toda clase de pérdidas, que buscan ser expresadas.

Las expresiones de dolor que están relacionadas con el cuerpo se pueden manifestar de diversas maneras, estas se pueden encontrar en actos que generan daño o auto infringirse dolor, en palabras del autor: “Adicciones a la comida, como es el caso de la bulimia, o a comer nada, como en la anorexia, al alcohol, a drogas o a psicofármacos hallan frecuentemente su inicio a partir de una pérdida significativa” (Dreizzen, 2001, pág. 17). Cuando un sujeto está atravesando por un duelo, este se ve eclipsado por el objeto perdido y ante esto, puede perder relación entre lo que es bueno o malo para sí mismo, porque el

interés se ha perdido y todo gira en torno a lo que no está. Infringirse o someterse al dolor puede ser una manera de auto sancionarse por haber causado la pérdida.

La autora señala lo siguiente: “Propongo considerar que, frente a la pérdida, el sujeto elabora una respuesta, y entonces entramos en la constelación de los síntomas conversivos. Si no dispone de recursos simbólicos para responder, reacciona con lo real orgánico” (Dreizzen, 2001, pág. 139). El sujeto tratará de buscar explicaciones y respuestas frente a la pérdida y al desamparo que esta produce, buscará aplacar la angustia que le genera la falta, como una defensa a su Yo y por ello a toda costa buscará reordenar nuevamente lo que se ha desestructurado. Si es que el sujeto no posee los recursos yoicos necesarios para poner en palabras y elaborar la pérdida, el síntoma será entonces la respuesta ante la falta de recursos simbólicos y este se alojará en un lugar y tomará efecto en el cuerpo.

Tras estas manifestaciones es posible evidenciar en ciertos casos también un goce, el cual no puede ser medible bajo las lupas de un microscopio, o las imágenes de radiografía, y es el significado que los sujetos dan a su estado, que a su vez es “gozoso” porque les permite atribuirse una nueva identidad: “Ya en su presentación hay una dimensión del ser y de la nominación que se conjugan en quien padece una afección psicósomática. Soy asmático, soy hipertenso, soy psoriásico, soy canceroso, son modos de nombrar una identidad” (Dreizzen, 2001, pág. 140). Identidad con las que pueden atribuirse ganancias secundarias o beneficiarse.

Bauab de Dreizzen retomando a Freud, enfatiza la relación cuerpo-mente en su teoría para explicar las manifestaciones físicas de un duelo, porque el dolor psíquico al no ser expresado de manera verbal busca expresarse en forma sintomática.

El Yo se sitúa como el enfermo, el que conserva la identidad que se le ha asignado, adopta esa posición y habría que preguntarse hasta qué punto el sujeto desea conservar su situación como paciente, hasta qué punto la enfermedad produce más goce que la salud “El yo que se presenta como enfermo con su demanda paradójica ante el médico: quiere que lo curen y al mismo tiempo quiere que ratifiquen su condición de enfermo” (Sandoval, 2005).

### 1.4.1 Melancolía

Ante la pérdida de un ser u objeto amado, el sujeto se encuentra en un proceso de constante estructuración emocional, en ese proceso el gasto psíquico es eminente. La persona no solo sufre por la pérdida real, sufre por la reestructuración psíquica que debe realizar. Existen manifestaciones que son subjetivas en cada persona, el grado o no de control dependerá de los recursos yoicos que la persona haya adquirido en sus etapas previas de desarrollo. En palabras de la autora:

Frecuentemente, en la clínica cotidiana las consultas giran en torno a un estado de depresión que comporta además de humor triste, inhibición generalizada, abulia, falta de energía y trastornos del apetito y del sueño que varían desde una marcada disminución a un exceso desenfadado (Dreizen, 2001, pág. 190).

Hoy en día el término “depresión” se utiliza dentro de varios contextos. De acuerdo al *Diccionario de psicoanálisis clásico* la depresión estaría definida de la siguiente manera: “Estado de enfermedad psíquica en el que la actividad vital se ve paralizada por desilusiones, sensaciones de inferioridad, desconsuelo y hastío de la vida, ya sean estas auténticas o presuntas. En casos extremos existe el peligro de suicidio” (Doucet, 1975).

De la siguiente definición es importante recalcar que una de las características de la depresión es la de tener una tristeza profunda, en palabras psicoanalíticas un referente a tristeza profunda es la melancolía. Freud en su escrito de Duelo y Melancolía define a la melancolía de esta manera:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (...) (Freud, 2012/1915, pág. 242).

El sujeto en melancolía atraviesa un proceso más complicado puesto que su Yo fue eclipsado por el objeto perdido, deviene un estado de culpa profunda, y esto es lo que diferencia de un duelo normal: el nivel o grado de culpabilidad frente a la pérdida. Generalmente en la melancolía la culpa es tan fuerte que el sujeto supone que el causó por completo la pérdida del objeto, sin pensar que otras causas posiblemente aportaron para que la pérdida se efectuara.

El Yo al quedarse sin voluntad, decae en un espacio de melancolía profunda y el trabajo de duelo en este tipo de estado propone una labor más complicada y extensa. Las manifestaciones de un sujeto en melancolía dan cuenta de un desmoronamiento del Yo “El cuerpo melancolizado parece agobiado, apesadumbrado por el peso de la sombra de un objeto” (Dreizen, 2001, pág. 193).

Freud por otro lado en su obra *Inhibición, Síntoma y Angustia* hace referencia a la angustia, y la define de la siguiente manera: “(...) deberíamos decir que la angustia nace como reacción frente al peligro de la pérdida del objeto” (Freud, 1925, pág. 158). Ante la pérdida el sujeto manifiesta la angustia como reacción, ya que el Yo procura defenderse de lo que representa un peligro para su realidad psíquica.

Freud en su obra *Tres Ensayos de teoría sexual* se refiere a la angustia infantil como una manifestación en la cual el niño se siente atemorizado frente a una figura desconocida, en otras palabras, siente angustia al no ver a su objeto de amor “la angustia de los niños no es originariamente nada más que la expresión de su añoranza de la persona amada; por eso responden a todo extraño con angustia; tienen miedo de la oscuridad porque en esta no se ve a la persona amada” (Freud, 2012/1905, pág. 204). La angustia se desarrolla en mayor medida en niños que han sido expuestos a mimos excesivos. Ya en edad adulta el neurótico si no puede satisfacer su libido y al encontrarse solo y miedoso exterioriza angustia como un niño.

En 1925, Freud, extiende su teoría y expone la angustia que siente el niño al perder de vista a su madre y concebir el miedo de una posible pérdida. Freud explica así mismo, que el primer estado de angustia de pérdida se da por la percepción, en palabras del autor: “la primera condición de angustia que el yo mismo introduce, es por tanto, la de la pérdida

de percepción, que se equipara a la de la pérdida del objeto” (Freud, 2012/1925, pág. 159). Por ello relata que el clásico juego de hijo- madre en el que la madre esconde su rostro para luego descubrirlo es importante debido al discernimiento que la madre desarrolla en el hijo. La presencia de la madre actúa como un estímulo para las respuestas del infante. Durante el primer año de vida de este, las experiencias y las acciones intencionales son probablemente las que influyen de manera significativa en el desarrollo de la personalidad del niño.

El aporte de los autores citados contribuye a la formación y desarrollo de una terminología referente a la angustia la cual, como se ha mencionado, se manifiesta desde la primera infancia, primero con el objeto libidinal, y luego con el objeto de apego de su elección. El tipo de duelo depende de cómo se haya tramitado la angustia en etapas tempranas y los recursos yoicos del sujeto desarrollados en su vida.

#### **1.4 Aspectos culturales del duelo**

Como punto de partida, es importante no confundir duelo con luto. Luto es la forma de exteriorizar el dolor y es una respuesta significativamente determinada por la sociedad. Así, por ejemplo, las formas exteriores del luto difieren entre sociedades con distintas herencias culturales, como puede ser el caso del luto en una sociedad o un grupo humano de tradición budista y otro de tradición judeo-cristiana.

Entonces, con respecto al duelo ocurre algo parecido a lo que sucede en el caso del luto. Desde el punto de vista cultural, las manifestaciones y expresiones del duelo también suelen variar, y esto se debe a que en cada lugar del mundo, en cada sociedad los ritos del duelo son distintos, cada uno tiene su origen y definición y los diversos comportamientos en comunidad dentro de los rituales explican que la interacción social es un aspecto evidente dentro del duelo.

Dicho lo anterior, se puede señalar que en el proceso de duelo la cultura es un aspecto importante que hay que considerar, pues aunque el duelo es un proceso subjetivo, no es menos cierto que la subjetividad, en tanto somos seres sociales, está atravesada por la cultura. En este sentido señala Tizón que “(...) hemos de partir del hecho de que, si bien el duelo se vive sobre todo como una experiencia individual, psicológica, psicosocial y

psicobiológica, es también una realidad colectiva” (Tizón, 2013, pág. 27). Esta realidad colectiva, tanto las relaciones con otros como lo que la ha dejado en nosotros nuestro grupo de pertenencia, se presenta a manera de empatía o solidaridad hacia quien está atravesando una pérdida.

Para comprender mejor esta variación cultural de los procesos de duelo es importante que tengamos en cuenta que esta se explica también porque no en todas las culturas las creencias que conforman las respuestas emocionales son las mismas. Sobre este punto señala Hernández que

Las emociones en las culturas consideran las formas de narrar, los comportamientos y los gestos y reacciones de las personas, pudiendo ser vistos como una gramática de las relaciones sociales en las que emoción y corporalidad constituyen dimensiones que organizan las explicaciones que esas personas nos ofrecen (Hernández, 2012, pág. 53).

Al decir que las emociones, y lo que su expresión implica: gestos, comportamientos y reacciones, pueden ser entendidos como la gramática de las relaciones sociales, lo que el autor está sosteniendo es que en estos podemos leer y comprender aquello que los sujetos manifiestan o han de manifestar en sus procesos de duelo. Es decir, estas expresiones dan cuenta de la manera en la que los individuos viven el proceso de duelo, el cual está relacionado con su cultura y sociedad.

En este sentido, el sujeto, al atravesar por un proceso de duelo, realiza innumerables rituales que le ayudan en la elaboración de este. Con el paso del tiempo estos rituales se han hecho indispensables y necesarios debido a que el sujeto necesita vivir la pérdida y sus tiempos para que esta se instaure en el psiquismo; lo cual no es fácil y, como se ha señalado anteriormente, es un proceso. Ahora bien, los ritos además de ser importantes en el proceso mismo del duelo, “también prescriben unos tiempos, tras los cuales el duelo debe terminar. La duración de los mismos, difiere enormemente de una cultura a otra (...)” (Hernández, 2012, pág. 51). Así mismo, la duración de ciertos ritos depende también de los tiempos subjetivos, y forman parte de la necesidad personal y colectiva como un intento de elaborar el duelo.

En el caso de la cultura andina<sup>5</sup> podemos ver un poco lo que hemos manifestado hasta ahora, cabe recalcar que en el presente trabajo se remitirá a la cultura andina, puesto que la muestra para el estudio de esta se encuentra relacionada con sujetos precedentes de la misma. Los procesos de duelo en esta cultura poseen expresiones y características propias de su organización, religión, sociedad y trabajo. El hombre andino de cierta manera no existe si no se encuentra dentro de las tradiciones, si no cumple con sus funciones y deberes con y para su comunidad. Es importante recalcar que el verdadero “arje” (fuente-principio-origen) para la cultura andina, es aquello que está relacionado con el todo, son aquellos vínculos o nexos que los unen y estos son del tipo simbólico, afectivo, celebrativo, religioso (Estermann, 1998).

Así, al ser esta una cultura en la cual el aspecto comunitario es esencial es apenas obvio que sea allí desde donde debe interpretarse el duelo y sus manifestaciones. Frente al duelo en la cultura andina los lazos de unión se fortalecen al compartir el dolor por pérdida, lo cual se evidencia en lo común que resulta en nuestra cultura (como en muchas otras) el realizar eventos de tipo social congregantes, como los velorios ante una pérdida. Así, la muerte suele ser motivo de unión y re-encuentro familiar (Estermann, 1998).

Y esto es por la centralidad que en esta cultura ocupa la categoría comunidad, la cual se expresa en nociones tales como: trabajo comunitario, de responsabilidad social, y conocimiento como comunidad. Como explica Estermann “para la filosofía andina, el individuo como tal no es “nada” un (“no-ente”), es algo totalmente perdido, si no se halla dentro de una red de múltiples relaciones” (Estermann, 1998, pág. 97). Estas relaciones sociales, importantes para el desarrollo de la vida, hacen posible que también se generen “redes de apoyo” que sirven como sostén frente a la pérdida.

La importancia de la dimensión comunitaria en la cultura andina y su relación con el duelo, es algo que también se puede percibir en el lenguaje, porque ahí podemos leer y comprender el duelo y las formas de referirse a él. En ese sentido, en el caso de la cultura

---

<sup>5</sup> Existen varios debates con respecto al uso de una postura exclusiva de “cultura andina” debido a que en la modernidad occidental se ha introducido la terminología de un “mestizaje” o “heterogeneidad cultural”. En el presente trabajo se ha propuesto este término respondiendo al grupo cultural de la muestra que colaboró en la parte aplicada. El lector puede profundizar este tema con la siguiente bibliografía: Escribir en el Aire, Ensayo sobre la Heterogeneidad Socio-Cultural en las Literaturas Andinas por Antonio Cornejo Polar; y Mestizaje e hibridez: los riesgos de las metáforas. (Cornejo-Polar, 2003).

andina nos encontramos con expresiones que dan cuenta de estas redes de apoyo que brotan de la centralidad de la comunidad en expresiones propias de los allegados a quien vive el duelo; expresiones como: “te acompaño en tu dolor” o el ritual de expresar o dar el pésame, las mismas que resultan ser formas de apalabrar lo que son las costumbres compartidas de una cultura frente a la muerte.

Otro aspecto importante y que también está matizado por las influencias de la cultura, es la manera en la cual se experimenta la culpa. Cuando las pérdidas afectan al entorno familiar, como es el caso de las enfermedades en uno de sus miembros, el dolor se manifiesta por medio de la culpa. Esta está asociada al hecho de que en el núcleo familiar se mantiene la esperanza de sanación y recuperación -la misma que permanece durante el proceso de la enfermedad- y al no obtenerla se termina cuestionando aspectos que dan cuenta de la culpa: ¿qué fue aquello que faltó?, ¿qué se hizo mal o se pudo hacer mejor?

