



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE POSGRADO**

**CARRERA: PSICOLOGIA CLINICA MENCION EN  
PSICOTERAPIA**

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR, MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**

**TEMA:**

**“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN DUELO  
ANTICIPADO Y AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN  
PACIENTES NEFROLÓGICOS CRÓNICOS”**

**AUTOR(A):**

**CLAUDIA ELIZABETH SÁNCHEZ GALARZA**

**DIRECTOR(A):**

**MATEO ALBERTO ÁLVAREZ MALDONADO**

**Ibarra, septiembre 2024**

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a mi amado esposo Henry, el cual me apoyo incondicionalmente inclusive en los momentos más duros de su vida y cuando más me necesitaba junto a él, con el único deseo de que cumpla mi meta y sea un ejemplo de vida para nuestras queridas hijas Judith y Camila, las cuales cada fin de semana creyeron en su madre y entendieron que el conocimiento es un don que se debe cultivar cada día, sin importar edades, distancias ni obstáculos que se presentan en la vida diaria.

También quiero dedicar este trabajo a mis padres Esthercita y Luchito, los cuales me enseñaron a que la palabra vale más que cualquier documento y mi compromiso es estudiar y ser una profesional de excelencia para todos esos pacientes que día a día confían en mí.

A mis suegros Judithcita y Angelito( +), que me han impulsado desinteresadamente en todas mis metas y anhelos y que con su amor y bendiciones siempre me ha dado la seguridad que en esta vida todo lo podemos conseguir con fe y constancia.

## II

### **Agradecimientos**

La gratitud es uno de los valores que más debemos practicar, por eso mi sincero agradecimiento a Dios por darme la oportunidad de vivir cada día de la mejor manera y bajo sus bendiciones.

Un agradecimiento sincero y especial al Magister Jorge Gordòn, el cual me permitió ser parte de la maestría y como profesor fue muy generoso al compartir todos sus conocimientos de una manera adecuada, didáctica y eficiente, así mismo gracias porque como coordinador siempre estuvo pendiente de cada uno de nosotros para que cumplamos la meta de ser maestrantes de alto profesionalismo y nuestros conocimientos estén al servicio de la sociedad.

Un gracias y muchas bendiciones a mi tutor Magíster Mateo Álvarez, que acepto ayudarme en mi investigación sin dudarlo ni por un momento, pero también gracias porque me permitió a través de sus conocimientos cambiar la teoría y práctica de la salud mental de las adicciones.

Gracias a todos mis maestros que por su calidad humana a más de ser profesores se convirtieron en amigos, con los cuales, me sentí en confianza y respaldada en la adquisición de conocimientos.

Como no agradecer a mis amigos de viaje (Anita, Ximena y Fernando-Didier), con los cuales cada fin de semana se convertía en una aventura, que siempre terminé de la mejor manera, por eso están en mi corazón y siempre serán un hermoso recuerdo.

Y por último gracias a los amigos (Jorge, Eli y Marianita) que de una u otra manera contribuyeron en el cumplimiento de este sueño profesional y me hicieron entender que cuando entres al corazón de un amigo no importa el lugar que ocupes lo importante es que nunca salgas de ahí

Ibarra, 22 de marzo de 2024

Dra. Lucia Yépez

**DECANO/A**



**FACULTAD DE POSTGRADO**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señora Decana:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Intervención psicoterapéutica en duelo anticipado y afectación psicológica en pacientes nefrológicos crónicos” de la maestrante Claudia Elizabeth Sánchez Galarza, de la Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Firma</b>
Tutor	Mateo Alberto Álvarez Maldonado	 Firmado electrónicamente por: <b>MATEO ALBERTO ÁLVAREZ MALDONADO</b>
Asesor	Jorge Edmundo Gordòn Rogel	 Firmado electrónicamente por: <b>JORGE EDMUNDO GORDON ROGEL</b>



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1713307393		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	SÁNCHEZ GALARZA CLAUDIA ELIZABETH		
<b>DIRECCIÓN:</b>	QUITO – LA ARMENIA - CONOCOTO		
<b>EMAIL:</b>	claudiae.sanchezg@gmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	022352006	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0984183815

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN DUELO ANTICIPADO Y AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES NEFROLÓGICOS CRÓNICOS
<b>AUTOR (ES):</b>	CLAUDIA ELIZABETH SÁNCHEZ GALARZA
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	05/09/2024
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	MAGISTER MATEO ALBERTO ÁLVAREZ MALDONADO

### 2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 05 días del mes de septiembre de 2024

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:  
CLAUDIA ELIZABETH  
SANCHEZ GALARZA

CLAUDIA ELIZABETH SANCHEZ GALARZA

Resumen.

Palabras clave: nefrología, psicoterapia, duelo anticipado, experiencia.

La enfermedad renal crónica es considerada una de las causas de muerte prematura a nivel mundial. Además, se encuentra catalogada como, una patología cuyo tratamiento es considerado doloroso, todo esto sumado al mal pronóstico y nivel de deterioro grave que presentan quienes la adolecen. Dentro del Hospital de la Policía Quito número uno, se realizó una investigación cualitativa simultáneamente al tratamiento psicológico grupal que reciben los pacientes del área de nefrología, para conocer sus experiencias, criterios acerca del duelo anticipado y también su estado de ánimo previo y posterior a recibir asistencia psicológica. Los resultados visibilizaron que, los pacientes refieren haber sentido mejoría en su estado de ánimo, resignificación limitada de la muerte anticipada y mayor adherencia al tratamiento. Todo esto provocado, por un cambio en su perspectiva acerca de la enfermedad, durante la experiencia de la intervención psicoterapéutica, que catalogan como “positiva” y funcional para mejorar su calidad de vida.

Abstract.

Keywords: nephrology, psychotherapy, anticipated grief, experience.

Chronic kidney disease has been considered as one of the worldwide main causes of premature deceases. Furthermore, those pathologies are cataloged, as diseases which their treatment, is considered painful. As well, patients whose suffer this pathologies have a serious deterioration, even added to a poor prognosis. Inside the Police Hospital number one of Quito, a qualitative investigation was carried out simultaneously, with the group psychological treatment received by patients' part of the nephrology area, to understand their experiences, criteria about anticipated grief and also their state of mind before and after receiving psychological assistance. Results showed up that, patients communicated having an improvement in their mood, limited redefinition related with anticipated decease, better treatment adherence. All of this, is caused by a change in their perspective about the illness, during the experience of psychotherapeutic intervention, which they classify as “positive” and functional to improve their quality of life.

**CONTENIDO**

<b>INSTITUTO DE POSTGRADO .....</b>	<b>1</b>
<b>“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN DUELO ANTICIPADO Y AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES NEFROLÓGICOS CRÓNICOS” .....</b>	<b>1</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>1</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I. ....</b>	<b>3</b>
<b>El problema.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Problema de investigación .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Antecedentes .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Objetivos del estudio .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>8</b>
<b>Marco Referencial .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Marco teórico.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Marco Legal .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>16</b>
<b>Marco Metodológico.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Descripción del área y grupo de estudio .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Enfoque y tipo de investigación .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Procedimiento de investigación .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Instrumento de evaluación y recolección de datos .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Consideraciones bioéticas.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>21</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Discusión .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>27</b>
<b>Propuesta .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Conclusiones .....</b>	<b>27</b>
<b>5.2 Recomendaciones .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>29</b>

# CAPÍTULO I.

## El problema.

### 1.1 Problema de investigación.

Actualmente, existen 45 pacientes nefrológicos en el Hospital de la Policía Quito número 1. Pacientes, que son atendidos, periódicamente en esta casa de salud, estos pacientes, reciben tratamientos enfocados en intervenir y tratar la insuficiencia renal crónica por medio de hemodiálisis (Lopez, 2023). Es esencial mencionar que, la insuficiencia renal crónica tiende a ser mortal ya que se trata de una patología considerada incurable (MSP, 2018, pp. 4-5). Además, muchos de los pacientes con patologías de este tipo, terminan falleciendo inevitablemente por complicaciones directas o patologías concomitantes (Worldkidneyday, 2022).