La esperanza puede revestir diversas formas, más o menos fantasiosas o más o menos realistas: desde la esperanza de que se descubra un nuevo fármaco para la afección (situación nada irreal en la medicina del siglo XXI), hasta que pueda darse un milagro, pasando por la esperanza-deseo de un diagnóstico equivocado, de una remisión espontánea (Tizón, 2013, pág. 155).

Ahora bien, esta esperanza suele estar animada por distintos relatos. La cultura andina, por ejemplo, se encuentra altamente influenciada y determinada por los contenidos de la tradición cristiano católica, en la medida en que esta tradición ha permeado considerablemente el mundo andino. No obstante, es importante señalar que en el mundo andino la esperanza también está coloreada por los contenidos de relatos nativos y que han permanecido en forma sincrética junto al cristianismo, los mismos que, no pueden obviarse dada la significación y valor que comportan para ciertos sectores de la población andina.

Retomando el papel que juega la tradición cristiano católica en la manera de comprender la esperanza frente a la pérdida, vale destacar una actitud propia de quienes viven en esta cultura: el sujeto suele ampararse de la creencia de que Dios o un milagro ayudarán a que todo dolor cese y toda enfermedad mejore. “De gran importancia es

también la red de sostén social que da ayuda a los supervivientes ya sea en el caso de la dimensión religiosa, mediante sus ritos y valores (...)” (Hernández, 2012, pág. 97).

El rol que ocupa la religión hace que la fe llegue a convertirse en una forma no tan dolorosa de asimilar la pérdida, en el caso del cristianismo, por ejemplo, esto es totalmente posible en la medida en que una de las promesas y verdades de fe más importantes del relato cristiano es la de la resurrección de los muertos, idea según la cual para al final de los tiempos habrá un recuento con los seres amados que se han perdido. Esta esperanza, forjada en ciertas comprensiones religiosas, en el contexto de una cultura andina es una de las más importantes ayudas que las personas puedan encontrar para resistir el dolor y de alguna manera comprender la pérdida.

Ahora bien, y como ha quedado dicho de diversas formas, al ser el duelo un proceso subjetivo, no se puede emitir una regla general acerca de cómo la religiosidad cumple un papel dentro del duelo. Sobre este punto resulta importante lo que señala Tizón, para quien las circunstancias de la pérdida no surten los mismos efectos en todos; mientras que unos pueden sacar a relucir más sus creencias religiosas o desarrollar un fanatismo ante una enfermedad o pérdida, hay otros que encuentran en la pérdida un motivo para abandonar sus ideas religiosas. En este sentido sostiene que “la religión puede ayudar a las personas profundamente religiosas, pero no a la mayoría de los creyentes, que ante la muerte destapan la superficialidad de sus creencias, al igual que muchos de los agnósticos y ateos” (Tizón, 2013, pág. 155).

En conclusión, aunque el duelo es un proceso de descatectización subjetiva, en el cual los tiempos son propios de cada persona, puede resultar razonable y justificable considerar el grado de intervención de la cultura en la manera en cómo se va vivenciando y elaborando dicho proceso. Pues como se ha expuesto, los lazos sociales, la cultura, la religión, y todas aquellas esferas en las que se va configurando el sujeto pueden influir y determinar el proceso de duelo.

## 1.5 Definición del duelo

“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, 2012/ 1915). Partiendo siempre de la definición de duelo expuesta por Freud, se puede decir que el duelo es un proceso incesante y subjetivo que modifica el curso normal de la vida. Proceso influenciado de forma importante por la cultura y la sociedad puesto que no se puede tener una comprensión del sujeto sin cultura. La manera en la que el duelo se manifieste y sus formas de expresarlo están conectadas por un lazo cultural importante.

Las pérdidas que desencadenan duelos son bastante subjetivas, existen duelos por todo aquello que se ha investido, libinizado. En psicoanálisis nos referimos a la muerte en lo real, lo existente, pero también a una muerte en el orden de lo imaginario y simbólico, Freud en “Duelo y melancolía” menciona que la pérdida puede resultar de algo que haga las veces de objeto de amor (Freud, 2012/ 1915), de esta manera está claro que la pérdida no siempre está asociada a un objeto real, palpable o visible.

El duelo es la reacción esperada ante la pérdida del objeto significativo y esto genera en el sujeto una serie de procesos que se manifiestan tanto a nivel emocional como físico, el tiempo y la intensidad de estas manifestaciones son subjetivas y varían entre cada sujeto. Entre las manifestaciones del duelo podemos evidenciar el llanto fácil, iras, decaimiento, nudo en la garganta, y en sí hechos que no se han puesto en palabras que pueden crear síntomas y manifestarse en el cuerpo “la somatización es una forma de defensa psíquica muy temprana y primitiva, en la que el sujeto evacua por canales biológicos los aumentos de tensión no procesados ni soportados por el psiquismo” (Fiscbein, 2008, pág. 111). Otro tipo de manifestaciones por duelo, estarían relacionadas a la depresión, a la pérdida del valor del mundo, a la tristeza profunda o melancolía. La manera en la que se tramite el duelo, estaría comprometido con todo aquello que forme parte de la historia del sujeto es decir, los vínculos y apegos desarrollados en edades tempranas de desarrollo.

En *Duelo y melancolía* Freud señala que retirar los enlaces libidinales del objeto perdido, no es una tarea simple puesto que la reestructuración de significantes supone un

gasto de energía tanto física y psíquica, y los tiempos lógicos no responden a fechas límites. En el trabajo de duelo se busca descatectizar al objeto, que la realidad se imponga, y que toda esa energía regrese y esté disponible nuevamente en el Yo y así invertir nuevos objetos.

En todo sujeto existe una estructura narcisista que está presente en la aspiración de ser objeto significativo para el otro. Freud (1914) señala que el niño en la infancia se encuentra en una fase de narcisismo primario en el cual no reconoce los objetos externos, es decir la energía pulsional recae en el propio Yo. La madre, quien pulsiona, provee y otorga estímulos es percibida por el bebé como objeto satisfactor y por medio del acto de mamar el niño estimula y catectiza la zona oral. El narcisismo primario más adelante, se reemplazará por la libido objetal. En algunos casos el narcisismo primario puede pasar, a ser parte de estructuras de personalidad por ciertas fijaciones narcisistas primitivas como es el caso del borderline (Braier, 2016).

Como se ha revisado, el duelo es la reacción frente a la pérdida de un objeto real, palpable o representativo, que ha sido investido y libidinizado, pero ¿qué sucede si el objeto investido no se encuentra fuera, sino dentro del mismo sujeto? En el caso de duelo por enfermedad, el Yo se pasa a convertir en su propio objeto, no hay desplazamiento de la libido porque la pérdida es interna, por lo tanto aparece una herida narcisista, “Se denomina herida narcisista todo lo que viene a disminuir la autoestima del Yo o su sentimiento de ser amado por objetos valorados” (Baranger, 1991, pág. 21). En este caso (duelo por enfermedad) se puede hablar de una herida que trasgrede al sentimiento de valía- estima y a esa catectización propia ataca este duelo.

Encontramos herida narcisista en sujetos frente a la enfermedad (insuficiencia renal) porque no hay como ubicar el objeto exterior, se perdió algo que está adentro. “La herida narcisista está creada en base a las pérdidas y se produce cuando el sujeto comienza a toparse con las prohibiciones, fracasos y frustraciones propias de la vida y este va tropezando con las separaciones de sus objetos” (Sáenz, 2016). Cuando ocurre una pérdida del objeto y de los aspectos yoicos proyectados, puede devenir un sentimiento de heridas narcisistas: un obstáculo para la elaboración del duelo que da lugar al fracaso del amor

hacia sí mismo o amor narcisista, y se acompaña de: sentimiento de soledad, carencia, desamparo, caída de la estima propia, configurando así una “herida narcisista”.

## **SEGUNDO CAPITULO: EL SUJETO ENFRENTADO AL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC)**

La enfermedad, cualquiera que esta fuese, genera cambios tanto en la vida de quien la padece como en la de sus familiares, y a estos cambios están ligadas manifestaciones físicas y emocionales. En el capítulo anterior se expuso la terminología del duelo y sus manifestaciones físicas y psíquicas. Así, una vez comprendido el duelo y sus implicaciones, y con la finalidad de dar cuenta del proceso de duelo en pacientes con IRC (tema de esta investigación), en este capítulo se expondrá, por un lado, aquello en lo que consiste la IRC: sus causas y sus consecuencias. Por otro lado, se dará cuenta de lo que implica el proceso de duelo en personas frente a la enfermedad de IRC.

### **2.1 Definición de Insuficiencia Renal Crónica**

Antes de definir aquello en lo que consiste la IRC y como un elemento que ayude a comprenderla mejor, es necesario saber el rol y la importancia del riñón en el cuerpo.

“La función excretora normal cumple con cuatro fines:

1. Excreción de productos de desecho
2. Preservación de los volúmenes líquidos del organismo
3. Preservación de la osmolalidad de los líquidos orgánicos
4. Mantenimiento de una concentración normal de hidrogeniones” (Douglas & Kerr, 1969, pág. 89).

La Insuficiencia renal crónica, de acuerdo con la Real Academia Nacional de Medicina de España, está descrita como la “disminución de la función renal con un filtrado glomerular inferior a  $60\text{ml}/\text{min}\cdot 1,73\text{m}^2$ , que se caracteriza por la pérdida gradual de las funciones renales (depuradora, reguladora del equilibrio ácido -básico y endocrina) que en la fase más avanzada da lugar a un síndrome urémico” (Real Academia Nacional de Medicina, 2011, pág. 927).

La progresión de pérdida de la función en ambos riñones es lenta y simultánea, lo cual produce, en la medida en que la enfermedad compromete otros órganos y sistemas, diversos síntomas:

1. La uremia<sup>6</sup>, puede producir afectación del cerebro y afectación de los nervios periféricos produciendo hinchazón y adormecimiento en las extremidades inferiores.
2. Cambios de color de piel, la cual se torna amarilla y opaca, debido a la acumulación de urocromo<sup>7</sup>.
3. Sequedad en la boca por la falta de líquido en el cuerpo.
4. Inapetencia (rechazo a los alimentos sin sal) debido a los productos de desecho que se acumulan en la sangre.
5. Fatiga, calambres, dolor muscular, especialmente al momento de caminar producto de la uremia.
6. Trastornos del sueño: apnea y síndrome de la pierna inquieta<sup>8</sup>

Los riñones se encargan de eliminar líquidos y toxinas excedentes del cuerpo y al no funcionar, los sujetos no pueden ingerir más de una cierta cantidad de líquidos ni alimentos al día por lo que el cuerpo se va descompensando progresivamente y aparecen alteraciones hematológicas como la anemia o predisposición al sangrado.

Dicho lo anterior sobre la insuficiencia renal conviene ahora que se exponga qué es lo que se quiere decir con “crónica”. Para que una enfermedad se determine en estado crónico debe ser de lenta progresión y sobrepasar los seis meses de duración en el sujeto. En lo que concierne a la IRC “(...) es un estado clínico de trastorno de la función renal irrecuperable, persistente que se continúa durante meses o años” (Douglas & Kerr, 1969, pág. 89).

---

<sup>6</sup>Uremia: Presencia de urea en la sangre, en el suero o en el plasma (Real Academia Nacional de Medicina, 2011).

<sup>7</sup> Urocromo: es un compuesto de sustancias de desecho que, al no ser eliminadas por los riñones, son devueltas al torrente sanguíneo el desecho se acumula en la piel dando un color amarillento y dejando rastros de polvo en el cuerpo después de sudar (Real Academia Nacional de Medicina, 2011).

<sup>8</sup> Apnea: trastorno en el cual el sueño se ve interrumpido por suspensión transitoria de la respiración. Síndrome de la pierna inquieta: trastorno en el cual el sujeto siente estirones o impulsos en sus miembros inferiores, interrumpiendo así el sueño (Restrepo & Cardeño, 2010).

## 2.2 Causas más comunes de Insuficiencia Renal Crónica

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que afecta al 10 % de la población mundial y responde a una de las diez primeras causas de muerte según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud emitida el 10 de marzo de 2015 (OMS, 2016). Por su parte, “la sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el último consenso (2013) estableció que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica corresponde a 650 pacientes por millón de habitantes (650 pp.m.h)<sup>9</sup>” (OPS, 2016). Estas cifras reflejan que la IRC es una enfermedad de alto riesgo y recurrente en nuestra sociedad, razón por la cual es importante promover el conocimiento sobre ella.

Existen varias causas para que se origine la enfermedad. Para dar cuenta de ellas de mejor manera, se ha optado por explicarlas en dos segmentos. En primer lugar, se expondrán aquellas causas que se han denominado sociales o socio económicas y, en segundo lugar, las causas denominadas físicas. Esta división es importante pues ayuda a comprender que la IRC, como puede ser el caso de muchas otras enfermedades, al no estar relacionada estrictamente con causas empíricas comporta una dimensión simbólica o representativa que debe considerarse necesariamente al momento del tratamiento y del acompañamiento que se le brinde al sujeto.

Entre las causas sociales o socio económicas se encuentran elementos como la ocupación, las actividades económicas y la educación. En sectores rurales la falta de conocimiento sobre cuidados básicos y preventivos aporta a que las prácticas de salud no sean las óptimas, dando paso a prácticas como la automedicación -bastante común en nuestro medio- con vitaminas, hierbas, el uso indiscriminado de fármacos sin prescripción, factores que desencadenan insuficiencias en el riñón. En este sentido resulta importante, a manera de prevención, junto a la promoción de estilos de vida saludables el que se mejore:

“el control de la diabetes y la hipertensión que son las formas más eficaces de prevenir la enfermedad renal. También, modificar las malas condiciones de trabajo y la utilización irresponsable de agroquímicos, que serían también factores

---

<sup>9</sup> La última información que se ha encontrado responde a la fecha citada.

de riesgo, como se observa en comunidades agrícolas de Centroamérica” (OPS, 2016).

Una segunda causa social es la falta de recursos económicos, situación que provoca que los sujetos busquen y opten, al momento de enfrentar algún tipo de enfermedad o dolencia, por alternativas que estén al alcance de su capacidad de pago. A este factor se suman los efectos de las creencias culturales que, al menos en medios como el nuestro, impulsan la búsqueda de soluciones rápidas, por medio de curanderos o “especialistas” que no cuentan con formación necesaria. En estas circunstancias, muchas veces la negligencia termina siendo un elemento significativo y decisivo dentro del origen de la IRC.

Para que el riñón pueda cumplir con todas sus funciones debe realizar innumerables adaptaciones entre otras cosas, porque el ser humano consume productos o líquidos, como los explicados, que no siempre contribuyen a la salud y el buen funcionamiento de este.

Además de los destacados, existen otros factores de riesgo como: la ocupación que genera malos hábitos alimenticios como es el caso de choferes, debido a que pasan largas horas sentados y no van al baño con frecuencia, el entorno o causas tóxicas obstructivas, por ejemplo el estar expuesto a químicos en florícolas.

En cuanto a las denominadas causas físicas de la IRC según el Center for Disease Control and Prevention se encuentran las siguientes:

**TABLA No. 3**

Hipertensión	Diabetes
Lupus	Enfermedades <i>Cardíacas</i>
Obesidad	Historial Familiar de IRC
Edad: edad común entre adultos de 70 años o mayores	Colesterol Alto
La población hispánica es 11/12 veces más propensa a desarrollar fallas renales que la población no-hispánica	Niños prematuros <sup>10</sup>

(CDC, 2016)

<sup>10</sup> Traducción libre. El lector puede encontrar el texto original en inglés en el siguiente enlace: <http://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/programs/CKDBrief.pdf> - del Centers for Disease Control and Prevention

Si bien las causas físicas de la IRC no varían de un lugar a otro, es importante como punto de contextualización, ver la manera en la que el Ministerio de Salud Pública las organiza y presenta, en orden de relevancia.

### **2.2.1 Hipertensión**

La OMS señala lo siguiente:

“La hipertensión puede producir ataques cardíacos y cerebrales, y otros problemas de salud graves, tales como insuficiencia renal, ceguera, hemorragias y disfunción cerebral. Afecta a más de un tercio de los adultos y está en el origen de más de 9 millones de muertes anuales. Muchas personas no saben que padecen hipertensión porque no siempre produce síntomas. Aunque es fácil de diagnosticar y tratar, muchas personas carecen de acceso a servicios de salud básicos, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios” (OMS, 2016).

La hipertensión (tensión arterial alta o elevada) es un trastorno que se produce cuando los vasos sanguíneos se enfrentan a una tensión muy alta, lo que produce su daño. Cada vez que el corazón late, bombea o envía sangre a los vasos sanguíneos, estos vasos son los encargados de llevar la sangre contra las paredes de los vasos (arterias), cuanto más alta es la tensión arterial, mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como cerebro y riñones por lo que sí existe hipertensión, esta puede ocasionar deficiencia renal.

Según datos del INEC la hipertensión se encuentra entre las cuatro primeras causas de muerte en el Ecuador con un número de muertes de 3.572 y un porcentaje 5,67% (INEC, 2016). La hipertensión no tiene cura pero se puede controlar con medicación, por este motivo si existe un predisponente familiar o sospechas de este, la detección temprana de esta enfermedad puede ayudar a que no se desencadene una enfermedad renal crónica.

### **2.2.2 Diabetes**

La Diabetes es enfermedad crónica que es provocada por la incapacidad del páncreas para producir insulina, y cuando el cuerpo no puede hacer un uso correcto de esta insulina que produce. La insulina es una hormona producida por el páncreas, la misma que permite que la glucosa que ingerimos pase de la sangre a las células para producir energía; la insulina ayuda a la glucosa a entrar en la sangre. Hay tres tipos de diabetes: tipo 1 tipo 2 y diabetes gestacional. Según el INEC en nuestro país la diabetes es la segunda causa de muerte en el Ecuador con un número de muertes de 4401 correspondiente a un porcentaje de 6.99% (INEC, 2016).

### **2.2.3 Lupus**

El lupus es un trastorno auto inmunitario crónico que puede afectar la piel, las articulaciones, el cerebro y otros órganos como el riñón. Una enfermedad auto inmunitaria hace que el sistema inmune ataque por error al tejido sano, creando inflamaciones y daños prologados. Cuando los riñones son atacados por el lupus estos dejan de funcionar (University of Maryland, 2016). A esta enfermedad se puede dar seguimiento y control cuando ha sido detectada pronto.

La universidad de Maryland, USA, realizó estudios y determinó que existe una incidencia mayor de lupus en las mujeres y que el origen cumple un factor predisponente “La enfermedad es mucho más común en mujeres que en hombres y puede presentarse a cualquier edad pero aparece con mayor frecuencia en personas cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 50 años. Las personas de raza negra y las asiáticas resultan afectadas con más frecuencia que las personas de otras razas” (University of Maryland, 2016).

## 2.2.4 Insuficiencia Renal Aguda

La Insuficiencia renal aguda es un fallo en los riñones, es decir que estos no pueden filtrar la sangre ni eliminar los líquidos excedentes que el cuerpo no necesita, esta condición puede ser reversible contando con un tratamiento adecuado, caso contrario desencadenará la insuficiencia renal crónica.

## 2.3 Tratamientos

El tratamiento para la IRC consiste en la realización de por vida y de manera frecuente de Diálisis<sup>11</sup> y esta se divide en **Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis**. El Ministerio de Salud pública del Ecuador expone los siguientes datos: “El número total de pacientes atendidos hasta la fecha a nivel nacional<sup>12</sup> es de 9.635, de los cuales 698 se encuentran en Diálisis Peritoneal y 8.937 en Hemodiálisis” (MSP, 2016). El número de pacientes que se realizan diálisis peritoneal es bajo debido a que este procedimiento es complejo y costoso. Al ser ambulatorio se puede realizar el procedimiento en casa pero el paciente necesariamente debe contar con un equipo y un grupo técnico que cumpla con los conocimientos y las adecuadas normas de esterilización del lugar, factor que se vería dificultado en pacientes provenientes de sectores rurales.

Al ser la IRC una realidad prevalente en el Ecuador, en la actualidad existen 16 hospitales que realizan diálisis distribuidos en 8 provincias. “El total de cobertura de servicio desde la RPIS<sup>13</sup> es de 19% entre servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal, en relación a la demanda existente hasta junio del 2014” (MSP, 2016). Por lo que se puede considerar que existe un déficit de atención relacionado al número de pacientes diagnosticados en el país.

Para el gobierno ecuatoriano la Insuficiencia Renal Crónica representa un egreso alto por los implementos de cuidado, las medicinas y servicios proporcionados a los

---

<sup>11</sup> De por vida a no ser que el paciente busque otras alternativas como el trasplante de riñón, tratamiento que queda fuera de estudio de esta investigación.

<sup>12</sup> Actualmente no se conocen nuevas cifras.

<sup>13</sup> RPIS: Es la unión o conjunto organizado, de las instituciones públicas para prestar un continuo, coordinado e integral servicio de salud a la población ecuatoriana (MSP, 2016).

pacientes, es una de las enfermedades más costosas en la actualidad “Esto representa un gasto al Estado por servicio y paciente de \$ 1.465 dólares mensuales/hemodiálisis; \$ 1.300 dólares mensuales /Diálisis Peritoneal Automatizada; y \$1.190 dólares mensuales/ Diálisis Peritoneal Manual, en base al tarifario vigente, y un total de USD \$167’036.064,00 millones de dólares al año” (MSP, 2016).

El Ministerio de Salud, está implementando campañas de prevención y cuidado relacionados a la salud renal. Actualmente el Programa “Salud Renal” emitido el nueve de abril del 2015, trabaja con el objetivo de concientización en el consumo de sal y azúcares en exceso, así mismo se ha efectuado un control más exigente en los bares de las escuelas y colegios del país para limitar el consumo de comida chatarra en niños y adolescentes.

### **2.3.1 Hemodiálisis**

Es un proceso alternativo de purificación de la sangre y eliminación de líquidos excedentes en el cuerpo humano. Se recurre a esta práctica cuando los riñones ya no pueden cumplir sus funciones y se encuentran en la fase final de degeneración. La hemodiálisis es una técnica que realiza las funciones de riñón, como una especie de riñón artificial. En este proceso se limpia la sangre del paciente y se extraen de su cuerpo los líquidos y desechos que no pueden ser eliminados naturalmente por el riñón, esto dura en promedio cuatro horas y dependiendo del paciente y sus condiciones económicas, puede realizarse entre tres o cuatro veces a la semana, factor que repercute en las actividades de los pacientes. Muchos muestran preocupación y malestar al verse imposibilitados de realizar sus ocupaciones.

La hemodiálisis es definida de la siguiente manera: “Diálisis extracorpórea a través de una membrana semipermeable, llamada hemodializador, para eliminar sustancias indeseables presentes en la sangre de personas con insuficiencia renal o con intoxicación por alguna sustancia dializable” (Real Academia Nacional de Medicina, 2011, pág. 816).

El principal objetivo de la hemodiálisis es la filtración y eliminación de sustancias tóxicas y productos de desechos, que debido a la disminución de la función renal, se han acumulado anormalmente en la sangre. Este procedimiento se realiza filtrando la sangre del

paciente a través de una membrana semipermeable, misma que se encuentra en una máquina de diálisis, o hemodializador. (Ver figura anexo # 1)

La frecuencia y duración de cada sesión de diálisis como se mencionó, varía dependiendo de las condiciones de cada paciente, una de estas condiciones por ejemplo es el peso seco del paciente el cual se controla mes a mes, si el paciente llega con excedentes en este peso debido a que ingirió más líquidos o no se cuidó en la dieta, el tiempo en diálisis deberá ser mayor, por eso dentro del equipo de apoyo en las clínicas, el seguimiento de un nutricionista es de gran relevancia.

Por lo tanto, la hemodiálisis es un proceso en el que se conecta al paciente a un equipo o máquina dializadora para filtrar la sangre y eliminar líquidos, esto se realiza cuando los riñones no filtran las toxinas naturalmente, la finalidad es la misma que la diálisis peritoneal.

### **2.3.2 Diálisis peritoneal**

La diálisis peritoneal es un proceso a través del cual se limpia la sangre de toxinas que los riñones ya no pueden eliminar, a diferencia de la hemodiálisis este proceso es ambulatorio y para su realización el paciente debe contar con todos los instrumentos e insumos necesarios. “La diálisis peritoneal (DP) es un tratamiento práctico para la insuficiencia renal. Debido a que un tubo suave (catéter) se conecta a la cavidad abdominal, los pacientes con EP y sus proveedores de servicios médicos deben tener un cuidado especial para prevenir infecciones, más aun si se ha vivido desastres naturales o inundaciones recientes. Es importante que se sepa que el acceso a los suministros médicos pueden ser limitados y se presentarían complicaciones para pacientes con diálisis peritoneal en una vivienda temporal<sup>14</sup>” (CDC, 2016). (Ver figura anexo # 2).

La diferencia más relevante entre la diálisis peritoneal y la hemodiálisis son que en la primera se conecta al paciente por la membrana peritoneal por medio de la cavidad abdominal a la máquina, este procedimiento se realiza por medio de un catéter, mientras que los pacientes de hemodiálisis deben realizarse una operación arteria venosa en la cual

---

<sup>14</sup> Traducción libre. El lector puede encontrar el texto original en inglés en el siguiente enlace: <http://emergency.cdc.gov/disasters/icfordialysis.asp> - del Centers for Disease Control and Prevention.

un cirujano vascular junta estas dos vías y realiza un fistula que siempre se encuentra abierta y cuando se termina el proceso de diálisis se cierra por medio de una llave que está conectada a la fistula, por lo general en el brazo de menos actividad del paciente (escritura) o el que tenga mejor entrada para el manejo de vías venosas, y este sirve de canal para que la sangre contaminada salga y entre una vez realizada la purificación la misma regrese. El éxito de la fistula está relacionada a los cuidados que el paciente le dé, este debe realizar ejercicios musculares con pelotillas de goma y no exponerlo a grandes actividades en especial las que están relacionadas con el levantamiento de peso<sup>15</sup>.

### **3. Duelo en la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**

El término duelo se refiere a dolor, dolor que se atraviesa ante la pérdida de muerte real o la pérdida de pensamientos, estados, ideales, en este caso dolor ante la pérdida del ideal del cuerpo sano que no será el mismo. Los órganos responden a una función específica y cuando enferman el cuerpo manifiesta con síntomas lo que no se ha podido expresar. El riñón en este caso es un órgano que cumple funciones excretoras y filtradoras. Cabría preguntarse en el caso de pacientes con IRC ¿qué es aquello que no se ha podido filtrar o desechar en sus vidas? Los momentos o eventos nocivos que no se eliminan o se niega a dejarlos pasar pueden marcar, adherirse y manifestarse en el cuerpo.

“El cuerpo se correlaciona con dos órdenes de parámetros: somáticos y psíquicos. Ambos constituyen en la unidad de integración psicosomática de la persona. El cuerpo se expresa como tal y posee una doble pertenencia: a) real, con materialidad y funcionalidad, dadas por la estructura genético-biológico, anatómico-fisiológico. Se presenta bajo dos modalidades, una visible manifiesta y otra oculta que inferimos desde el funcionamiento de sistemas, órganos y aparatos b) Imaginaria, desde el sentido y significado que cada individuo adjudica a su cuerpo (...)” (Mucci, 1996).

---

<sup>15</sup> El lector puede profundizar este tema revisando la siguiente bibliografía: *Sustitución de la función renal por diálisis* por William Drukker, Frank M. Parsons y John Maher; *Enfermedades Renales* por Colvin y *Nutrition Therapy for Chronic Kidney Disease* por Lynn K. Thomas, Jennifer Bohnstadt Othersen.

Entonces, al cuerpo se lo puede valorar desde dos perspectivas, una que es la de la materialidad la cual está dada por una serie de procesos biológicos que de alguna manera son los mismos para todos los sujetos. Y otra desde unas coordenadas particulares que tienen que ver con aquello que cada persona siente y cree sobre su cuerpo, es decir una comprensión del cuerpo; no solo se detiene en su aspecto empírico, sino que necesariamente ha de considerarse el aspecto simbólico o representativo.

El cuerpo y la mente tienen su conexión y vínculo, el sujeto está atravesado por la cultura, somos seres de interacción y comunicación de ahí podemos decir que inscribimos al cuerpo de la manera en como lo concebimos y lo percibimos “En el ser humano, enfermedades, marcas o lesiones, están atravesadas por lenguaje, cultura y época” (Santiere, 2013). En este sentido, es importante considerar que la significación que cada sujeto le da a la manera en la que su cuerpo se muestra, expresa una serie de valoraciones personales que no se pueden pasar por alto. Por lo tanto, lo que el sujeto piensa y cree de su cuerpo estará mediado no solo por sus creencias propias sino también por aquello que cada uno hereda de la cultura que lo marca y la tradición a la cual pertenece. La herida narcisista que se produce, en este caso, es la que ataca a cada valor y creencia que cada uno tiene de sí mismo.