Considerando estos elementos, tales como: la gravedad de la patología, la percepción dolorosa; que se tiene del tratamiento y el acortamiento de la esperanza de vida (Rivera-Ledesma et al., 2011, p. 330). Es importante, centrarse en entender el nivel de afectación global que tienen los pacientes con enfermedades nefrológicas graves. Entendiendo también, que el componente psicológico es un factor de relevancia en pacientes con enfermedades crónicas, considerando que hay variaciones entre la mejora o el deterioro en las intervenciones médicas dependiendo del estado psicológico de los pacientes (Hopman et al., 2008, p. 110).

La problemática a su vez, se centra en la inexistencia de un protocolo de intervención psicológica centrado en el cuidado del estado de salud mental de los pacientes nefrológicos crónicos, tampoco existe una guía de intervención en crisis, para cuando se presentan síntomas de ansiedad durante el proceso de hemodiálisis y principalmente la intervención psicoterapéutica enfocada en procesos de duelo anticipado, para la persona que sufre la patología y su esperanza de vida se ha visto drásticamente limitada (Rivera-Ledesma et al., 2011, pp. 331-332).

Cabe mencionar que, el proceso de hemodiálisis es un tratamiento considerado doloroso y agresivo para la persona quien lo recibe (García et al., 2014, p. 638), en este sentido, es bastante común que profesionales médicos manifiesten, que muchos de los pacientes que recurren a recibir este tratamiento médico, tiendan a manifestar síntomas relacionados a ansiedad o estrés previos a la intervención, durante el tratamiento y posterior a este (García et al., 2014, p. 639), es por esta razón que durante el proceso de diálisis en cualquiera de sus modalidades: diálisis peritoneal y hemodiálisis los pacientes



reciben un apoyo multidisciplinario (especialistas en nefrología, nutrición, psicología, trabajo social y equipo de enfermería) de tal manera que los pacientes deben cumplir con un control mensual para medir estabilidad y calidad de vida en cada uno de ellos.

La finalidad de generar un proceso de intervención psicológica, corresponde a las necesidades de los pacientes nefrológicos crónicos, quienes por conocimiento de la profesional encargada del área tienden a desertar del tratamiento por presencia de ansiedad constante o cuando su pronóstico ha recaído en la muerte (esto se ha visto en años anteriores, además, basándose en los hallazgos encontrados en la revisión literaria investigada para la elaboración del siguiente trabajo.

Es así como, el presente trabajo se plantea la duda ¿Colabora la intervención psicoterapéutica en el tratamiento médico de los pacientes crónicos que tienen un lapso de vida definido por su enfermedad? es decir, ¿De qué manera la intervención psicológica puede colaborar con un manejo adecuado de las habilidades sociales de los pacientes frente a un duelo anticipado y afectación psicológica en enfermos crónicos que van a fallecer en un corto lapso de tiempo?

## **1.2 Antecedentes.**

Es común, que muchos pacientes ante el diagnóstico de IRC, asuman una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se depriman y no logren adaptarse a las nuevas exigencias; otros reflejan agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares. (Amigó, Fernández y Pérez, 1998; Warnock, 1998) La influencia de esta enfermedad en el desarrollo de la personalidad del paciente es variable y depende de factores que van desde el nivel de madurez que haya alcanzado ésta antes del diagnóstico, hasta las características del medio social en el que se inserta. De manera general, es frecuente la disminución del nivel de aspiraciones, intereses y metas, pobre proyección futura, la existencia de desordenes de la personalidad, relacionando altos niveles de neuroticismo con mayor mortalidad, así como la modificación de su autoimagen, lo que genera dificultades en su autovaloración y autorregulación.( Trincado, Pérez R, Pérez MP, Escalona , Sardinas, García y cols., 2000; Almeida,1991;Koutsopoulou, Theodosopoulou,

En lo que se refiere a factores de relevancia tales como: los procesos de adherencia al tratamiento, mejora del paciente o empeoramiento de este en su pronóstico médico basándose en el anticipo de su muerte y acortamiento de esperanza de vida. Siendo estos analizados siempre desde la literatura centrada en la correlación entre salud mental y

tratamiento de enfermedades catastróficas tal como el estudio de Kredentser y Chochinov (2020).

Tal como se ha mencionado anteriormente, las enfermedades renales son de relevancia para el estudio, tratamiento e intervención por: su cronicidad, tasa de mortalidad y cantidad de pacientes atendidos a nivel mundial, cuya incidencia va en aumento (Worldkidneyday, 2022), es importante, definir a la insuficiencia renal como la enfermedad nefrológica más común de atención permanente en las casas de salud a nivel mundial (MSP, 2018, pp. 9-11). Siendo esta, una enfermedad progresiva, incurable y mortal; cuyo tratamiento es la hemodiálisis, la cual tiene como finalidad purificar la sangre de toxinas y residuos por la incapacidad de los riñones para realizar este proceso (MSP, 2018, p. 40).

Existen estudios tales como el de, Rivera-Ledesma et al. que explican la correlación entre un deterioro causado por la diálisis y las restricciones en el cotidiano de los pacientes con insuficiencia renal, que explican una predisposición a patologías mentales y disminución en la calidad de vida (2011). Todo esto se basa en la complejidad del tratamiento, el gasto económico que genera la enfermedad y las restricciones en función de dieta, ejercicio y actividades cotidianas que generan síntomas depresivos, ansiosos y relacionados al estrés (Rivera-Ledesma et al., 2011, pp. 329-330).

A nivel regional (Hispanoamérica) estudios realizados en México Rivera-Ledesma et al. explican que la adhesión al tratamiento, estrategias de autocuidado físico y emocional son más altas y se encuentran mucho más desarrolladas en pacientes con apoyo psicológico (2011, p. 331), esto podría explicar por ejemplo con otro estudio Burke et al, la relación existente entre mayor prevalencia de ideación suicida, miedo a la muerte y síntomas crónicos de estrés en pacientes con diagnóstico grave (2021, pp. 245-246), que además, tiene como base fecha de muerte aproximada ya definida por los profesionales a cargo Burke et al. (2021, p. 245).

De acuerdo a estudios tales como el de Burke et al, los pacientes que se someten a tratamientos dolorosos como por ejemplo hemodiálisis tienden a tener mayor predisposición a desarrollar enfermedades mentales tales como: trastornos del estado de ánimo (depresión) y trastornos relacionados al espectro de la ansiedad (ansiedad generalizada y ataques de pánico) (2021, p. 245), además, cabe mencionar que, el proceso de hemodiálisis es catalogado como doloroso e invasivo según los pacientes que se

someten a estos procesos (García et al., 2014, p. 638), todo esto, sin olvidar que los trasplantes renales son poco comunes en el Ecuador, y no abastecen a todos los pacientes nefrológicos crónicos, por lo cual la esperanza de vida de muchos se acorta y se limita (MSP, 2018, p. 23).

A lo que refiere, con la intervención psicoterapéutica en pacientes con enfermedades consideradas “catastróficas” y “crónicas”, no es un tema reciente, ya que varios estudios tales como el de Rogalla, refieren que las personas con enfermedades catastróficas tienen un empeoramiento en su salud mental que es correlacional a la enfermedad de que padecen (2018, pp. 107-109), por lo cual, el apoyo psicoterapéutico en estos pacientes es una necesidad y una realidad que se presenta en casas de salud a nivel mundial y nacional (Hopman et al., 2008, p. 109).

Cuando se habla de duelo anticipado, es necesario, centrarse en estudios relacionados en los siguientes factores: atención en el ámbito hospitalario del paciente crónico, el apoyo psicológico y enfermedades cuyo pronóstico recae en el fallecimiento del paciente (Gilsenan et al., 2022, p. 2), en este sentido, el duelo anticipado se podría como un proceso, donde existe conocimiento acerca del fallecimiento inminente de un ser humano por existencia de una enfermedad crónica u otros factores (Gilsenan et al., 2022, pp. 1-2).