Ahora bien, el sujeto con IRC atraviesa por una serie manifestaciones tanto físicas como emocionales, como se ha revisado, debido a todo el proceso que esta enfermedad conlleva. Los mismos tratamientos resultan molestos y dolorosos, el aspecto físico se deteriora puesto que no es lo mismo ser intervenido una vez, que tres veces durante la semana; los cambios emocionales se hacen evidentes muchas veces sin motivo aparente, y es que todo el desbalance químico que la diálisis produce (al no ser un proceso natural del cuerpo) afecta en gran medida al paciente, en especial si se trata de pacientes atravesando la tercera edad, en ellos el cuerpo necesita más cuidados y el tiempo de recuperación es más lento.

El sujeto al conocer que su enfermedad es crónica sitúa a este estado como pérdida porque no hay solución, no hay medicina que revierta el diagnóstico. La capacidad de sobrellevar el diagnóstico va a depender de sus recursos yoicos, las creencias y la cultura serán un factor determinante en la elaboración del duelo. “Desde otra perspectiva, la

población con enfermedad crónica es un grupo vulnerable con mayor riesgo de muerte. Su experiencia de la misma está mediada por creencias y actitudes construidas en el marco sociocultural e histórico en el cual se han desarrollado” (Ramírez & Galvis, 2007, pág. 76). Es interesante ver como la influencia social, como se revisó en el capítulo 1, afecta la vivencia subjetiva del sujeto frente a la enfermedad.

Otro asunto, que es importante de resaltar, es que con la edad las expectativas de vida disminuyen y la posibilidad de un trasplante cada vez se aleja de la realidad del sujeto con IRC, porque generalmente los primeros candidatos a recibir un trasplante son la población joven, debido a expectativas de vida y nivel de adaptación del cuerpo frente al nuevo trasplante. Un paciente joven tiene más posibilidades de que su cuerpo acepte el nuevo órgano a diferencia de un adulto que tiene menos probabilidad de aceptación por la edad y el nivel de tolerancia al tratamiento pre y post quirúrgico. El temor ante cualquier intervención y práctica está ligado a que se piensa que por ser mayor la muerte es más próxima. “Los adultos mayores reconocen la muerte como un suceso propio y cercano, más que los adultos más jóvenes” (Ramírez & Galvis, 2007, pág. 76).

El reconocimiento de que la última etapa en la vida ha llegado supone un duelo por tener que despegarse de a poco de sus actividades y roles, los movimientos y la capacidad de respuesta frente a estímulos son lentos y progresivos. La familia por su parte ya no ve los mismos potenciales y capacidades en quien está envejeciendo “La ancianidad, la tercera y cuarta edades suponen una sucesión imparables de pérdidas graduales o súbitas” (Tizón, 2013, pág. 729).

Para Tizón, la pérdida de autonomía se encuentra dentro de las tres primeras preocupaciones o dificultades dentro del proceso de duelo en la vejez.

**TABLA No. 4**

1. Pérdida del trabajo y todo lo que eso conlleva: relaciones, organización de la jornada, autoestima, medios económicos y sociales, etc.	2. Pérdida de relaciones afectivas y sociales.
3. <b>Encadenamiento de pérdidas y duelos<sup>16</sup></b> : por familia y allegados, por capacidades y aptitudes, de ideales, de recursos económicos, de domicilio, <b>de autonomía</b> .	4. Pérdidas corporales: sensoriales, de movilidad, <b>de salud</b>
5. Conciencia o de-negación de la muerte.	6. Preocupaciones acerca de la eutanasia.
7. Soledad	8. Dificultades para rehacer la identidad.
9. Dificultad para reajustar sus roles sociales.	10. Pérdidas cognitivas y demencia.
11. Pérdidas afectivas y depresión.	

(Tizón, 2013, pág. 731)<sup>17</sup>

Dentro de los cambios que supone envejecer, se encuentra también un cambio en la estructura y dinámica familiar, porque el adulto mayor pasa a cuidados permanentes y estos cuidados se adjudican por lo general a los familiares más cercanos, entonces la independencia y autonomía se van perdiendo conforme transcurre la edad. “(...) están aumentando en nuestra sociedad las familias que cuidan de un mayor o las familias en las cuales uno de sus miembros es o será <cuidador a domicilio> más o menos a tiempo completo” (Tizón, 2013, pág. 729).

Por lo tanto, el depender de otra persona podría ser necesario para que la vida continúe y esto genera problemas en el entorno porque se reviven duelos por tener que vivir el envejecimiento de uno de sus miembros (la vejez de un miembro cuestiona la vejez de uno mismo), los conflictos se activan y pone a prueba la adaptabilidad como familia. La falta de tolerancia, recursos y paciencia pone en peligro la cohesión y estructura familiar.

<sup>16</sup> Se ha marcado en negrilla el contenido más relativo al tema de estudio.

<sup>17</sup> El presente autor a pesar de señalar, en este punto del trabajo, un contenido ligado hacia lo cognitivo, sus textos y corriente responden al campo del psicoanálisis.

En conclusión en la medida en que el cuerpo no es solo materialidad sino también algo sobre el que recaen las creencias del sujeto, es importante que al momento de tratar con el dolor y la situación de quien padece IRC el único recurso no sean solo los diagnósticos médicos sino que también se consideren, y con la misma importancia, los reconocimientos y valoraciones que el sujeto tiene sobre su cuerpo por lo tanto un aspecto a considerar dentro del tratamiento al paciente de diálisis, es la ubicación frente a la enfermedad.

Se debe considerar en qué medida estos signos, síntomas, discursos médicos y tratamientos afectan la vida y la subjetividad de quienes padecen IRC, puesto que no solo están frente a un diagnóstico que de por sí cambia su posición de idea de sí mismo como “saludable” sino que también se enfrentan a las dificultades, miedos y pérdidas propias de la edad lo cual tiene distintos efectos en el estado emocional del sujeto.

Aquí también resulta interesante pensar que la enfermedad se manifiesta como una lectura particular del cuerpo frente a los conflictos primitivos inconscientes, o con su historia de vida y la manera en la que cada etapa del desarrollo se va elaborando y aceptando.

## TERCER CAPITULO: ANALISIS DE DATOS

En el presente capítulo se expondrá el análisis y los resultados de esta investigación, se describirá la metodología utilizada para la recolección de información, así como también las características de la población analizada.

### 3.1 Metodología

Respecto a la metodología se procedió a analizar y revisar la teoría que se desarrolló en los capítulos 1 y 2 de la presente investigación, y así realizar y diseñar los instrumentos para la recolección de la información.

Se realizaron las entrevistas semiestructuradas, las cuales constaron de 12 preguntas. Las preguntas estuvieron divididas de acuerdo a tres categorías:

- Independencia y autonomía (antes de la enfermedad)
- Manifestaciones del duelo centrado (provocado) por pérdida de independencia y autonomía.
- Idea de enfermedad- Diálisis.

Una vez realizado el proceso de selección de preguntas se procedió a la estructuración del consentimiento informado (*ver anexo 3*). Después se realizó la primera prueba piloto con un paciente x de la clínica CENER. Una vez terminada la prueba se realizaron las modificaciones que se creyeron oportunas, cambiando el orden de las preguntas y dejando como resultado la entrevista final (*ver anexo 4*).

### 3.2 Población

La población o universo son aproximadamente 150 pacientes de la clínica, de los cuales la muestra correspondió a 10 pacientes entre los 50 y 60 años que tienen insuficiencia renal crónica diagnosticada y tratada en no más de un año, y que asisten a la clínica CENER. La técnica aplicada para la toma de la muestra fue un muestreo discrecional, coincidente en este caso con un muestreo intencional o de conveniencia. Una

vez recolectada la información, la cual se obtuvo por medio de la escritura manual de las respuestas y de la observación, se procedió a transcribir a computador de forma literal las respuestas de cada uno de los entrevistados, después se clasificó las respuestas de acuerdo a las categorías anteriormente presentadas.

Por último, para proteger la identidad de los participantes, se han cambiado sus nombres por los de algunos dioses de la mitología griega. Esta opción tiene como finalidad ser un tributo a los sujetos que han colaborado en esta investigación.

**TABLA No. 5**

**Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra**

<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>
Sujetos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis no mayor a un año.	Sujetos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis mayor a un año.
Sujetos entre los 50 y 60 años de edad.	Sujetos menores o mayores a 50 y 60 años de edad.
Sujetos que asisten a la clínica CENER en la ciudad de Quito.	Sujetos que asisten a otras clínicas.

**TABLA No. 6**

**Población de la Investigación**

<b>Participante</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Edad</b>	<b>Diagnostico/ Causa</b>
<b>Ares</b>	Tumbaco	52	IRC/ Hipertensión
<b>Hefesto</b>	Quito	50	IRC/ Hipertensión
<b>Hermes</b>	Quito	55	IRC/ Hipertensión
<b>Helio</b>	Balao/Guayas	57	IRC/ Anemia
<b>Hipólita</b>	Quinche	51	IRC/ Hipertensión
<b>Dionisio</b>	Quito	60	IRC/Diabetes
<b>Antígona</b>	Bolívar	59	IRC/ Hernia, quistes
<b>Apolo</b>	Imbabura	52	IRC/Diabetes
<b>Hércules</b>	Pedro Moncayo	55	IRC/Hipertensión,diabetes

### **3.3 Dificultades presentadas**

Cabe mencionar que dentro de las dificultades de la investigación se presentaron dos que no se esperaban, la primera es que la clínica CENER cambió de directiva y esta no conocía en detalle el trabajo que se iba a realizar, lo cual dificultó en tiempos el procedimiento ya que se esperaba la aprobación de la nueva directiva.

En segundo lugar, algunas particularidades de la realidad política del país también influyeron. En concreto, influyó de manera importante la iniciativa de un colectivo que solicitaba firmas de los ciudadanos para respaldar una nueva candidatura. Al momento de solicitarle, a uno de los pacientes, su firma para el consentimiento informado este mostró malestar pues pensó que se trataba de algo relacionado con lo antes mencionado. Su actitud permaneció esquiva y poco abierta a participar en el proceso de esta investigación, razón por la cual tuvo que ser excluido de la muestra seleccionada.

### **3.4 Análisis de resultados**

#### **3.4.1 Contexto individual**

A continuación se procederá a realizar una síntesis y una impresión clínica de cada uno de los sujetos, mencionando los aspectos más relevantes que en la investigación se reflejaron.

#### **Ares**

Con respecto a su enfermedad aun denota rechazo al hablar de esta, manifiesta que cuando le hablaron de la IRC no entendía del todo, que se asustó mucho y pasó en depresión profunda por no poder realizar sus actividades. Ubica a la enfermedad como una prueba que debe superar y la cual no ha sido nada fácil; manifiesta que su actitud era negativa, y conforme ha pasado el tiempo ha podido mejorar y es capaz de reconocerlo.

En general el participante se mostró abierto y colaborador durante la entrevista, es capaz de identificar los aspectos que no le dejan continuar en su proceso de duelo, pero esto

no le genera mayor conflicto. También identifica rasgos positivos en él como el de haber cambiado con su familia y sentirse más cercano y cariñoso.

### **Hefesto**

El participante presenta una noción mixta de su enfermedad, por un lado reconoce que recibir el diagnóstico y saber que tiene insuficiencia renal le causa mucha tristeza aun, la falta de conocimientos le hacía pensar que iba a morir. Cuando se refiere a este tema se puede ver que su mirada se pierde porque al mismo tiempo recuerda las cosas negativas que hizo en el pasado. Por otro lado, considera que las diálisis son beneficiosas para su salud puesto que es la única manera que encuentra para seguir viviendo “Sé que me toca venir a hacerme las diálisis para seguir viviendo, pienso que algún día me llegará un riñón y volveré a ser el mismo, no malo sino mejor, les trataré mejor a todos” (Hefesto, línea 10). La idea de mejorar está presente en su diálogo y alberga esperanza.

La actitud del participante frente al espacio de entrevista fue positiva y se muestra abierto al diálogo. Identifica a la enfermedad como un suceso que cambió su vida y el de su familia; en momentos se puede percibir que su dialogo denota frustración al expresar que no puede trabajar como antes y que no puede servir a la gente de su pueblo.

### **Hermes**

El participante frente a esta entrevista se mostró sensible recordando los sucesos por los que atravesó por su enfermedad, hubo llanto y pausas en algunas ocasiones, menciona que negó la enfermedad y su vida la ve como un antes y un después. Cuando recibió la noticia no quería iniciar ningún proceso de tratamiento de diálisis porque su ex esposa había fallecido por IRC, reitera que tenía desentendimiento y confusión en varias oportunidades. Con respecto a su trabajo se puede observar tristeza mientras habla de esto, así expresa: “yo quería trabajar pero no podía, yo vivía de la agricultura (perdón pero me acuerdo)” (Hermes, línea 11) indicando con esto que el proceso de duelo se encuentra latente.

Para el participante la diálisis es un tratamiento que debe realizar de manera obligatoria y le molesta porque no puede salir solo a caminar o no puede realizar

actividades que antes hacía “me siento un poco molesto porque no tengo libertad de trabajar y caminar” (Hermes, línea 2). Sin embargo, habla de la religión, y esto parece sostenerle porque como él menciona, es una parte importante de su vida la cual no puede dejar de lado.

### **Helio**

En un principio el participante se mostró un tanto dudoso de la investigación, preguntó algunas cosas como si esto iba a ir donde los doctores a pesar de que en el consentimiento informado se le explicó ya que era una entrevista totalmente confidencial; superado esto, el manifiesta no haber tenido conocimientos de lo que la enfermedad implicaba, reconoce que se le vino el mundo abajo cuando vio las máquinas y a sus compañeros conectados, pensó que se iba a morir y no había otra alternativa, lo que queda claro en la siguiente expresión: “cuando uno entra por primera vez al salón de diálisis es desmoralizador, se me bajó la presión por mucho tiempo, me tuvieron que tranquilizar” (Helio, línea 15). Mientras habla de su condición se puede observar ambivalencia puesto que a ratos refleja demasiado optimismo por asistir a diálisis y señala que de broma dice que no va a ir, lo que reflejaría una cierta negación ante lo que atraviesa.

Se muestra muy apegado a su religión, afirma que la preocupación familiar ha aumentado y que el cariño ha renacido. No muestra mayor problema al hablar de su entorno social lo cual es positivo porque su red de apoyo lo sostiene. Sin embargo menciona que el tiempo que le toma asistir a diálisis si le afecta porque podría estar trabajando.

### **Hipólita**

La entrevistada se mostró abierta y colaboradora frente a la investigación. En un principio comentó que no tenía idea de la gravedad de su enfermedad y pensó que iba a morir, señaló además que la razón de su enfermedad es por tanto sufrimiento y pena. Existen cuestiones que le molestan y una de ellas es el no poder comer como antes, empezó a describir los alimentos que más le gustaban y se pudo sentir en su voz como esta se quebraba. Hubo pausas pero inmediatamente racionalizaba y continuaba. A pesar de su enfermedad, comenta que se siente normal pero le incomoda un poco que los vecinos

comenten por qué se va de viaje pasando un día (vive a tres horas de la clínica) y eso le disgusta.

Se apega mucho a sus creencias religiosas “Diosito por qué me pondría esto” (Hipólita, línea 3) sin embargo nuevamente racionaliza y dice “peor quedarse sin brazo o sin ver, cuando estoy en la casa me conformo porque Dios sabe cómo pasan las cosas” (Hipólita, línea 5). Comenta en varias ocasiones que le duele su enfermedad y menciona que siempre se consideró sana por lo que nunca estuvo dispuesta a aceptar una enfermedad, además se ha sentido afectada en todo sentido: físico, emocional y económico. Se lamenta el ser muy dura con su familia porque ellos no tienen la culpa y solo siente que tiene que disculparse a cada momento. La entrevistada se muestra débil y vulnerable frente a su enfermedad lo que indica que el proceso de duelo está latente.

### **Dionisio**

El entrevistado se mostró abierto y colaborador. En principio señala que no conocía nada acerca de la insuficiencia renal y pensaba en “desde y hasta cuando la enfermedad va a estar” (Dionisio, línea 5). Siente que con esta enfermedad se le ha ido el gusto por la vida porque no es lo mismo estar enfermo que sano. Al contestar ciertas preguntas se puede ver en él cierta molestia y desagrado lo que reflejaría enojo. Menciona que algo que le ha molestado enormemente es el tener que salir siempre con la ayuda de alguien más, piensa que a su edad no es justo eso, adicionalmente menciona que le molesta el no poder servirse la comida como el resto de su familia.

Manifiesta que su humor se ha tornado cambiante y eso le genera conflictos con su esposa, el asistir a diálisis se ha vuelto una tarea complicada y en varias ocasiones ha mencionado que no quiere ir pero finalmente termina asistiendo por las presiones de su esposa.

### **Antígona**

La entrevistada se mostró abierta y colaboradora en la entrevista, sin embargo le causó sorpresa el tener que firmar un consentimiento informado por lo que la explicación de esto tomó más tiempo de lo previsto. Al iniciar con las preguntas se acomodaba y

cambiaba de posición, sin embargo no manifestó sentirse incómoda. Con respecto a la enfermedad dijo que al conocer de esta, se le vino el mundo abajo que lo que más miedo le causaba era tener que dejarle a su hija de lado. Es interesante el cómo se refiere a su hija, porque también menciona que fue un “milagro tenerla” y el énfasis que pone al mencionar que no quiere dejarle sola.

Manifiesta que le hace sentir tristeza el hecho de que debe dejar de asistir a reuniones por la diálisis, comenta que el cumpleaños de su hija fue hace poco tiempo y llegó al final. Le cansa mucho asistir a tratamiento de diálisis, y el no tener libertad para trabajar le hace sentir mal porque su esposo es ahora quien provee y ella debe depender hasta económicamente de él “si, algunas veces pienso que por la salud se debe hacer un sacrificio, realmente es un sacrificio, (pausa)” (Antígona, línea 10).

### **Apolo**

El participante se mostró abierto y colaborador frente a la entrevista. Manifestó que su pensamiento en torno a la muerte era recurrente, y que la enfermedad “es catastrófica, sin esperanzas de recuperación, ya no hay sanación” (Apolo, línea 2) lo cual le hace sentir mal porque su hermano murió a los seis meses de encontrarse en diálisis. En su discurso se repite el término “acabose” el cual al preguntarle qué significa para él esa palabra, respondió “es que se acabó, es lo peor, es estar deprimido, limitado a todo” (Apolo, línea 12). En su forma de hablar se podía sentir queja y disgusto, especialmente al hablar del no poder comer lo que quería y no poder manejar más.

Además menciona que tiene una casa de campo con una huerta que le gustaría volver a visitar y siente melancolía por no poder ir debido a su enfermedad, siente además que “el mundo se compadece” (Apolo, línea 15) en un sentido de tenerle lástima y eso le obliga a aislarse de su entorno. También un aspecto recurrente en su discurso era que él pensaba que al jubilarse iba a poder hacer lo que desee sin embargo resultó todo lo contrario. Se puede ver que el entrevistado está atravesando por situaciones difíciles debido a su estado y manifiesta finalmente que antes se sentía útil y el necesitar siempre de ayuda le pone en limitaciones. Y ve al tratamiento de diálisis como la última alternativa para vivir.

## **Hércules**

Durante el proceso de recolección de información murió un compañero suyo, también paciente, hecho que afectó su estado anímico.

El participante se mostró abierto y colaborador frente al espacio de entrevista. Con respecto a su visión de la enfermedad respondió que él no quería aceptar la nueva condición. Comenta que está atravesando por momentos difíciles en el momento de pesarse en la clínica (los pacientes deben pesarse para saber cuánto líquido sobrante tienen que eliminar por medio de las diálisis) porque a pesar de las advertencias de los nefrólogos y nutricionistas siente que no puede hacer lo necesario para cuidarse y sigue comiendo lo que está restringido, y está consciente de que si no toma acciones pronto puede morir de un paro cardíaco o paro respiratorio. Mientras contaba esta parte sus ojos se nublaron y hubo silencios continuos. Se podría leer con sus acciones una negación a su enfermedad porque sigue comiendo y bebiendo en exceso cosas que no debe. Se define a sí mismo como “un paciente con un quemeimportismo de la vida, no asume la responsabilidad de cuidarse lo más que se pueda, lo que exige la enfermedad uno no hace caso, no valora nada” (Hércules, línea 16). Estos comentarios suyos indican que su discurso estaría dentro de una manifestación de depresión.

Con respecto a las diálisis comenta que le cansa ir, que tiene que pedir permiso para otros compromisos médicos que tiene y esto no le gusta (tuvo una operación en el nervio ocular y debe ir a sus sesiones de control fuera de la clínica), tampoco le gusta depender de su hijo porque este también tiene otras actividades.

### **3.4.2 Contexto grupal**

Se procederá a analizar en torno al contenido manifiesto de los entrevistados, es por ello que se trabajó con análisis de contenido de acuerdo a las categorías preestablecidas, y una vez contestadas las preguntas, se procedió a encontrar subcategorías de acuerdo a lo que, en los discursos de los entrevistados, era más significativo y constante.

Lo que reporta y dice la muestra en la relación a la categoría de **Independencia y Autonomía antes de la enfermedad** es lo siguiente:

**TABLA No. 7**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría:** Molestias por no poder trabajar o producir.

<b>Entrevistado</b>	<b>Citas</b>
<b>Helio</b>	“El tiempo me afecta porque son cuatro horas en las que podría estar produciendo, trabajando, son cuatro horas y tres días”
<b>Ares</b>	“Podría estar produciendo pero no puedo moverme por las diálisis”, “Ha generado cansancio de tener que venir y de sentirme “como si no puedo hacer nada”, “Por tres meses estuve mal, por no poder ir a trabajar”
<b>Hermes</b>	“(…)molestias, dolor, no poder trabajar”, “Yo quería trabajar y no podía (agricultura)”
<b>Hipólita</b>	“El dolor físico es horrible. Lloraba del dolor. No soportaba, no podía hacer nada”, “Al trabajo y a las actividades de antes, sembraba maíz con lo que ganaba dinero”
<b>Antígona</b>	“a veces quiero hacer cosas y no se puede”, “Renunciar a no poder trabajar no poder desenvolverme como antes en la casa”
<b>Hércules</b>	“Si hubo cambios, ya no se puede salir y eso produce iras, coraje y frustraciones porque no puedo hacer las cosas que yo quiero y no puedo pasar con mis hijos”, “Tengo que venir a las diálisis se pierden tres días a la semana, por venir tuve que jubilarme ya no puedo trabajar, la empresa ya no me permitía, era inspector de la empresa de agua potable”
<b>Hefesto</b>	“ya no podría trabajar”

En este cuadro se puede apreciar que en 7 de 9 sujetos entrevistados, el no poder trabajar y producir causa sentimientos de no valía que desencadenan en frustración, coraje, y más conflictos. El tema que más se repite y resulta interesante es que para ellos el tiempo es un elemento valioso y se puede ver como alguien cuando no es dueño de su tiempo puede apreciarlo. El no poder trabajar supone una pérdida importante y más aún si el sujeto cree que no es debido a su propia intención si no es por algo ajeno que no puede controlar por ejemplo una enfermedad.

**TABLA No. 8**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Sensación de no poder comer o tomar lo que se desee

Entrevistado	Citas
Hércules	“(…) antes comía lo que había cuyes asados, conejos. Me ha limitado bastante”
Ares	“Se me abre más el apetito y no es tan bueno por las restricciones”
Dionisio	“Me afecta en el sentido también de que mi esposa se sirve una manzana y yo no puedo, líquidos no puedo solo la dieta y eso me fastidia porque antes era diferente antes comía lo que quería”
Hefesto	“Renuncie a los vicios (tabaco, alcohol). Cuando uno fuma, toma: ahí vienen las mujeres. Todo está junto”
Hermes	“Tengo que cuidarme, tengo que obedecer todas las indicaciones. Antes tomaba, fumaba”
Hipólita	“Me da hambre tener que pasar muchas horas sin comer”
Antígona	“(…) el hambre, salgo temprano de la casa y regreso de noche”. “Comida, ya no puedo comer como antes (trabajaba en agricultura): papas con salsa, “Me debo restringir en la comida cosas con colorante, tengo que cuidarme, pienso siempre en que me puede hacer daño”
Apolo	“Todo está restringido, la alimentación y la dieta, es el acabose, la terminación de la nutrición o alimentación (habla de todo lo que comía antes) lo que ya no puedo comer me desmotiva”

Aquí se puede apreciar que la sensación de no poder comer o tomar lo que se desee resulta molesto para quienes tienen insuficiencia renal crónica, porque no es solo no comer o beber algo que les apetece, es también limitarse en lo que sí se puede ingerir porque las cantidades deben ser medidas de acuerdo a las condiciones que cada sujeto presenta, por ejemplo si la insuficiencia renal es secundaria a una enfermedad primaria como la diabetes las limitaciones son aún más rígidas. Es interesante ver y analizar que la pérdida de autonomía e independencia no solo aparece en las horas que se debe realizar diálisis, sino que también se manifiesta en otros momentos como cuando el organismo solicita alimentos o bebidas en situaciones en las que otros, a su alrededor, pueden comer determinados alimentos y que al no poder ingerirlos sienten con más intensidad las limitaciones impuestas por la IRC.

**TABLA No. 9**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad,

**Sub categoría encontrada:** Molestias por deterioros físicos y tener que depender de alguien más

Entrevistado	Citas
<b>Hermes</b>	“Nadie me explicó bien, no veía nada, no podía ni caminar”, “estar a disposición de mi sobrino me hace sentir mal”, “frustración por no poder hacer nada por depender de otras personas”
<b>Apolo</b>	“Mi esposa me deja porque camino muy lento. Se corre peligro y el ritmo es lento, ya no se puede subir gradas, las escaleras eléctricas, me mareo, estoy limitado, atado a todo”, “Manejaba el "carro, me iba de viaje, tengo que esperar que mi hijo esté con tiempo para que me lleve”, “Me siento inválido”, “No quiero estar en la tercera edad, me da vergüenza y la enfermedad me hace perder facultades como firmar y eso me entristece”, “El horario de pastillas se me olvida, tengo que pedir ayuda y eso me molesta, no me gusta”. “Me siento aislado porque mi esposa hace todos los trámites y yo por la insuficiencia renal no puedo”
<b>Dionisio</b>	“La imposibilidad de tener miembros sanos, las piernas me fallan, me falsean”, “Si, cambios en todo aspecto, la vista por ejemplo no veo bien, siento fastidio de no contar con la salud necesaria para ayudar en la casa o a mí mismo”. “En que quiero salir a la calle y no puedo solo siempre necesito de alguien que me ayude, me he caído y siempre necesito de otra persona, me siento mal, atado, cuando descanso después quiero salir a la calle, estoy atado esperando que alguien me ayude”
<b>Hércules</b>	“Por mi pérdida visual he perdido la lectura, ya no puedo hacer, tengo que pedir ayuda”, “Antes manejaba ahora ya no puedo, mi hijo me tiene que llevar”.
<b>Ares</b>	“Si tengo trabajo busco a otra persona que me ayude. Eso me molesta porque tengo que depender de esta otra persona”
<b>Antígona</b>	“Debo depender de mi esposo a nivel físico y económico, le debo rogar a mi esposo que me de dinero y eso no me gusta”

En esta sección se puede apreciar que dentro de la insuficiencia renal crónica las facultades físicas se deterioran con mayor rapidez a diferencia de un deterioro normal por edad, muchos de estos sujetos deben pedir ayuda a sus familiares o amigos y eso genera incomodidad porque deben depender y esperar de la voluntad de alguien más. Resulta importante señalar que la vergüenza, el fastidio, la molestia, se hacen presentes, como han manifestado los entrevistados, y es una reacción frente a las limitaciones por las que atraviesan.