Estudios tales como el de Burke et al, explican que el duelo anticipado genera afectaciones en el estado psicológico y en la salud mental; tanto en la persona quien tiene conocimiento de su pronta muerte (2015, pp. 249-251) y también así, existen repercusiones en la familia y personas cercanas a la persona que vivirá el duelo anticipado como “víctima. Por lo cual, la intervención terapéutica debe ser integral en este fenómeno complejo (Gilsenan et al., 2022, p. 3). Existen hallazgos en la importancia de la intervención psicológica en pacientes crónicos con duelo anticipado, donde se demuestra que la sintomatología ansiosa y depresiva, disminuye considerablemente desde la aceptación y la búsqueda de la parte espiritual (Gilsenan et al., 2022, p. 3).

El duelo anticipado en pacientes nefrológicos si bien es un tema que aún no ha sido analizado específicamente, existen investigaciones como la de Aránega-Gavilán et al. que explican, cómo este proceso que muchos pacientes crónicos comienzan a vivir, tiene afectaciones psicológicas graves, que inclusive pueden empeorar el pronóstico y disminuir aún más la esperanza de vida (2022, pp. 217-219). Por ejemplo, en el estudio

de Najafi et al, se explica la importancia de la muerte digna, la dignidad en la calidad de vida y el establecimiento de estados psicológicos relacionados a la paz, tranquilidad y aceptación acerca de su muerte (2022, p. 2).

Por otra parte, la presencia de síntomas de inanición voluntaria como abandono del tratamiento y fármacos, conductas autolesivas, conductas de riesgo o de tipo impulsivas, son consecuencias de la falta de apoyo psicológico en pacientes crónicos (Burke et al., 2015, p. 245), es así como, se sabe que en países desarrollados existen planes integrales de trabajo e intervención multidisciplinaria donde la psicología y la especialidad médica encargada de tratar la enfermedad crónica brindan una intervención global al paciente que sufre (Gilsenan et al., 2022, pp. 1-2).

Estudios tales como el de Runzer-Colmenares et al, explican que la intervención psicológica en servicios o áreas médicas donde reciben tratamiento los pacientes crónicos, con pronóstico de muerte y por ende en proceso de duelo anticipado es necesario y de suma utilidad (2019, pp. 134-135), todo esto considerando que; la adhesión al tratamiento médico (considerando que la diálisis es un proceso doloroso), cuidados paliativos y el nivel de estrés al que se encuentran expuestos los pacientes, puede generar interferencias en el tratamiento (García et al., 2014, pp. 637-638).

### **1.3 Objetivos del estudio**

Objetivo general: Valorar los beneficios que aporta la Intervención grupal basada en la terapia cognitiva conductual para el manejo de duelo anticipado y afectación psicológica en pacientes nefrológicos del Hospital Quito Nro1.

**Objetivo específico 1:** Estabilizar el estado psicológico de los pacientes nefrológico con pronóstico fatal.

**Objetivo específico 2:** Psicoeducar a los pacientes para generar adherencia al tratamiento de diálisis y hemodialis.

**Objetivo específico 3:** Reestructurar las creencias funcionales acerca del duelo anticipado y la muerte.

### **1.4 Justificación.**

Basándose en estadísticas mundiales, regionales y globales, se entiende que la cifra de pacientes con este tipo de patologías es considerable, es así como, se conoce que, las personas con algún tipo de enfermedad nefrológica (relacionada al sistema renal),

representan el 10 % de la población mundial: siendo la más común de estas patologías, la insuficiencia renal (Worldkidneyday, 2022), cabe mencionar que, las enfermedades renales son incurables en su mayoría y tienden a ser progresivas con cronicidad sintomática (MSP, 2018, pp. 9-12), además, se sabe que, para el año 2040 se convertirá en la quinta causa más común de años perdidos de vida en la población general (MSP, 2018, pp. 10-11).

En cuanto respecta a la estadística nacional, se conoce que, aproximadamente existen 206 casos de pacientes nefrológicos por cada millón de habitantes en el Ecuador (MSP, 2018, p. 4), si se considera además, que el hospital de la Policía Nacional número 1 de la ciudad de Quito, atiende 45 pacientes crónicos con enfermedades nefrológicas graves se puede explicar la relevancia y necesidad de implementar un esquema de intervención psicológica para pacientes en esta área, especialmente considerando que la esperanza de vida de estos es bastante corta (Lopez, 2023).

Además a nivel nacional, no existen protocolos de intervención psicológica en el paciente nefrológico crónico, por lo cual el presente estudio intenta colaborar en el establecimiento de directrices y estrategias de apoyo psicológico en estos pacientes que son bastante proclives a procesos de duelo anticipado por su esperanza de vida limitada en la mayoría de los casos (Lopez, 2023), el siguiente trabajo, tiene también la finalidad de brindar aporte a la literatura científica, a la intervención en el paciente crónico nefrológico con pronóstico de duelo anticipado por su enfermedad en el contexto nacional.

## **CAPÍTULO 2.**

### **Marco Referencial.**

#### **2.1 Marco teórico.**

Inicialmente, es esencial entender que, el deterioro grave generado por una enfermedad considerada crónica como la enfermedad renal crónica, discapacitante o

catastrófica genera afectación psicológica, disminución en la calidad de vida y en el nivel de independencia que una persona tiene consigo mismo para su cotidiano (Rogalla, 2018, p. 109). Es así como, la conceptualización de una enfermedad crónica o catastrófica es importante para entender la necesidad de asistencia psicológica en conjunto con el tratamiento médico (Runzer-Colmenares et al., 2019, p. 137).

Según la Organización Mundial de la Salud , se considera como enfermedad crónica o catastrófica , toda patología que presente los siguientes factores: a) tratamiento ineficaz para su cura o remisión total , el mismo que únicamente es de tipo paliativo o centrado en detener el deterioro o posibles complicaciones , b) cuya duración sea a lo largo de la vida , c) que disminuya la esperanza de vida promedio acorde a la media nacional de donde vive el paciente , d) cuyo tratamiento requiera de seguimiento e intervención constante , e) donde el dolor sea considerado crónico o alto y f) que reduzca el nivel de autonomía o independencia en el cotidiano a consecuencia de la patología (OMS, 2016, p. 43).

Al hablar de acortamiento en la esperanza de vida , que es un sinónimo de duelo anticipado , el Ministerio de Salud Pública del Ecuador , en su protocolo de tratamiento de la enfermedad renal crónica menciona textualmente , la base teórica que fundamenta este trabajo , desde dos ámbitos : la gravedad de la patología y su morbilidad:

La ERC es la cuarta causa de mortalidad general y la quinta de mortalidad prematura en el Ecuador. La mortalidad por ERC en el Ecuador alcanza niveles entre el 6 % y 7 %. El 1,44 % de años vividos con discapacidad son producidos por la ERC en el Ecuador, aunque la esperanza de vida corregida por discapacidad indica 3,47 %.(12) (MSP, 2018, pp. 13-21).

Tal como se mencionó en el capítulo de la problemática, las enfermedades consideradas catastróficas o crónicas generan predisposición para el desarrollo de psicopatologías o afectaciones en el estado de ánimo de quienes las padecen (Hopman et al., 2009, p. 109) . Los factores que predisponen son principalmente tres: el dolor crónico, el acortamiento de la esperanza de vida (la misma que predispone al duelo anticipado) y el nivel de interferencia que la patología genera en el cotidiano. Específicamente, el duelo anticipado genera sintomatología de índole depresiva y ansiosa, que también puede generar deserción en el tratamiento, disminución en el autocuidado y

aumento en el riesgo de presencia de conductas autolíticas o suicidas (Gavarkovs et al., 2016, pp. 146-147).