**TABLA No. 10**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** No poder realizar actividades deportivas

Entrevistado	Citas
<b>Apolo</b>	“He renunciado al deporte, hasta en el vóley uno se siente que necesita alguien porque de repente un balonazo”
<b>Ares</b>	“El vóley era mi diversión, ahora camino, hago cosas más sedentarias”
<b>Helio</b>	“Antes podía hacer ejercicio ahora no, porque la fistula se puede dañar. Ya no juego fútbol”
<b>Hipólita</b>	“Ya no puedo salir, comer, jugar básquet”
<b>Hefesto</b>	“Jugaba vóley y me gustaba, ya no puedo porque un brazo ya no vale. Antes podía hacer deporte ahora no, se daña la fistula”
<b>Antígona</b>	“yo jugaba vóley ya no puedo hacer gimnasia, no puedo hacer deporte”

El tema relacionado a “deportes” no se esperaba que surja en las entrevistas puesto que al ser los entrevistados sujetos de entre 50 y 60 años no se pensaba que el deporte signifique un tema relevante, sin embargo resultó ser uno de los elementos más presentes (seis de nueve entrevistados). Además señalan que el tener una fístula resulta incómodo para la realización de cualquier actividad física que involucre las manos y brazos por ello deben optar por actividades sedentarias o que tengan menos impacto en estas como caminar.

**TABLA No. 11**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Sensación de pérdida de libertad

Entrevistado	Citas
<b>Hermes</b>	“Renuncié al trabajo y a mi libertad”, “no tengo la libertad de trabajar y caminar”
<b>Dionisio</b>	“al no poder salir renuncio a mi libertad”
<b>Hércules</b>	“He renunciado a la libertad”
<b>Apolo</b>	“Ya no puedo ir en bicicleta, he ido perdiendo la libertad”
<b>Antígona</b>	“He perdido la libertad de tomar decisiones”

En esta parte se puede observar que los entrevistados señalan textualmente que han perdido la libertad. Para ellos las limitaciones que surgen a partir de la enfermedad les hacen sentir que no tienen la libertad de realizar lo que desean o al menos lo que antes si podían hacer. Se puede apreciar también que la pérdida de libertad no solo se limita a la

realización física, también la toma de decisiones cuenta como un aspecto que se ha visto restringido; y es que en el caso de estos sujetos, la familia muchas veces, toma las decisiones con respecto a lo que deben o no hacer como una forma de protección, hecho que molesta significativamente porque los sujetos manifiestan que deben pedir permiso hasta para hacer actividades sencillas.

**TABLA No. 12**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Asistir a diálisis como un trabajo, una obligación

<b>Entrevistado</b>	<b>Citas</b>
Hefesto	“Ya es como un trabajo, toca venir, sino que no le pagan”
Hipólita	“Ahora hago de cuenta que me voy a trabajar”
Dionisio	“quiero pensar que no estoy enfermo y vengo a hacer algún trabajo”
Ares	“De seis a dos tengo que trabajar pienso”
Hércules	“Me hago la idea de que es como un trabajo que tengo que venir y acabar”
Hermes	“Tengo que venir obligadamente, para mí es una obligación”

En esta sección se puede ver como para seis de nueve sujetos, el asistir a diálisis es visto como una obligación, y lo relacionan como si fuese ir a un trabajo, “me hago la idea de que es como un trabajo que tengo que venir y acabar” (Hércules, línea 9) es una actividad que se debe hacer, impostergable. Y es que están conscientes que el no asistir implica comprometer en gran sentido su salud y vida. El realizar el tratamiento de diálisis se vuelve un asunto de rutina, y es interesante el hecho de que para cada paciente de la clínica la máquina de diálisis es personal e intransferible algo así, como un escritorio de oficina.

El tratamiento de diálisis cumple un papel importante en la salud de los pacientes pero también les exige no pasarse de 24 horas sin realizarla porque de lo contrario los

efectos de la enfermedad se empiezan a sentir, hecho que les asusta y por ello deben acudir obligatoriamente

**TABLA No. 13**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Sentimiento de que el tiempo se pierde en diálisis

Entrevistado	Citas
Hipólita	“(…)si porque me dolía todo, el brazo y porque perdía el tiempo”, “resultan horas muy dolorosas”
Helio	“El tiempo me afecta porque son cuatro horas en las que podría estar produciendo, trabajando, son cuatro horas y tres días”
Apolo	“es el último tramo de la vida, pero siento ganas de que pase rápido y adelantar el reloj”
Ares	“Me toca renunciar, en general, las horas que tengo que venir”, “me quita el tiempo”

El tiempo resultó ser un elemento importante dentro de los entrevistados, “perder el tiempo” para ellos de cierta manera representa perderse de aquello que está pasando afuera mientras ellos se dializan. Cuando mencionan el “me quita tiempo” (Ares, línea 13) se pueden también referir a que la diálisis les quita el tiempo con los suyos, con sus actividades y lo ven como un espacio que no se recuperará jamás.

El tiempo y su noción es subjetivo en cada persona, de hecho en la clínica se puede observar como los pacientes emplean las cuatro horas de diálisis de diversas maneras. Hay quienes prefieren dormir, otros que prefieren tejer, están los que escuchan música, o los que simplemente pierden su mirada en algún momento reflexionando y así se mantienen. En definitiva las cuatro horas en tratamiento de diálisis resultan una espera larga y no tan cómoda porque en esta aparecen necesidades como de comer, dormir y no poder cambiar la posición del cuerpo “resultan horas muy dolorosas” (Hipólita, línea 6).

**TABLA No. 14**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Sentirse atado

Entrevistado	Citas
<b>Hefesto</b>	“Pincharse, quedarse atado ¿y si pasa algo cómo salgo de aquí?”
<b>Hermes</b>	“Un poco molesto porque no tengo la libertad de trabajar y caminar, me siento atado”
<b>Antígona</b>	“Es feo dedicarle tiempo, es cansado a uno le va agotando estar mucho tiempo sentada si se mueve el brazo le entra la aguja le lastima y no tiene libertad de movimiento”
<b>Dionisio</b>	“Me siento mal, atado”

El discurso recurrente dentro de este contenido es “sentirse atado” no solo en el aspecto físico, sino también en el aspecto psíquico; aquí es interesante y se podría plantear un análisis desde el punto de vista de cómo esa relación ambivalente máquina-sujeto se forma. Por un lado la máquina provee, ayuda, como manifiestan los sujetos más adelante, pero por otro lado obliga a estar conectado, a no hacer nada más, a no dejar mover el brazo por cuatro horas seguidas, “lo ata” porque de lo contrario les puede lastimar. “Es feo dedicarle tiempo, es cansado a uno le va agotando estar mucho tiempo sentada si se mueve el brazo le entra la aguja le lastima y no tiene libertad de movimiento” (Antígona, línea 7).

Resulta interesante y hasta conmovedor escuchar en sus discursos que tienen miedo si es que algo imprevisto llegase a ocurrir, como en el caso de terremotos, situación por la que ha atravesado el país últimamente, y es que el no poder hacer nada frente a eventos de esa naturaleza les hace sentir nerviosos. “¿Qué podemos hacer si no podemos salir corriendo? En esa situación nadie ve por uno, ya ha pasado que uno se queda sin saber cómo quitarse los tubos y las enfermeras corriendo, yéndose” (Hermes, línea 4), el conflicto psíquico también se manifestaría al verse el sujeto limitado frente a situaciones de riesgo.

**TABLA No. 15**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Molestias a nivel económico

<b>Entrevistado</b>	<b>Citas</b>
<b>Hermes</b>	“Me afecta la economía, los pasajes”
<b>Hipólita</b>	“Sufría mucho. Decía: donde voy a sacar plata para los pasajes”
<b>Antígona</b>	“Debo depender de mi esposo a nivel físico y económico, le debo rogar a mi esposo que me de dinero y eso no me gusta, no me gusta rendir cuentas de dinero y eso antes no hacía”
<b>Hefesto</b>	“Les compraba cosas porque podía manejar y tenía plata. Con mi enfermedad se fueron (amistades) y eso dolió”

El tema económico está ligado al no poder trabajar, y es que la independencia económica es la manera que encuentran los sujetos para poder contar con cierta autonomía y al verse esto limitado, el sujeto sufre y se generan conflictos psíquicos. La situación es que muchos de los pacientes que asisten a la clínica viven en zonas rurales muy alejadas de esta, y el asunto de pasajes o medio de transporte les dificulta mucho su tratamiento. De por sí, salir de diálisis es agotador, sumado a las horas de viaje para regresar a casa, incluso muchos de ellos deben caminar largas horas al lugar desde donde les deja el bus hasta donde se encuentran sus viviendas porque los medios de transporte no llegan a zonas muy alejadas de la ruta principal.

El asunto económico no solo se limita a pasajes, es también un limitante al momento de comprar medicinas o insumos médicos. Las clínicas de diálisis proporcionan ciertos medicamentos pero no todos. Hay pacientes que a más de IRC presentan otras enfermedades que también necesitan atención y cuidados.

**TABLA No. 16**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Pérdida y renuncia a amistades/ familia

Entrevistado	Citas
Hefesto	“Yo era bien conocido en Minas, tenía bastantes amistades. Ahora ya no tengo amigos, ya no me llaman porque ya no gasto en ellos (alcohol). Ahí cuando tomaba todo el mundo me quería. Les compraba cosas porque podía manejar y tenía plata. Con mi enfermedad se fueron y eso dolió”
Ares	“Los amigos ya no te llaman”
Dionisio	“Renunciar a la familia, los amigos”
Helio	“Ya no puedo ir de viaje a ver a la familia”

Esta sección no muestra mucha incidencia en general, solo cuatro de nueve entrevistados refirieron la pérdida o renuncia de amistades o familiares, sin embargo desde un punto de vista individual la insuficiencia renal puede producir de cierta manera una pérdida de interacción social porque al verse limitados, como se ha visto anteriormente, de alimentos y bebidas, con lo que generalmente en nuestra cultura se comparte, obliga al sujeto a aislarse de eventos sociales en donde la tentación de consumir productos nocivos para ellos está presente.

Ya en el discurso de los entrevistados se puede notar cierta nostalgia al darse cuenta que los amigos se van perdiendo porque ya no se comparte los mismos intereses, ya no se comparte los mismos momentos como antes de la enfermedad. “Los amigos ya no te llaman” (Ares, línea 4)

**TABLA No. 17**

**Categoría:** Independencia y Autonomía antes de la enfermedad

**Sub categoría encontrada:** Interferencia de otras actividades con el tratamiento

Entrevistado	Citas
Hefesto	“tengo que pedir permiso y eso me molesta”
Dionisio	“Si estuviese sano o en libertad no tuviese que pedir permiso para salir”
Hércules	“A veces coincide los exámenes de afuera con las diálisis y tengo que ir y me molesta porque tengo que pedir permiso”, “Hay otras cosas también más importantes que la diálisis”
Hermes	“No quería venir porque quería hacer otras cosas”

Lo que se puede ver dentro de este tema es el asunto de tener que “pedir permiso” lo cual causa gran molestia a quien se enfrenta con la enfermedad puesto que, antes sentían que no debían hacerlo y ahora por su nueva condición y la terapia de diálisis tienen que reportar a la clínica si se van a ausentar y aquello implica una pérdida de autonomía e independencia por no poder tomar decisiones con respecto a su tiempo “Si estuviese sano o en libertad no tuviese que pedir permiso para salir” (Dionisio, línea 7).

De hecho, los pacientes que asisten a la clínica tienen que firmar un ingreso y una salida luego de realizarse el tratamiento de diálisis porque al ser parte del IESS o MSP las clínicas rinden cuentas a estos y a su vez exigen a los pacientes cumplir con sus horarios, por lo tanto no es “tan fácil” como manifiesta Hércules el no asistir.

Lo que reporta y dice la muestra en la relación a la categoría de **Manifestaciones del duelo centrado por Pérdida de Autonomía e Independencia** es lo siguiente:

**TABLA No. 18**

**Categoría:** Manifestaciones del duelo centrado por Pérdida de Autonomía e Independencia

**Sub categoría encontrada:** Tristeza profunda/sufrimiento, Frustración e Impotencia

<b>Entrevistado</b>	<b>Citas</b>
Ares	“Vino una tristeza profunda”, “Tuve depresión por la máquina por un lado, por mi vida por otro”, “Me duele aun que me hayan dicho que tengo insuficiencia renal”, “Frustración por no poder hacer nada, por depender de otras personas”
Hermes	“Lloraba, tenía tristeza (llanto)”, “Sufría mucho, no quería hacerme las diálisis”
Hipólita	“Estoy triste y pienso Diosito por qué me pondría esto”, “Sufría por mí y mi hijo”, “Tengo tristeza, llanto”
Antígona	“Me siento triste, tengo que dejar todo atrás y venir a las diálisis”
Apolo	“No quiero estar en la tercera edad, me da vergüenza y la enfermedad me hace perder facultades como firmar y eso me entristece” “Me siento deprimido, ya no dan ganas ni de salir, se corre mucho peligro”, “En la calle tengo que tener cuidado con todo. Siento enojo, impotencia, vacío, (llanto)”
Hércules	“Mal sumamente mal porque no puedo tomar las riendas, el control”, “Se sigue deteriorando la salud, y me restringen cada vez más cosas y eso me duele”
Hefesto	“Estoy un poco triste, ¿qué vamos a hacer ante esto?, nada!”, “Lloraba y pensaba cuando me iba a morir”, “Me generó iras, frustración”
Hércules	“Me siento impotente parece que la enfermedad me está ganando, vengo con mucho peso lo que significa que mentalmente no estoy aceptando aunque trato pero no puedo”

En esta sección se encontraron las siguientes manifestaciones: tristeza profunda/sufrimiento, frustración e impotencia. En el primer capítulo se hizo mención de algunas manifestaciones que podían sobresalir frente a un duelo por enfermedad, y resulta interesante constatar que en efecto están presentes en el duelo y su proceso. La manera en la que cada uno de los entrevistados vive estas manifestaciones es subjetivo, sin embargo no deja de ser un elemento importante que en sus discursos se hayan repetido.

El llanto por su parte es una manifestación que está presente y permite conocer que el proceso de duelo está latente, y es que muchas veces cuando faltan las palabras el llanto aparece, “las lágrimas son palabras entrecortadas” (Tipán, 2015), y aparecen en un intento del sujeto de sacar aquello que duele.

Lo que reporta y dice la muestra en la relación a la categoría de **Idea de Enfermedad-Diálisis** es lo siguiente:

**TABLA No. 19**

**Categoría:** Idea de Enfermedad/ Diálisis

**Sub categoría encontrada:** Con la enfermedad moriré. No hay cura. Desentendimiento.

Entrevistado	Citas
<b>Hefesto</b>	“pensaba que me toca morir, en el campo no se sabía nada”, “Ya no hay salvación, en el campo hay mucha falta de conocimiento, ya conociendo ya se sabe que uno no se muere”
<b>Hermes</b>	“Me voy a morir pensé. Estuve en terapia intensiva dos veces, estaba en coma porque al principio no me cuidé y por eso llegué a ese nivel. Negué la enfermedad”, “Los médicos me dijeron vaya a hacerse la diálisis, busqué donde hacerme y no había. Tenía desentendimiento, confusión. Nadie me explicó bien, no veía nada”
<b>Helio</b>	“Pensé voy a morir o si no muero voy a quedar inútil”
<b>Hipólita</b>	“Pensé que nunca iba a vivir y que me voy a morir ese rato”, “Pienso que pasó porque fumigaba con químicos y pensé que con esta enfermedad ya me iba a morir” Me dio decepción de cómo será de vivir. En casa de mi familia jamás pasó nada”
<b>Apolo</b>	“Con lo que he visto, voy a tener poco tiempo, mi hermano se hizo solo 6 meses la diálisis y se murió, pensé me voy a morir”, “la enfermedad es catastrófica, sin esperanzas de recuperación ya no hay sanación”
<b>Hércules</b>	“No acepté, pensé que tal vez había curación a pesar de que el Dr. me dijo que es irreversible, no hay vuelta atrás, la única alternativa es la máquina que le va a hacer las diálisis y punto”, “No me creí, dije no puede ser, el doctor me dijo poco a poco se ira adaptando”
<b>Ares</b>	“No lo creí, pensé debe haber un remedio o medicamento para las partes que no se curan”
<b>Dionisio</b>	“De que no estaba enfermo, de que no era mi realidad, dudaba”

En esta sección se puede ver que para algunos sujetos recibir el diagnóstico de IRC fue como una sentencia de muerte, y frente a esto se encontraron abatidos porque en la mayoría de casos se puede evidenciar una completa falta de entendimiento de lo que la enfermedad es “pensaba que me toca morir, en el campo no se sabía nada” (Hefesto, línea 3). Muchas veces el desentendimiento de la enfermedad puede provocar situaciones de angustia y miedo.

Resulta también importante observar que para ellos la idea de que la enfermedad no tiene cura, los sitúa en una posición de desesperanza, porque generalmente cuando se habla de enfermedad, cualquiera que esta fuese, inmediatamente se piensa en las posibles soluciones y frente a una situación de enfermedad crónica no hay mucho que se pueda hacer. Nadie puede ofrecerles esperanza.

**TABLA No. 20**

**Categoría:** Idea de Enfermedad/ Diálisis

**Sub categoría encontrada:** La diálisis refuerza aspectos positivos y ayuda a mantenerse sano

Entrevistado	Citas
Hefesto	“Como que es una enfermedad buena porque uno viene y está sanito vuelta, no depende de otra persona, hay otros pacientes que tienen otras enfermedades como diabetes, no tienen piernas o brazos, la enfermedad me hace pensar a uno como si estuviera sano solo tengo que venir, y tengo un día más de vida”
Ares	“Me siento alegre o contento porque salgo sano y tomo poco de líquido. Cogí esa mentalidad”
Hermes	“Lo veo como algo bueno porque yo ya estaba para morirme. Lo veo como un después”
Helio	“Me siento como si fuera una terapia que tengo que hacerme para no morir. Aquí está mejor. Siento que tengo que ir a verle a mi riñón con el que vivo”
Antígona	“Me siento alegre porque vengo por mi salud”
Hércules	“(…) A veces ya le cojo sentido a la vida con tener que venir, y pienso si no me hago me muero”
Hefesto	“Me sirvió para cambiar cosas, yo era antes “bravísimo” he cambiado la mitad. Cuando se tiene la enfermedad es normal ser bravo para mí ha sido al revés. Hasta mi mujer se espanta de lo que he cambiado, para mí cuando se tiene una enfermedad se piensa en lo mal que se han hecho las cosas”.
Hermes	“Que es de por vida. Tengo que venir obligadamente, para mí es una obligación. Después de Dios le agradezco a Correa, porque no tengo dinero, y de todas maneras esto es gracias a él. Lo veo como algo bueno porque yo ya estaba para morirme. Lo veo como un después”.

En este punto, cabe señalar que hay un aspecto que llama la atención, y es que 6 de los 9 sujetos entrevistados manifiestan que la enfermedad les ha ayudado a mejorar con respecto a algo, en unos con respecto a su familia, en otros con relación a la manera en la que ven ahora la vida. Es interesante que la enfermedad en ellos aporte en aspectos positivos dentro de todo lo negativo que han manifestado.

### **3.5 Discusión**

De manera general se puede evidenciar que existe un duelo por la pérdida de autonomía e independencia por la que los sujetos con IRC atraviesan y este está ligado a las diversas subcategorías que se han encontrado a lo largo de esta investigación.

Existen varios puntos significativos dentro de la investigación, el primero de resaltar es que los sujetos al recibir el diagnóstico de IRC piensan en la muerte inmediatamente. La idea de muerte o lo fantasmagórico resulta un tema desconocido, pues nadie con certeza sabe lo que existe tras de esta por lo que genera miedo y angustia como señala Freud en lo *ominoso* (1919). Discursos como “no me lo creí”, “me asusté mucho” “pensé que me iba a morir” se evidenciaron con mucha frecuencia dentro del estudio; los sujetos frente a la idea de muerte ven a la enfermedad en un primer momento como la “enemiga” la que les pone cara a cara frente a los más aterrador y espantoso que uno puede pensar: su propia muerte.

Ahora bien, luego de recibido el diagnóstico, se presentó otro hecho interesante y es que se puede evidenciar en la mayoría de los discursos que la falta de conocimiento continúa incluso ya cuando los sujetos están sometidos a tratamiento de diálisis. Frases como “nadie me dijo nada”, “hasta ahora no sé porque tengo IRC”, “no se con certeza, pero pienso que...” se presentan. En el desarrollo de la investigación, frente a este tema, surgieron dos preguntas específicas y fueron ¿es posible realmente que los nefrólogos encargados de emitir el diagnóstico no les hayan dado la explicación completa y pertinente de su enfermedad? o ¿Qué está pasando con la escucha? El hecho de que algunos entrevistados no sepan con especificidad las razones de su enfermedad no habla (en este caso) de un error médico, hablaría más bien de un rechazo, un “no querer saber” lo que está pasando, lo cual estaría relacionado a un duelo latente. Se puede hipotetizar que quizá son

ellos los que no quieren saberlo, que la negación hacia la enfermedad se hace tan evidente que no hay explicación alguna que alcance a llenar el “desentendimiento”.

Otro punto importante es que los entrevistados mostraron molestias por no trabajar y producir. Dentro de esto, se pudo analizar que a pesar de su edad, aun los sujetos se encontraban dispuestos, al menos anímicamente, a trabajar. Hecho que podría responder al entorno en donde se desenvuelven, como se explicó previamente, los entrevistados pertenecen a zonas rurales del Ecuador; en este país el vivir de la agricultura es una actividad económica muy común dentro de estas zonas, por lo que, al ser una actividad de campo, no existe la posibilidad de “jubilarse”, simplemente todos (grandes y chicos) lo realizan y es muy habitual encontrar personas de edad avanzada aun trabajando.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se podría sostener la postulación dada por Estermann en la que argumenta que dentro de la cultura andina (mucho más en la zona rural) se sustenta una idea importante y es la de comunidad, que se expresa en trabajos comunitarios y para los sujetos con IRC, el no poder trabajar por lo que la enfermedad impone, crea sentimientos de impotencia malestar, no valía, exclusión.

Y en este punto se llega a otro tema relacionado, que es la sensación de perder el tiempo mientras están en diálisis, pudiendo producir o trabajar. Es interesante escuchar a los pacientes referirse acerca del tiempo.

“(…) la conciencia intenta precisamente adueñarse del mismo, mediante el tiempo convencional, mediante límites que separan el presente, pasado y futuro. Estos límites se borran una y otra vez pues el fluir se impone como algo que le ocurre al sujeto, como algo en lo que está inmerso y que no depende de su voluntad consciente” (Denicola, 2008). En los discursos se puede apreciar el término tiempo como un referente a aquello que no les pertenece, al menos dentro de diálisis, por ello lo ven como perdido o como si las diálisis les quitaran eso con que podrían producir o hacer más.

“Pero es la observación de lo que lo rodea, de los espejos en que se mira, donde encuentra la noción de principio y final, por ejemplo los cambios de estación, las diferencias de apariencia entre jóvenes y viejos, etc. (...)” (Denicola, 2008). Por ejemplo la

noción del tiempo en estos sujetos estaría dependiendo de las horas que están en diálisis, de las horas que pasan al ver el reloj y pensar cuantas horas más deben quedarse.

Ahora, otro tema que resulta interesante es el situar las creencias religiosas para responder de cierta manera el “porque me pasaría esto a mí” y estos resultados apoyan los postulados como los de Tizón, quien argumenta que sostenerse en la fe alberga la esperanza de sanación o de un diagnóstico equivocado.

Por otro lado, un tema que marcó un gran espacio de cuestionamiento dentro del análisis de resultados, es que el asunto relacionado con la comida salía en casi todos los entrevistados y de manera recurrente, no necesariamente era parte de la pregunta. En este punto se puede hipotetizar que la comida, al ser un referente de prohibición y limitación (en su caso), les resulta más atrayente por algún motivo, tanto así que este tema emerge con facilidad en sus diálogos; y se podría pensar también, qué participación tiene la comida dentro de los desencadenantes del diagnóstico de la enfermedad. Podría reflejar la falta de cuidado y control que estos sujetos tuvieron en el pasado con respecto a esta y sus hábitos. Por otro lado el comer está relacionado con significaciones culturales, dentro de lo que la comida “representa” esta también ese conectarse con el otro e interactuar por medio del compartir la comida.

Un asunto de igual manera interesante, es que aparece un tema relacionado con los deportes. Resulta sorprendente encontrar en las respuestas que los sujetos quieran continuar haciendo deporte debido a su edad por un lado y segundo porque si antes hubiesen tenido una vida más activa (deporte) y sana (alimentos) quizá se hubiese podido prevenir la enfermedad, por lo que cabría preguntarse ¿Por qué ahora, cuando ya no se puede? Se podría tratar de un pensamiento reparador que los ubicaría dentro de la posibilidad de que “si hago ejercicio reparo lo perdido”.

Los sujetos a la enfermedad en un primer momento la describían como algo negativo, algo que llegó a acabar con sus vidas, pero en un punto de la entrevista el discurso cambió y salieron aspectos inesperados, como el de pensar que es un nuevo comienzo de vida, una oportunidad para cambiar, ya que ahora han mejorado con sus familias y en general. Resulta interesante porque su posicionamiento frente a su

enfermedad es ambivalente y se podría pensar que es una manera de racionalizar por un lado el porqué de la enfermedad y darle un sentido de lugar en sus vidas, mientras que por otro, no pueden negar el dolor que esta ha traído a sus vidas.

## CONCLUSIONES

- Dentro del campo psicoanalítico el duelo es el término que se emplea para dar cuenta del dolor que siente el sujeto frente a la pérdida. No solo se vive un duelo por muerte real-palpable, sino también por pérdidas simbólicas o representativas.
- Para que la pérdida de lugar a un duelo el objeto tuvo que haber sido investido y libidinizado y frente a esto el dolor se hace presente porque el objeto que se perdió se lleva algo del sujeto.
- Es necesario que frente a la pérdida el sujeto realice el trabajo de duelo, el cual particularmente es, reponer pieza por pieza la herida y descatectizar el objeto, así la pérdida se reubicará simbólicamente y la libido se encontrará libre para investir nuevos objetos.
- El duelo es un proceso subjetivo, el cual no reconoce tiempos o fases específicas, sino más bien hace referencia a tiempos lógicos en donde el sujeto puede procesar la pérdida a su ritmo.
- Para Freud, dentro del trabajo de duelo, la toma de conciencia (o fortalecimiento del juicio de realidad) es importante porque con ello poco a poco se permite que la libido y sus enlaces se vayan retirando del objeto perdido.
- Las condiciones externas se internalizan en los primeros meses de vida. Las experiencias tempranas y el tipo de vínculo que se forme son indicadores de cómo se vivirán los duelos en etapas posteriores. El aumento de amor y confianza a través de experiencias positivas ayudan a que el niño poco a poco venza el sentimiento de pérdida y depresión.
- En relación a los sujetos que viven un duelo por pérdida de autonomía e independencia por IRC se puede decir que, sienten dolor por una herida narcisista porque el sujeto perdió algo que es interno; aquí no hay como ubicar un objeto exterior porque la pérdida es interna.
- La IRC es una enfermedad en la que la progresión de pérdida de la función en ambos riñones es lenta y simultánea. Existen varias causas para su diagnóstico, las cuales pueden ser de orden socioeconómico o de orden físico.

- El tratamiento para la IRC consiste en la realización de por vida y de manera frecuente de Diálisis y esta se divide en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.
- El sujeto con IRC atraviesa por una serie de contrariedades por todo el proceso que la enfermedad demanda. El tratamiento genera molestias físicas las cuales también repercuten a nivel emocional, ante esto el sujeto presenta manifestaciones tales como: iras, frustración, llanto fácil.
- Al cuerpo se lo puede valorar desde dos perspectivas: desde la materialidad, y desde el aspecto simbólico o representativo es decir, lo que cada sujeto siente y cree sobre su cuerpo.
- La enfermedad se manifiesta como una lectura particular del cuerpo frente a sus conflictos primitivos inconscientes.
- El sujeto está atravesado por la cultura, de ahí podemos decir que se inscribe al cuerpo de la manera en cómo se lo concibe y percibe. Por lo tanto, lo que el sujeto piensa y cree de su cuerpo está influenciado no solo por sus creencias propias sino también por aquello que hereda de la cultura y tradición a la cual pertenece.
- La religión, dentro del contexto social de estudio, cumple un papel importante en el proceso de duelo porque dentro de la fe se alberga esperanza y convicción.
- La autonomía e independencia permiten que el sujeto pueda realizar cualquier actividad que este disponga; la libertad es un factor que el sujeto persigue y anhela porque abre las posibilidades de supervivencia, conservación y lo más importante de establecer un Yo sin obstáculos ni impedimentos.
- La pérdida de una función en el cuerpo tal como en el caso de la IRC, la renal, supone dializarse y la diálisis supone, asistir cada 48 horas por cuatro horas diarias, hecho que limita el libre ejercicio de actividades del paciente diagnosticado, porque de no realizarlo, lo que viene es la muerte.
- Con respecto al tema de autonomía e independencia se evidencia que, en efecto los sujetos sienten que han perdido la facultad de hacer lo que desean desde que se les diagnosticó y trató la IRC por todo aquello que la enfermedad les impone.
- Por otro lado, en manifestaciones de duelo centrado por pérdida de autonomía e independencia, se pudo constatar que los sujetos presentan signos y síntomas que reflejan y hacen evidentes que el proceso de duelo se encuentra latente. Resultó

importante identificar que en el discurso de los sujetos, prevalecía el aspecto de la comida como un indicador de dolor y frustración.