Siguiendo esta línea de pensamiento, el duelo anticipado es un proceso que se presenta tanto de manera individual, como de manera grupal, que es la inserción de sistemas de pensamientos complejos y proyección a futuro relacionada con la muerte, antes de lo esperado en el ciclo del desarrollo humano (es decir, en la vejez) (Najafi et al., 2022, p. 2). Este fenómeno se presenta por medio de un diagnóstico médico, o por medio de elementos que podrían predecir una muerte antelada (amenazas de muerte, por ejemplo). El duelo anticipado de esta manera, afecta tanto a quien posee el diagnóstico, como a sus familiares (Najafi et al., 2022, pp. 2-3).

Burke et al, indica que algunos pacientes después de recibir diagnósticos de enfermedades crónicas o catastróficas entran en duelo y deciden desertar de tratamientos médicos y la intervención sanitaria para su patología, como manera desadaptativa y disfuncional de afrontar la crisis que esto genera. Desde este punto de vista, el diagnóstico médico puede ser un factor antagónico en algunos pacientes, contrario a lo que se pensaría (Burke et al., 2021, p. 5).

Tal como, se describió en el estado del arte del presente trabajo, el tratamiento de las enfermedades nefrológicas es considerado doloroso por los pacientes quienes lo reciben, especialmente la hemodiálisis que es utilizado en su gran mayoría (García et al., 2016, pp. 233-235). Se conoce por ejemplo que, el dolor de la hemodiálisis genera situaciones de ansiedad y estrés de manera anticipada en los pacientes, inclusive con días de antelación (Aránega-Gavilán et al., 2022, p. 218). Esto se debe entender como un factor que podría generar poca adherencia al tratamiento de la enfermedad renal crónica.

Además, desde el punto de vista de la neuropsicología y la neurociencia, se sabe que, el umbral del dolor y la sensación de los receptores del dolor se alteran en estados de ansiedad y estrés, generando mayor cantidad de intolerancia o sensación de dolor (Fabbro & Crescentini, 2014, pp. 542-544).

Por ende, parte de la eficacia de la adherencia al tratamiento nefrológico, mejora en la calidad de vida, facilita los cuidados paliativos. Pero sobre todas las cosas, estos factores dependen mucho del estado psicológico y emocional de los pacientes. Además, se conoce que, los pacientes que reciben asistencia psicológica y soporte emocional por

procesos de diálisis tienden a ser más resistentes al dolor, generan mayores estrategias de autocuidado y se adhieren mejor a sus tratamientos (Aránega-Gavilán et al., 2022, p. 221).

Específicamente, los tratamientos psicológicos centrados en la psicoeducación acerca de la enfermedad que el paciente posee, racionalización de creencias carentes de lógica o irracionales acerca a la enfermedad, la muerte prematura o el duelo anticipado, tienden a ser eficaces, ya que se centran en dos factores: generar un cambio en la perspectiva acerca de la muerte prematura y también aclarar dudas acerca del autocuidado clínico y emocional (Kredentser & Chochinov, 2020, pp. 139-140).

## **2.2 Marco Legal.**

El sustento jurídico que protege y apoya al paciente con enfermedades crónicas y posiciona como obligación a la necesidad de intervención psicológica en esta población vulnerable, se encuentra tipificado en varios cuerpos legales a nivel internacional, regional y nacional. Además, existen protocolos y conjuntos de normas que priorizan el trato digno, el cuidado del paciente con una enfermedad crónica y limitan el tipo de intervención desde varios ámbitos profesionales que deben recibir respectivamente. Es de esta manera que, el marco legal debe ser clasificado desde una perspectiva macro como es la legislación internacional de organismos sanitarios y de derechos humanos, de los cuales el Ecuador forma parte y también desde una perspectiva más específica como es la normativa nacional e institucional.

Inicialmente, tal como se mencionó anteriormente, desde una perspectiva macro, es importante comenzar con el ámbito legislativo internacional, donde la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas (Ecuador es parte de ambos organismos rectores), son instituciones que velan por la integridad de los seres humanos en el ámbito de derechos y acceso sanitario. Por ejemplo, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en su preámbulo y generalidades menciona:

“Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual coló puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (Organización Mundial de la Salud, 1972, p. 1). y “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Organización Mundial de la Salud, 1972, p. 1).



Esto quiere decir, que prácticamente la normativa legal internacional sanitaria en el Ecuador que regula también la salud mental, exige a los profesionales a velar por la salud de quienes se encuentran enfermos y en la población general (el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se basa en directrices de la OMS). Por otra parte, desde la perspectiva regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), otro organismo que regula al MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), brinda soporte legal que orienta la obligación del personal que trabaja en salud mental y la necesidad de intervención psicológica.

Todo esto, se encuentra plasmado en el plan estratégico de Salud Mental 2013-2030 para las Américas, donde se prioriza la atención psicológica e intervención en salud mental en poblaciones vulnerables, donde se incluyen a las personas con enfermedades crónicas o catastróficas, siendo inclusiva con los pacientes que padecen de enfermedad renal crónica. Además, haciendo énfasis en que esta población es más proclive a desarrollar afectaciones psicopatológicas o daño psicológico. Esto puede ser visibilizado en el inciso 10 de dicho plan:

10 Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias...(Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 2).

En síntesis, el ámbito legal internacional motiva y obliga a brindar atención psicológica a las poblaciones vulnerables con mayor énfasis que a la población en general, considerando que la enfermedad renal crónica es una dolencia, que requiere de intervención en salud mental, por necesidades y derechos del paciente contemplados por la OMS y OPS, respectivamente.

Por otra parte, desde el ámbito nacional, es esencial manifestar el sustento jurídico que justifica la intervención sanitaria incluyendo la intervención psicológica, la misma que se encuentra alienada con los objetivos y la razón de ser del presente trabajo. Es así como el artículo 32 de la Constitución de la República, menciona:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, p. 17).

Esto quiere decir que, esencialmente la necesidad de implementar planes de intervención sanitaria, es una obligación que antecede al derecho ciudadano al acceso a tratamientos médicos y sanitarios, donde se incluye a la enfermedad renal crónica y al ejercicio de la salud mental. Dentro de la Constitución Ecuatoriana se hace énfasis al establecimiento del bienestar sanitario de todos los seres humanos, por lo cual se entiende que la intervención psicológica colabora a este proceso, esto se encuentra plasmado en el artículo 359, que dice:

El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008, p. 89).

Cabe recalcar también que, la Carta Magna del Ecuador, es una constitución que hace énfasis al cumplimiento de los derechos en poblaciones vulnerables con mayor énfasis, ya que se considera que el país requiere de brindar equidad en el acceso de servicios, esto se encuentra visibilizado en el artículo 35:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 18).

Por otra parte , el sistema nacional de salud conformado por las siguientes instituciones : MSP , IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ) , ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) E ISSPOL(Instituto de Seguridad Social de la Policía) , manejan un protocolo estandarizado para el tratamiento del paciente con enfermedad renal crónica , el cual se encuentra vigente desde el año 2018 , donde se prioriza el estado psicológico y emocional estable durante algunas fases del tratamiento tales como : la toma de presión arterial y también el énfasis de un adecuado trato durante el tratamiento , considerando el componente emocional (MSP, 2018, pp. 34-35).

Por otra parte, el MSP, menciona en su cuerpo legal el cuidado de poblaciones vulnerables y priorización de su salud mental, donde por obvias razones entran las personas con enfermedades consideradas crónicas y con disminución en la esperanza de vida, tal como se menciona en el artículo 14 de su marco legal

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental (MSP, 2022, p. 9).

Además, el “Modelo de Atención en Salud Mental con Enfoque Comunitario y Familiar”, que se encuentra vigente desde el año 2018 y cuya implementación debe ser de carácter obligatorio en todas las instituciones, explica la necesidad de poner como prioridad a los pacientes con enfermedades crónicas y catastróficas para brindar atención psicológica dentro de las casas de salud a nivel nacional. Esto se ve plasmado en el

apartado 4.2 llamado “Componente de Provisión de Servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”.

Recientemente en el año 2020, en el Ecuador la Corte Constitucional de Derechos implementó la Sentencia No. 16-16-JC/20, la cual está diseñada en su totalidad para los pacientes renales crónicos a nivel nacional, la misma que explica sobre los derechos de los pacientes y las obligaciones de los organismos médicos y profesionales sanitarios en el trato, intervención clínica y apoyo a esta población vulnerable. A continuación, se plantearán los artículos e incisos de mayor relevancia de dicha sentencia que justifican y colaboran al siguiente trabajo centrado en el ámbito psicológico.

97. Lo dicho coincide con lo expuesto por los médicos nefrólogos que participaron en la audiencia. Así, el jefe de nefrología clínica del Hospital Carlos Andrade Marín sostuvo que “Si una persona se dializa tres días por semana, esos días la persona no estará activa. Salir de diálisis significa salir con un fuerte cansancio físico y mental después de cuatro horas de estar en una silla conectado a una máquina, con problemas de altos y bajos de presión arterial. Esto provoca también un agotamiento psicológico”. (Grijalva, 2020)

115. La atención integral comprende principalmente la atención médica continua y especializada en nefrología, los diferentes tipos dentro de los que se encuentra la diálisis y la atención de otras áreas para impedir la agudización de la enfermedad, tales como, la atención nutricional y psicológica (Grijalva, 2020).

103. La Corte identifica que la amenaza estructural principal de estos hechos se centra en la garantía del derecho a la salud de las personas con insuficiencia renal. Entendiendo este derecho desde una perspectiva integral, es decir, vinculado tanto a la salud física como a la salud mental, en una dimensión individual pero también familiar y social conforme lo reconoce la Constitución<sup>43</sup> y los instrumentos internacionales de derechos humanos (Grijalva, 2020).

En resumidas cuentas , el control sanitario internacional y su marco legal , la jurisdicción ecuatoriana por medio de la Constitución del Estado , el reglamento de salud a nivel país (MSP , IESS , ISSFA e ISSPOL) y la especificidad de una sentencia constitucional relativamente reciente , motivan a tecnificar la atención del paciente nefrológico , a generar investigaciones para garantizar el adecuado trato e intervención

en esta población clínica y a brindar apoyo desde la parte psicológica y emocional. Esto quiere decir que, el siguiente trabajo cuenta con un sustento legal que justifica su accionar.

### CAPÍTULO III Marco Metodológico.

#### 3.1 Descripción del área y grupo de estudio.

El hospital de la Policía Quito 1, es una casa de salud de tercer nivel ubicada en la ciudad de Quito; que recibe a beneficiarios de la red de seguridad social de la Policía Nacional del Ecuador (ISSPOL (Lopez, 2023)), en esta casa de salud existe la unidad de hemodiálisis, que es administrada por el servicio de nefrología, también así, cuenta con el servicio de salud mental donde se ofertan los siguientes servicios: psicología clínica, psicoterapia y psiquiatría.

En cuanto respecta a la muestra o grupo humano de estudio, son aproximadamente 45 pacientes que reciben atención en la unidad de diálisis del Hospital de la Policía Quito número 1 por insuficiencia renal crónica, en cuanto al género son mujeres (27) en contraste con 18 pacientes masculinos, todos los pacientes de este servicio son adultos en edades entre los 40 a los 75 años de edad quienes acuden periódicamente (semanal o bisemanalmente) a recibir diálisis y a controles médicos con los especialistas del área, de estos pacientes aproximadamente 16 tienen ya definida su esperanza de vida por la gravedad de su cuadro patológico..

Los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio se presentarán en la siguiente tabla:

Tabla 1

*Criterios de inclusión y exclusión de la muestra escogida para el estudio.*

Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
1. Poseer pronóstico de fallecimiento prematuro definido.	1. Pacientes nefrológicos sin fecha de deceso aproximada definida.
2. Ser paciente de nefrología por insuficiencia renal crónica.	2. Pacientes que reciben asistencia psicológica o psicoterapéutica fuera de la institución policial.
3. Recibir o haber recibido diálisis al menos en el último mes.	3. Pacientes nefrológicos que no reciben diálisis.

### **3.2 Enfoque y tipo de investigación.**

La siguiente investigación y trabajo tiene un enfoque cualitativo, donde a la muestra responderá una entrevista que evaluará la percepción y experiencia que tienen los pacientes acerca de la muerte prematura, estado emocional personal y compromiso con el tratamiento. Todo esto se hará de manera narrativa y experiencial por medio de una entrevista estructurada de siete preguntas de opción de respuesta abierta y cerrada en algunas preguntas. Además, se escogerá a dos participantes cuyo nivel de afectación basado en el juicio clínico de la parte investigadora, se encuentre mucho más grave que el de los demás miembros de la muestra.

En cuanto respecta al tipo de investigación se trata de un diseño de investigación no experimental, ya que no se tendrá un grupo de control y tampoco se realizarán análisis contrastados con pacientes que no reciben atención psicológica simultáneamente con su tratamiento nefrológico de diálisis. Es una investigación también documental, donde se utiliza bibliografía y estudios relacionados a la problemática (los mismos que están detallados en el estado del arte).

Además, tiene un alcance descriptivo ya que; describe elementos psicológicos presentes en el duelo anticipado, describe los cambios en la percepción y salud mental de los pacientes crónicos posterior al proceso de intervención y los conceptos de relevancia obtenidos por la revisión bibliográfica y de fuentes científicas relacionadas a la problemática. Además, la descripción del cambio viene desde la opinión y la experiencia subjetiva de los miembros de la muestra, es decir es de tipo cualitativa.

### **3.3 Procedimiento de investigación.**

La investigación está centrada en la intervención en pacientes nefrológicos crónicos que tienen una fecha de deceso aproximada por consecuencia de insuficiencia renal u otra patología relacionada y reciben diálisis, al ser un estudio descriptivo, los momentos de intervención y fases del estudio, deben centrarse en estar en concordancia con los objetivos planteados, y el cumplimiento de estos en la población seleccionada como muestra.

En este sentido, el objetivo principal ya planteado, y centrado en la mejora en el estado psicológico y calidad de vida del paciente crónico terminal debe esquematizarse en dos aspectos principales: a) eficacia de la intervención basándose en el análisis

cualitativo desde la percepción propia del beneficiario de la intervención (el paciente) sobre la muerte, su estado anímico y mental. Y b): describir los cambios visibilizados en el análisis comparativo de la percepción inicial previa al tratamiento psicoterapéutico y posterior a este.

El estudio se dividió en tres fases: a) fase de socialización del estudio con las autoridades pertinentes y recolección de información de la muestra, b) fase de intervención clínica en la muestra y c) fase de recolección de datos, análisis cualitativo contrastado en la muestra y cierre del proceso.

A) Durante la primera fase del proceso de intervención se socializó los beneficios y la finalidad del estudio con el profesional médico de nefrología, con la finalidad de tener mayor información acerca del tratamiento que reciben los miembros de la muestra en esta especialidad médica y particularidades en general. Además, se aplicó la entrevista centrada en el análisis desde el criterio personal subjetivo de cada participante del estudio de su estado emocional, la experiencia durante el tratamiento, estado de salud mental y percepción de la muerte.

Adicionalmente, durante la primera fase del proceso se escogieron a dos participantes cuyas entrevistas visibilizaban un nivel de afectación psicológica y emocional grave en intensidad mayor al promedio, a quienes se les entrevistó de manera verbal para conocer su estado psicológico y percepción de la enfermedad de manera más profunda.

B) En cuanto refiere a la segunda fase, en esta: se aplicó el esquema tentativo de intervenciones psicoterapéuticas grupales y técnicas terapéuticas que faciliten la mejora en el estado de ánimo, estrategias de autocuidado personal y emocional (incluye adhesión al tratamiento), percepción adecuada del duelo anticipado y aceptación funcional de la muerte. Todo esto con la finalidad de cumplir con el objetivo principal y los objetivos específicos del estudio.

C) Finalmente, en la tercera fase del proceso de intervención del estudio se recolectó nuevamente información en la muestra, utilizando la misma encuesta aplicada al inicio del proceso de intervención. Es así como, se pudo hacer un contraste cualitativo, entendiendo que la encuesta analiza el criterio subjetivo de los pacientes desde su experiencia personal. Se volvió a entrevistar de manera verbal a los dos miembros de la muestra identificados con un nivel de afectación considerado grave

en comparación a los otros participantes, para conocer su testimonio posterior al proceso de intervención.

Además, se socializó los resultados del estudio con el personal administrativo del área de nefrología, con el objetivo de que puedan convertirse en una red de soporte emocional mientras trabajan con los pacientes crónicos.

### **3.3 Instrumento de evaluación y recolección de datos.**

El instrumento de evaluación y recolección de datos utilizados para la investigación, fue una encuesta estructurada de 7 preguntas, de elaboración propia que evalúa los siguientes dominios desde el criterio subjetivo: ansiedad, adherencia al tratamiento, concepción del duelo anticipado, estado de ánimo.

La misma encuesta fue construida basándose en los criterios diagnósticos de depresión y ansiedad del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-V, además tomando en cuenta la sintomatología común encontrada en la literatura relacionada al tema con los siguientes temas: duelo anticipado, creencias sobre la muerte prematura y adherencia a un tratamiento médico por una enfermedad catastrófica.

Cabe mencionar que, la misma encuesta fue utilizada al comienzo del proceso de intervención y al final de este con ligeras variaciones en la narrativa de las preguntas planteadas: la variación de la encuesta posterior fue, añadir a las preguntas de la encuesta la frase “después de la intervención psicológica”

### **3.4 Consideraciones bioéticas.**

Al tratarse de un estudio donde la muestra son seres humanos, la parte ética es algo fundamental comenzando con el principio bioético de autonomía. por ende, la construcción de un consentimiento informado para los miembros de la muestra, es una manera eficaz de recibir autorización para el manejo sigiloso de la información, brindada y que los participantes conozcan los beneficios y factores relacionados al proceso de investigación, adicionalmente, se redactarán cartas de permiso para los jefes de área de nefrología y autoridades del comité académico de la casa de salud donde se realizará el trabajo de investigación, cabe mencionar que en estos documentos de autorización se explicará de igual manera la finalidad del estudio, los beneficios para la población escogida como muestra para la investigación.



Por otra parte, el principio de beneficencia debe basarse en que no exista conflicto de intereses; desde los tratantes del servicio de nefrología ni la autora del trabajo de investigación., es de esta manera que, debe primar la mejora en la calidad de vida y estado psicológico de los pacientes crónicos quienes serán la muestra, eliminando cualquier sesgo ideológico desde los tratantes de ambas áreas.

En cuanto respecta al principio de precaución y responsabilidad, se evitará totalmente la revictimización de los miembros de la muestra, es decir, se evitará consistentemente repetir el diagnóstico o el pronóstico del tiempo de vida restante que tienen los participantes, con la finalidad de no ser revictimizados y que su estado psicológico pueda deteriorarse, además, el diagnóstico personal será confidencial, inclusive considerando que la intervención será desde la modalidad de terapia grupal.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 RESULTADOS.

Cabe recalcar que, el presente estudio fue construido desde un enfoque cualitativo y no experimental. Por ende, no se utilizó un instrumento de evaluación con criterios cuantitativos ni contruidos con propiedades psicométricas o diagnósticas. Tal como se mencionó anteriormente, al ser un estudio cualitativo, los datos obtenidos para medir la eficacia del tratamiento se basaron en los criterios subjetivos de cada paciente y su experiencia personal. En este sentido en análisis de datos se realizó tomando en cuenta los siguientes factores:

- A) Clasificación de respuestas de la entrevista en tres categorías: positivas, neutras y negativas, con la finalidad de cuantificar a manera de porcentaje el número de respuestas en cada categoría en las dos fases de aplicación de la entrevista.
- B) Clasificación de las preguntas en tres categorías: estado de ánimo y ansiedad, adherencia al tratamiento y autocuidado y percepción del duelo anticipado.
- C) Se tomó como referencia de la eficacia del tratamiento, a la experiencia subjetiva a manera de testimonio de dos participantes cuyas entrevistas previas, demostraban exacerbación sintomática relacionada al duelo anticipado, presencia de ansiedad y síntomas de afectación emocional.
- D) El testimonio experiencial de dos participantes cuya entrevista previa indicaba afectación grave, se realizó

Tabla 2

*Categorización de las preguntas en tres categorías de evaluación.*

Número de pregunta	Dominio que califica.
1	Estado emocional y ansiedad
2	Estado emocional y ansiedad
3	Adherencia al tratamiento y autocuidado
4	Adherencia al tratamiento y autocuidado
5	Percepción del duelo anticipado
6	Percepción del duelo anticipado

En cuanto respecta a la triple categorización del tipo de respuesta cualitativa (buena, mala y neutra), se tomó en cuenta los siguientes factores:

- a) Fueron consideradas “buenas” todas las respuestas que explican: una adecuada adherencia al tratamiento y consciencia de la necesidad de seguir las instrucciones de autocuidado personal dadas por los profesionales de nefrología. También las respuestas que indican estados emocionales caracterizados por la: alegría, tranquilidad, inexistencia de ansiedad o síntomas de tipo depresivos. Finalmente, son consideradas buenas respuestas todas aquellas que, resignifican la muerte y duelo anticipado de manera funcional, generando estabilidad emocional en los miembros de la muestra.
- b) Las respuestas consideradas malas o negativas son aquellas que se caracterizan por problemas en la regulación emocional manifestados como: síntomas ansiosos, depresivos y relacionados a una afectación en el estado de ánimo en la muestra y que se alejan de la eutimia. Además, se consideran negativas todo tipo de respuesta que motive a los miembros de la muestra a evitar recibir el tratamiento relacionado a la enfermedad renal crónica, incapacidad de poder seguir instrucciones por parte de los tratantes de nefrología u omisión de estas, las mismas que están relacionadas al autocuidado personal. Finalmente, toda aquella respuesta que tenga naturaleza ansiosa, catastrófica o melancólica acerca de la muerte y duelo anticipado.
- c) En cuanto respecta a las respuestas categorizadas como neutras, fueron consideradas aquellas que no brindaban información precisa o presentaron ambivalencias en el discurso y criterio subjetivo del paciente. En el ámbito emocional se consideraron aquellas respuestas que apuntan hacia el aplanamiento emocional, presencia de estados de ánimo considerados en un punto medio entre la eutimia y la hipotimia. En cuanto a la adherencia al tratamiento y autocuidado personal, se consideraron neutras aquellas respuestas donde los miembros de la muestra presentan relativa adherencia al tratamiento simultáneamente con dificultades para poseer autocuidado emocional totalmente funcional. En cuanto respecta al duelo y muerte anticipada, se consideran neutras las respuestas donde

los miembros de la muestra presentan cierta aceptación del proceso, pero acompañada de sentimientos relacionadas al miedo, tristeza y ansiedad.

**Tabla 3.**

*Resultados obtenidos previos al proceso de intervención clínica clasificados en: respuestas positivas, negativas y neutras.*

Dominio calificado	Tipo de respuestas más común por pregunta	Número de respuestas en total.
1. Estado emocional y ansiedad.	1. Negativas	1. 39 respuestas “malas” o negativas de un total de 45 usuarios.
2. Adherencia al tratamiento y autocuidado	2. Neutras	2. 24 respuestas “neutras” o denotan cierto tipo de adherencia al tratamiento de 45 usuarios.
3. Percepción sobre la muerte y el duelo anticipado.	3. Negativas	3. 29 respuestas negativas de 45 usuarios.

La mayoría de participantes expresaron que su estado emocional era “malo”, sentían ansiedad en general. Esta sintomatología, se “incrementaba” con sus tratamientos y el dolor causado por la hemodiálisis. En cuanto respecta, a la muerte y duelo anticipado había, sentimientos de “miedo”, “tristeza” y “desesperación”. Finalmente, este tipo de emociones consideradas negativas tenían mucho que ver con la adherencia al tratamiento y entendimiento del duelo anticipado.

Tomando en cuenta que, la investigación tenía como finalidad conocer el criterio subjetivo y determinar la eficacia de la intervención psicológica grupal con psicoeducación, se decidió redactar los testimonios de dos participantes cuyas respuestas indicaban un nivel mayor de afectación que el promedio de la muestra (tal como se ha mencionado anteriormente). Es así como, se presenta el testimonio de M.N (mujer de 45

años diagnosticada con insuficiencia renal crónica que es atendida en el servicio de nefrología del Hospital de la Policía Quito número 1, cuyos resultados en la entrevista visibilizan afectación emocional grave):

*“Siento mucho miedo y dolor cada vez que vengo a recibir diálisis, ya realmente no sé por qué sigo asistiendo si lo único que sé es que esto no me va a curar, al punto que lo único que quisiera es dejar de sufrir, ya que he perdido las ganas de vivir y de compartir con mi esposo y mis dos hijas” .*

También se obtuvo el testimonio de J.C (hombre de 61 años diagnosticado con insuficiencia renal y diabetes que recibe atención en el servicio de nefrología del Hospital de la Policía Quito número 1, cuyos resultados en la entrevista visibilizan afectación emocional grave):

*“Siento desesperación al saber que puedo morir en cualquier momento, además mucha culpa, ya que toda mi vida no me cuidé y ahora cada vez que vengo a la diálisis siento mucha ira conmigo mismo y me dan ganas de acabar con mi vida porque siento que ya no sirvo para nada, y no quiero que mi familia siga sufriendo por mí” (Sanchez,2023).*

En síntesis, las respuestas y testimonios previos al proceso de intervención manifiestan un nivel de afectación emocional y psicológica caracterizada por la presencia de ansiedad, sintomatología relacionada a la hipotimia y dudas sobre comprometerse con el tratamiento, además de una exacerbación del miedo y desesperación por morir.

Tabla 4.

*Resultados obtenidos posteriores al proceso de intervención clínica clasificados en: respuestas positivas, negativas y neutras.*

*Es necesario indicar que positivo es lo logrado y neutro un nivel de adherencia*

Dominio calificado	Tipo de respuestas más común por pregunta	Número de respuestas en total.	de respuestas en
1. Estado emocional y ansiedad.	1. Positivas	1. 32	respuestas positivas alcanzadas de un total de 45 usuarios.

2. Adherencia al tratamiento y autocuidado	2. Positivas	2. 40 respuestas positivas de 45 usuarios.
3. Percepción sobre la muerte y el duelo anticipado.	3. Neutras	3. 21 respuestas neutras de 45 usuarios.

Al finalizar el proceso de intervención clínica, se observó que, la mayoría de respuestas en el ámbito emocional y relacionado a la ansiedad eran catalogadas como “positivas”. Ya que, las respuestas de la gran mayoría de participantes apuntaban a una disminución considerable de la ansiedad, y presencia de mejoría en el estado emocional con adjetivos tales como “estable” y “mejor”. En cuanto refiere, a la parte de adherencia al tratamiento y autocuidado, los resultados explicaron que los participantes mencionaban dar especial importancia a seguir las indicaciones de sus tratantes en el ámbito nefrológico y asistir a sus controles médicos y procedimiento de diálisis.

Por otra parte, en lo que concierne a la re-significación del duelo anticipado y creencias relacionadas a la muerte prematura, los resultados demostraron que las respuestas apuntaban hacia un aspecto neutro en su mayoría, seguidas de las respuestas positivas que sumaron 18. Es importante entender que, el miedo a fallecer o la ansiedad que causa la disminución en la esperanza de vida (duelo anticipado), es un factor que se presenta en cualquier tipo de población.

Por lo cual no se pudo esperar que haya una variación hacia lo positivo en criterios cualitativos. Aun así, los miembros de la muestra en su promedio mencionaban que: existía “menor miedo y angustia a morir”, y se basaban en la aceptación y búsqueda de una “fuerza espiritual”.

En cuanto respecta a los testimonios de los dos participantes de la muestra, escogidos desde la fase inicial para conocer su experiencia posterior al tratamiento. Se obtienen los siguientes testimonios:

A) M.N . (Mujer 45 años).

*“Desde las terapias, siento que mucho ha cambiado en mi vida, principalmente la necesidad de compartir con mis hijas y mi esposo por el tiempo que me reste. Ya*

*en este momento, ahora entiendo la necesidad de cuidarme y acudir a las diálisis con mejor actitud, ya que de eso asegura que pueda tener más tiempo con mi familia y disfrutar con lo que tengo ahora. Con eso de la muerte pues siento que a todos nos da miedo, lo importante es buscar manera de estar en paz”.*

B) J.C (61 años)

*“ A mí sí me sirvieron estas terapias porque ya entendí que culpándome no voy a recuperarme ni voy a reestablecer mis riñones ni la diabetes se va a ir , cuesta a veces hacer caso de las dietas y los cuidados para las diálisis, pero si yo no me hago cargo de esto sufriré más y me moriré más rápido , por eso ahora intento cuidarme mucho, ponerle pecho a las balas teniendo buena actitud , no estresarme por casi nada y hacer cosas que me gusten porque uno nunca sabe cuándo se va a ir de aquí”*

Tomando en cuenta los dos testimonios de los participantes escogidos inicialmente, se observa que ambos lograron mejorar su estado de ánimo desde la resiliencia, existe consciencia de enfermedad y la necesidad de cuidarse tal como los médicos que los tratan les indican. Acerca de la muerte, si bien no se observó una resignificación positiva, al menos se pudo evidenciar que ambos participantes de la muestra, intentan mejorar su estilo de vida para alargar su esperanza de vida y priorizar el tiempo de socialización con la familia y actividades personales.

#### **4.2 Discusión.**

Es importante entender que, al ser un estudio cualitativo: la experiencia, el criterio subjetivo individual y los dos testimonios tomados como referencia, fueron los elementos que colaboraron a realizar el contraste y los cambios generados por medio de la variable independiente, que fue el proceso de psicoterapia grupal. De esta manera, los resultados de la investigación, apuntaron hacia cambios considerados positivos en la mayoría de la muestra, y en los dos participantes que sirvieron como ejes de evaluación de la eficacia del protocolo de intervención en sus testimonios experienciales.

Específicamente hablando, la adherencia al tratamiento es considerada como un factor decisivo para los pacientes que padecen de una enfermedad crónica, ya que colabora a disminuir la cantidad de riesgos y mejorar la calidad de vida. Es así como, esta adherencia al tratamiento se logró por medio de la psicoeducación sobre los beneficios y ventajas de asistir a diálisis, seguir instrucciones médicas y basada en el alargamiento de la esperanza de vida. Los resultados fueron positivos, y los participantes

expresaron que la intervención psicoterapéutica colaboró a que sigan con mayor orden las instrucciones de sus médicos tratantes (esta información se evidenció en el contraste entre la entrevista previa y posterior).

No obstante, cabe mencionar que, la problemática del duelo anticipado y su reestructuración indica no haber sido tan eficaz, considerando algunos factores: a) el miedo a la muerte es algo natural en todo ser humano b) las creencias relacionadas al duelo anticipado no son estereotipadas y son complejas de trabajar de manera grupal. Por ende, se observó que la afectación tuvo relativa mejoría, pero se mantuvo naturalmente un nivel de malestar acerca del tema, donde la mayoría de respuestas se iban hacia la resignación y la necesidad de diversificar la rutina y estrechar relaciones interpersonales antes de morir.

En cuanto respectó al estado emocional, la experiencia de los participantes y sus criterios acerca de su realidad mejoró sustancialmente. Todo esto considerando que, el racionalizar creencias irracionales dentro de la terapia, generar un proceso de activación conductual y brindar estrategias de cuidado emocional y manejo del estrés: facilitó que los miembros de la muestra consideren que su estado emocional era mucho mejor y tenían emociones consideradas positivas con mayor frecuencia.

En síntesis, se logra identificar que, el formato de intervención psicoterapéutica grupal, si bien es funcional para generar adherencia al tratamiento y mejorar el estado de ánimo, no fue tan eficiente para trabajar duelo anticipado. Aunque, de todas maneras, sí tuvo un nivel de eficacia relativamente considerable no tuvo el mismo nivel de eficacia alto como los dos otros temas tratados como parte de la problemática.

## **CAPÍTULO V**

### **Propuesta**

#### **5.1 Conclusiones.**

La experiencia subjetiva y el testimonio personal brindaron un claro contraste que indica la efectividad del tratamiento con un alto índice de eficacia en la mejora del estado emocional y de adherencia al tratamiento, y un índice de eficacia moderado en cuanto a trabajar la muerte prematura o el duelo anticipado. Si bien, los resultados brindan información considerada positiva, la misma que viene desde la percepción individual del paciente nefrológico crónico que fue tomado como parte de la muestra del presente estudio, se debe mencionar la importancia de generar protocolos de trabajo multidisciplinar con dicha población vulnerable.



De esta manera, la necesidad de tener protocolos hospitalarios de trabajo multidisciplinar en cuidado del paciente crónico en general, claramente es una prioridad considerando los siguientes factores: a) facilitar la adherencia al tratamiento, b) cuidar la salud mental de los pacientes crónicos (considerando que la salud mental y el estado emocional mucho tiene que ver con el pronóstico en muchas enfermedades crónicas tal como menciona la investigación documentada utilizada en el presente trabajo) y c) como manera de brindar un nivel de atención y cuidado más específico.

No obstante, si bien se cumplió con los objetivos del estudio, el nivel de efectividad en la reestructuración del duelo patológico y la muerte anticipada no fue tal como se esperaba. Todo esto, se logró observar en el contraste de la entrevista inicial versus la entrevista final, teniendo un nivel de eficiencia en el manejo sintomatológico bastante limitado (todo esto se observa en el apartado de análisis de datos y resultados). Esto indica que, si bien los procesos de terapia grupal pueden colaborar a reestructurar creencias sobre la muerte anticipada o el duelo en el mismo aspecto, es necesario que el tema sea trabajado de manera individual, considerando que las particularidades de cada persona y vivencia.

## **5.2 Recomendaciones.**

Tal como la investigación pudo visibilizar, la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas requiere de psicoeducación y de implementación de estrategias de autocuidado en las personas quienes adolecen este espectro de patologías. Es así como, se sobreentiende que, el trabajo multimodal y esquematizado entre las áreas médicas de tratamiento de patologías crónicas y el departamento de salud mental en cualquier casa de salud debería estar estrechamente relacionado.

Por ende, la recomendación plantea la necesidad de generar protocolos de transferencia del paciente crónico entre salud mental y el área médica donde recibe el tratamiento. Se pudo observar la inmensa necesidad de poder educar al paciente acerca de su enfermedad, con la finalidad de desmitificar creencias que puedan generar ansiedad o entorpecimiento en la adherencia al tratamiento. Entonces, se podría sobreentender que, es imprescindible que los profesionales médicos quienes trabajan con pacientes crónicos, también reciban de cierta manera capacitación desde la psicología clínica o áreas de la salud mental. Con la finalidad de saber cómo psicoeducar a los pacientes con quienes trabajan, y brindar herramientas breves de cuidado emocional o afrontamiento del estrés previo a los tratamientos, diagnósticos o cuidados que requieran.

## REFERENCIAS

Aránega-Gavilán, S., Guillén-Gómez, I., Blanco-García, M., & Crespo-Montero, R.

(2022). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. una revisión

bibliográfica. *Enfermería nefrológica*, 25(3), 216-227.

<https://doi.org/10.37551/52254-28842022022>

Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Asamblea del Ecuador*.

[https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/823/1/Constituci%  
c3%b3n%20de%20la%20Rep%  
c3%bablica%20del%20Ecuador%202008.pdf](https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/823/1/Constituci%c3%b3n%20de%20la%20Rep%c3%bablica%20del%20Ecuador%202008.pdf)

Burke, A. E., Duncanson, E., Leu, R. K. L., Shanahan, L., Macauley, L., Bennett, P. N.,

Weichula, R., McDonald, S., Collins, K., Chur-Hansen, A., & Jesudason, S.

(2021). The Prevalence and evidence-based management of needle fear in adults with Chronic Disease: a scoping review. *PLOS ONE*, 16(6), e0253048.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253048>

*Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (1.<sup>a</sup> ed.). (1972). OMS.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Fabbro, F., & Crescentini, C. (2014). Facing the experience of pain: A

Neuropsychological perspective. *Physics of Life Reviews*, 11(3), 540-552.

<https://doi.org/10.1016/j.plrev.2013.12.010>

García, E. R., López, L., Ramírez, A. D., Montero, R. C., & Laguna, J. L. S. (2016).

Adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes en hemodiálisis.

*Enfermería nefrológica*, 19(3), 232-241. [https://doi.org/10.4321/s2254-](https://doi.org/10.4321/s2254-28842016000300005)

[28842016000300005](https://doi.org/10.4321/s2254-28842016000300005)

- Gavarkovs, A., Burke, S. M., & Petrella, R. J. (2016). Engaging men in chronic disease prevention and management programs. *American Journal of Men's Health*, 10(6), NP145-NP154. <https://doi.org/10.1177/1557988315587549>
- Gilsenan, J., Gorman, C., & Shevlin, M. (2022). Explaining caregiver burden in a large sample of UK dementia caregivers: the role of contextual factors, behavioural problems, psychological resilience, and anticipatory grief. *Aging & Mental Health*, 27(7), 1274-1281. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2102138>
- Grijalva, A. (2020, 29 septiembre). *CASO No. 16-16-JC* [Comunicado de prensa]. [http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/e2NhcBldGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOic5MjAwNDUwYi1mMmE5LTRiY2EtYWJiNi0yZWUxY2VmZTM1ZDIucGRmJ30=](http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcBldGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOic5MjAwNDUwYi1mMmE5LTRiY2EtYWJiNi0yZWUxY2VmZTM1ZDIucGRmJ30=)
- Hopman, W. M., Harrison, M. B., Coe, H., Friedberg, E., Buchanan, M., & VanDenKerkhof, E. G. (2009). Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Diseases in Canada*, 29(3), 108-117. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.29.3.03>
- Kredentser, M. S., & Chochinov, H. M. (2020). Psychotherapeutic considerations for patients with terminal illness. *American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 137-143. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190048>
- MSP. (2018a). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Asamblea Nacional Constituyente Comisión de Salud. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- MSP. (2018b). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica: Guía de práctica clínica* (1.ª ed.). Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia\\_preencion\\_diagnostico\\_tratamiento\\_enfermedad\\_renal\\_cronica\\_2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_preencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf)
- MSP. (2022). *Plan Decenal de Salud 2022-2031 / por Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud* (1.<sup>a</sup> ed.). CONASA.
- Najafi, K., Farahani, A. S., Rassouli, M., Majd, H. A., & Karami, M. (2022). Emotional Upheaval, The essence of anticipatory grief in mothers of children with life threatening illnesses: a qualitative study. *BMC Psychology*, *10*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s40359-022-00904-7>
- OMS. (2016). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención* (5.<sup>a</sup> ed., Vol. 2) [Electrónico]. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Plan de acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Rogalla, K. B. (2018). Anticipatory grief, proactive coping, social support, and growth: exploring positive experiences of preparing for loss. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *81*(1), 107-129. <https://doi.org/10.1177/0030222818761461>
- Runzer-Colmenares, F. M., Parodi, J. F., Agüero, C. P., Echeagaray, K., & Samame, J. C. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta médica peruana*, *36*(2), 134-144. <https://doi.org/10.35663/amp.2019.362.815>
- World Kidney Day. (2019, 7 junio). *Chronic Kidney Disease - World Kidney Day*. World Kidney Day -. <https://www.worldkidneyday.org/facts/chronic-kidney-disease/>