- En relación a la categoría de Idea de enfermedad, se puede evidenciar que la idea de esta no se encontraba clara, pues la negación es un factor importante dentro del curso de comprensión de la enfermedad, y en muchas ocasiones dificultaba y obstaculizaba el proceso de tratamiento, dejando como resultado que los sujetos se sientan incómodos y frustrados frente a una enfermedad desconcertante.
- A pesar de los aspectos negativos de su enfermedad, los sujetos entrevistados rescataron una parte positiva y es que la enfermedad para ellos ha sido una oportunidad de mejorar y cambiar los aspectos que antes eran negativos en ellos.

## RECOMENDACIONES

- En la medida que los signos, síntomas, discursos médicos y tratamientos afectan la vida de quienes padecen IRC, porque que no solo están frente a un diagnóstico que de por sí cambia la idea que el sujeto tiene de sí mismo de ser “saludable” sino que también se enfrentan a las dificultades- miedos y pérdidas propias de la edad, se debe considerar la subjetividad en el tratamiento de esta enfermedad.
- El psicólogo debe orientarse y conocer más sobre la enfermedad, porque al trabajar en conjunto con los médicos tratantes, tendría que estar al tanto de los términos técnicos que más adelante sus pacientes les repetirán.
- Se recomienda a las clínicas de diálisis que faciliten y promuevan un espacio psicológico óptimo para la realización de terapias individuales y grupales.
- Se recomienda la intervención psicológica (la cual no se limita a la escucha, también pasa por otras formas de trabajo psíquico como el acompañamiento) en cada una de las fases de esta condición, a fin de que el paciente se sienta sostenido y el duelo se pueda manejar de mejor manera.
- La psicoeducación a familiares y allegados es importante para que el paciente encuentre en ellos pilares de apoyo y no debilitantes.
- Se recomienda la capacitación al médico nefrólogo para que su posicionamiento sea de escucha particular y no solo de exigencia, que su visión y participación se torne más amplia con respecto al paciente tratándolo como sujeto y no solo como un cuerpo.
- Se recomienda profundizar la relación paciente-comida-cultura, existen muchos aspectos dentro que se podrían analizar, como la relación madre-comida-enfermedad.
- Se recomienda profundizar con investigaciones más específicas sobre este tema. El nivel de conocimiento de la población en general de la enfermedad es muy baja; si esta enfermedad se empieza a difundir se podría evitar y prevenir, pues solo los pacientes y sus allegados entienden lo duro y fuerte que es atravesar por esto.
- Sería interesante contrastar la pérdida de autonomía e independencia entre poblaciones con y sin IRC para conocer en qué medida se pierde esto en relación a

los demás, como también sería interesante plantear un estudio en el que se incluyan los familiares.

## BIBLIOGRAFIA

- Baranger, W. (1991). «*El narcisismo en Freud*». En: *Estudio sobre «Introducción al narcisismo» de Sigmund Freud*. Madrid: J. Sandler (comp.), J. Yébenes.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego: el apego y la pérdida (primera ed.)*. Buenos Aires: Paidós.
- Braier, E. (30 de 11 de 2016). *Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica*. Obtenido de <http://intercanvis.es/pdf/06/06-03.pdf>
- Buitrago, A., & Torijano, J. A. (1998). *diccionario del origen de las palabras*. Madrid: Espasa.
- CDC. (11 de 06 de 2016). *Centers for Disease Control and Prevention* . Obtenido de <http://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/programs/CKDBrief.pdf>
- CDC. (12 de 06 de 2016). *Centers for Disease Control and Prevention* . Obtenido de <http://emergency.cdc.gov/disasters/icfordialysis.asp>
- Cornejo-Polar, A. (2003). *Escribir en el aire: Ensayo sobre la heterogeneidad socio-cultural en las literaturas andinas*. Perú : CELACP.
- Denicola, L. (2008). *Tiempo y psicoanálisis . imago AGENDA* .
- Doka, K. J. (2010). *Psicoterapia para enfermos con riesgo vital* . España : Desclee de Brouwer .
- Doucet, D. F. (1975). *Diccionario de Psicoanálisis Clásico*. España : Labor S. A.
- Douglas , A. P., & Kerr, D. N. (1969). *Manual de las Enfermedades del Riñón*. Barcelona: Científico- Médica.
- Dreizzen, A. B. (2001). *Los Tiempos de duelo*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Dreizzen, A. B. (2001). *Los tiempos del duelo* . Argentina: Homo Sapiens .
- Estermann, J. (1998). *Filosofía Andina*. Perú: Abya-Yala.
- F. M. (09 de 04 de 2016). Obtenido de <http://www.ultracare-dialysis.com/es-ES/Treatment/PeritonealDialysis.aspx>
- Fiscbein, J. E. (2008). *Patología del duelo y somatización*. En *El Cuerpo: Lenguaje y Silencios* (pág. 11). Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Freud, S. (2012/1914). *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2012/1914). *Introducción del narcisismo* . Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012/1919). *Lo ominoso*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012/1987). *Manuscrito N. En Obras Completas, 1.* . Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012/ 1915). *Duelo y melancolía, en obras completas (2da. ed)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012/1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2012/1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Argentina: Amorrortu.
- Hernández, A. M. (2012). *La Pérdida y el Duelo. Una experiencia compartida*. España: Bubok Publishing S. L.
- INEC. (09 de 06 de 2016). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos* . Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/biblioteca-4/>
- Klein, M. (1955). *Sobre la Identificación*. Buenos Aires: Paidos-Horme.
- Klein, M. (1967). *Contribuciones al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1984). *Psicoanálisis del Desarrollo Temprano* . Barcelona: Paidós.
- M. Arias, P. Aljama, J. Egido, S. Lamas, M. Praga, D. Seron . (2014). *Nefrología Clínica (4ta Edicion)*. Madrid: Editorial Medica Panamericana, S. A.
- MSP. (06 de 09 de 2016). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1560/INFORME%20T%C3%89CNICO%20RESUMEN%20AVANCES%20PROGRAMA%20SALUD%20RENAL.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1560/INFORME%20T%C3%89CNICO%20RESUMEN%20AVANCES%20PROGRAMA%20SALUD%20RENAL.pdf)
- Mucci, M. d. (1996). Dolor sensación, dolor percepción en psicoprofilaxis quirúrgica. *Acheronta*, 1-2.
- Nacional, C. (22 de 12 de 2006). *CICAD*. Recuperado el 07 de 03 de 2016, de [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/EC/ley\\_organica\\_de\\_salud.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf)
- OMS. (09 de 06 de 2016). Obtenido de [http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/key\\_messages/es/](http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/key_messages/es/)
- OMS. (02 de 06 de 2016). *Insuficiencia Renal Crónica OMS*. Obtenido de 2016
- OPS. (02 de 06 de 2016). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%20)

3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

RAE. (27 de 05 de 2016). *Real Academia Espanola* . Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=CG97oEp>

Ramírez, L. Y., & Galvis, Z. F. (2007). Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica(hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psicología*, 76.

Real Academia Nacional de Medicina. (2011). *Diccionario de Términos Médicos*. Madrid: Panamericana.

Restrepo, D., & Cardeño, C. (2010). Trastornos de sueño en los pacientes en diálisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 13.

Sáenz, J. C. (2016). Sobre la Herida Narcisista y el Trabajo de Duelo. *Revista Letra en Psicoanálisis (LeP)*.

Sandoval, I. (2005). El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático.

Santiere, A. (2013). Presentacion de "Cuando el Cuerpo se hace Letra". *Imago Agenda*.

Spitz, R. (1991). La angustia del octavo mes . En R. Spitz, *El primer ano de vida* (págs. 118-128). Mexico : Fondo de Cultura Economica .

Tipán, C. (2015). Malestar psíquico. *Psicoterapia de Adultos en Universidad Católica del Ecuador* . Quito.

Tizón, J. L. (2013). *Pérdida, Pena, Duelo*. Barcelona: Herder.

Tizón, J. L. (2013). *Pérdida, Pena, Duelo*. Barcelona: Herder.

University of Maryland. (12 de 06 de 2016). *University Of Maryland Medical Center*. Obtenido de <https://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/lupus-eritematoso-sistemico>

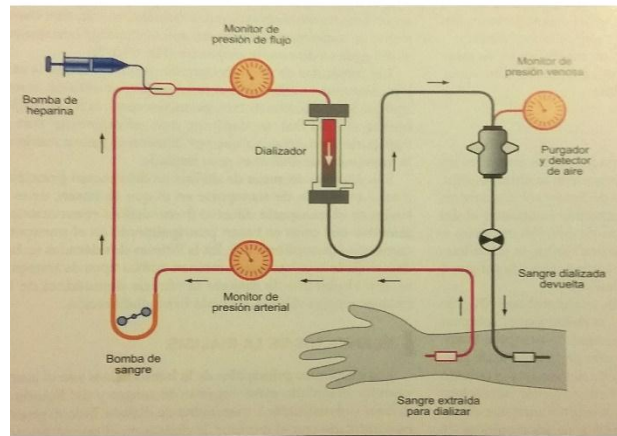
Winnicott, D. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. *Conferencia pronunciada en la Atlanta Psychiatric Clinic*, (págs. 2-8). Atlanta.

Winnicott, D. (1998). *Primera Infancia*. Barcelona: Paidós.

# ANEXOS

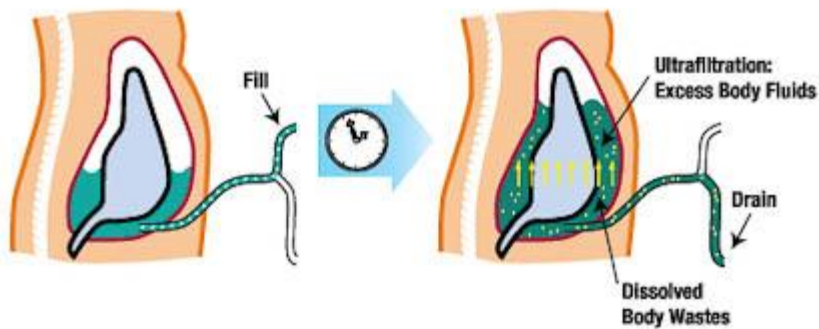
## 1. Imágenes

Figura 1.



Fuente: (M. Arias, P. Aljama, J. Egido, S. Lamas, M. Praga, D. Seron , 2014, pág. 974).

Figura 2.



Fuente: (Fresenius, 2016).

## 2. Entrevista semiestructurada

1. Al ser diagnosticado con IRC ¿Qué pensamientos le surgieron? ¿Que vino a su mente?
2. ¿Qué piensa usted de su enfermedad?
3. ¿En este momento de su vida, como se describiría usted?
4. ¿Cómo explica su enfermedad?
5. ¿Cómo se siente con esta enfermedad?
6. ¿Qué ha generado en usted la IRC?
7. ¿Y qué significa para Ud. esto que le ha generado? (de acuerdo a la respuesta anterior).
8. ¿En qué ha cambiado su vida después de la enfermedad?
9. ¿Han habido cambios o frustraciones importantes a partir de su enfermedad?  
¿Cuáles han sido?
10. ¿A usted le parece que ha tenido que renunciar a algo? ¿a qué?
11. ¿Qué siente cada vez que tiene que asistir al tratamiento de diálisis?
  - ¿Qué es lo que más le afecta del tener que realizarse diálisis?
12. ¿Ha habido momentos en los que ha deseado no querer asistir a diálisis? ¿Por qué?

### **3. Consentimiento informado**

#### **Título de la investigación:**

“Análisis de las manifestaciones del proceso de duelo por pérdida de autonomía e independencia en pacientes en tratamiento de diálisis por insuficiencia renal crónica en la clínica CENER”.

Yo, Daniela García Paz, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, he considerado importante invitarle a participar en un estudio de investigación con fines estrictamente académicos. Antes de que usted decida aceptar su participación en el mismo le solicito que tenga a bien leer cuidadosamente el siguiente consentimiento. Así mismo, le solicito que haga todas las preguntas y dudas que considere deben ser aclaradas y despejadas.

#### **Procedimientos:**

La recolección de la información necesaria para llevar a cabo esta investigación se hará a través de entrevistas, por medio de las que se pueda conocer las manifestaciones del proceso de duelo en quienes padecen insuficiencia renal crónica. En torno a la información proporcionada por el paciente no se hará ningún juicio de valor y se mantendrá absoluta reserva.

Las personas que decidan participar en esta investigación lo hacen libre y voluntariamente, razón por la cual no recibirán ningún tipo de reconocimiento material o económico a cambio.

Toda la información que usted revele durante el proceso de la investigación será mantenida en absoluta reserva y no será revelada a terceras personas bajo ninguna circunstancia. Las evidencias de esta investigación se conservarán durante un año, pasado ese tiempo no habrá evidencia física de lo que ninguno de los participantes haya manifestado en el desarrollo de esta investigación; lo único que se conservará son los análisis conclusivos que estarán disponibles y abiertos al público. Para proteger la identidad de los entrevistados y la información que ellos proporcionen en la presentación final del estudio no se explicitarán los datos personas de ninguno de los participantes.

#### **Participantes:**

Usted no está obligado bajo ningún motivo a participar en esta investigación. Si no desea hacerlo no hay ningún inconveniente. Lo más importante para llevar adelante esta investigación es que usted decida voluntariamente participar en ella. Así mismo, debe saber que si habiendo decidido participar en la investigación decide no continuar en ella, puede retirarse sin ningún problema.

#### **Importante:**

Si tiene alguna duda sobre la investigación, no está de acuerdo con alguna parte de la misma, no firme este consentimiento.

Después de firmar este consentimiento usted recibirá una copia del mismo.

Yo ....., con cédula de identidad....., expreso que he leído (o expreso que se me ha leído y explicado todo lo contenido en este documento) y acepto participar en la investigación aquí descrita.

Firmo o dejo mi huella en constancia de lo dicho.

.....

Fecha: