Ciencia Latina
Revista Multidisciplinar

Revisión de antecedentes investigativos y marco teórico referencial sobre pacientes con insuficiencia renal crónica

Paola Maricela Machado Herrera
paomh_0422@yahoo.es

Dra. Gregoriana Mendoza
gregoriana4333@gmail.com

Universidad de Zulia
República Bolivariana de Venezuela

RESUMEN

El propósito de este artículo de revisión es presentar los antecedentes de investigaciones anteriores, elaborar un marco teórico referencial y analizar estrategias metodológicas implementadas en la línea de trabajo, dada la lectura de documentos producidos en español con periodos de la actualidad a la antigüedad de 5 años, relacionadas a la categoría del fenómeno que corresponde al paciente con insuficiencia renal crónica y la categoría que antecede como lo son, los cuidados espirituales en el marco de la realización de la Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.

Palabras clave: revisión; insuficiencia renal; pacientes crónicos.

Review of research background and referential theoretical framework on patients with chronic kidney failure

ABSTRACT

The purpose of this review article is to present the background of previous research, develop a theoretical framework and analyze methodological strategies implemented in the line of work, given the reading of documents produced in Spanish with periods from the present to the antiquity of 5 years. , related to the category of the phenomenon that corresponds to the patient with chronic renal failure and the category that precedes it, such as spiritual care in the framework of the completion of the Doctoral Thesis in Health Sciences of the Faculty of Medicine of the University from Zulia.

Keywords: review; renal failure; chronic patients.

Artículo recibido: 15 enero 2022
Aceptado para publicación: 08 febrero 2022
Correspondencia: paomh_0422@yahoo.es
Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

INTRODUCCIÓN

Uno de los primeros documentos analizados corresponde a una investigación en México, año 2019 titulado "Obstáculos y estrategias de afrontamiento en la atención renal: estudio ecualitativo en jóvenes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal" cuyo objetivo fue identificar los obstáculos que enfrentan individuos jóvenes en tratamiento de diálisis peritoneal, así como examinar las estrategias de afrontamiento que utilizan en la atención renal. Es un estudio cualitativo, diseño etnográfico en la Zona Metropolitana de Guadalajara, con la perspectiva teórica, crítico-interpretativa, que permite vincular la realidad microsocial y subjetiva con la dimensión macrosocial, es decir, aquella que incluye las estructuras económicas y sociales que rodean a los individuos enfermos (Diaz B, 2019).

En este estudio, se empleó un muestreo de bola de nieve, seleccionándose 12 jóvenes, siete hombres y cinco mujeres, entre 17 y 29 años con diagnóstico de insuficiencia renal; incluyéndose aquellos que iniciaron con la enfermedad durante la adolescencia o la juventud y se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria durante el estudio. Tres estuvieron casados o vivieron con su pareja, solo una mujer seguía viviendo con su esposo durante el estudio; el resto vivía con sus padres; cuatro trabajan y dos estudian, los seis restantes realizan actividades en casa; seis terminaron la escuela secundaria, tres la preparatoria y la licenciatura.

La investigación se desarrolló en tres momentos: por un lado, se llevó a cabo la observación en las casas de los participantes, con notas de campo y después entrevistas narrativas, utilizando una guía de entrevista con preguntas abiertas. Finalmente, se exploró su participación en las redes sociales virtuales en torno a su padecimiento (chats de Facebook y WhatsApp). Se identificó un segmento, en el que hacía referencia a los obstáculos que percibían o a las estrategias que empleaban para su manejo, se le seleccionaba y colocaba una etiqueta para identificarlo, con códigos que fueron clasificados en cuatro ejes temáticos:

El primero es: enfrentando dificultades económicas, ya que requieren comprar los medicamentos, pagar las consultas médicas, realizar exámenes de laboratorio, aunado a los gastos de la alimentación y el transporte al acudir a consulta. También deben construir o adaptar un cuarto especial para la diálisis a fin de llevar a cabo el tratamiento en casa; el segundo: viviendo las deficiencias de los servicios de salud, al no disponer de la

infraestructura necesaria para atender a sus demandas; el tercero: interferencias en la comunicación con los profesionales sanitarios, utilizando expresiones como: Me dice [el médico] "ahorita te vas a piso porque tus riñones no te funcionan. Vas a entrar a un tratamiento que se llama diálisis". Pero nadie me dijo que era una diálisis. Entonces voy, recojo unas cosas a mi casa, me interno y todavía no sabía que era una diálisis, no sabía… lo qué estaba pasando conmigo… Me ponen mi catéter, me empiezan a hacer la primera diálisis; yo pensé que era algo temporal, no pensé que fuera a vivir con eso; percibiendo un trato distante y de poco apoyo por parte de ellos, por lo que no tienen confianza para acercarse a aclarar sus dudas, sintiéndose que los profesionales no les brindan información detallada de su enfermedad o tratamiento y utilizan términos que les resultan incomprensibles y el trato de médicos y enfermeras no amable, ya que suelen molestarse con facilidad. Por último: la búsqueda permanente de estrategias, utilizando expresiones como: Ahorita ya me siento mejor porque ya me di la resignación de que voy a estar así. Pero pienso que ya me van a trasplantar y ya me vuelvo a poner

más bien, más fuerte, más feliz. Digo "ya me faltan unos estudios y me hablan y ya me trasplantan y van a ser más bien las cosas. Voy a andar mejor, trabajando, saliendo más, sin estar ahí pegado a la maquina o a estarme dializando".

Esta investigación es pertinente para éste estudio, pues se identifica que los pacientes que padecen de una enfermedad crónica presentan una serie de obstáculos durante la enfermedad, sea de tipo económico, por deficiencia de los servicios de salud e interferencia en la comunicación con los profesionales sanitarios en lo que el personal de enfermería debe intervenir con los cuidados espirituales dirigido al paciente con Insuficiencia renal crónica seleccionando las estrategias apropiadas para que el paciente renal reciba un trato humanizado que promueva su existencia como ser humano. (Diaz B, 2019)

En segundo lugar, un estudio realizado en España, año 2016 sobre "Investigación e innovación educativa en espiritualidad y cuidados de enfermería", con el objetivo de mejorar la percepción del estudiante de enfermería sobre el cuidado espiritual y, por otro, valorar sus recursos y competencias para detectar, explorar y atender las necesidades espirituales del paciente.

La metodología se fundamentó en la participación activa en red del personal docente e investigador de las asignaturas vinculadas. Se diseñó y aplicó una actividad docente

(grupo de discusión y cuestionamiento abierto) sobre la atención espiritual en la práctica de enfermería utilizando una muestra disponible de 185 estudiantes matriculados en las asignaturas vinculadas al proyecto. La efectividad de la actividad docente se valoró mediante un cuestionario autoadministrado de 25 ítems. Los resultados encontrados han puesto de manifiesto un cambio positivo y significativo en los conocimientos y actitudes de los estudiantes participantes en el estudio como resultado de la intervención educativa en espiritualidad.

Incluye la existencia de un material diseñado sobre conocimientos básicos y específicos relacionados con la espiritualidad con la finalidad de que el alumnado sea capaz de:

- reconocer la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería
- ser consciente de la propia espiritualidad
- entender el significado de lo espiritual y las posibilidades de trabajo en la práctica clínica
- tomar conciencia de situaciones y perspectivas en torno a la espiritualidad
- adquirir actitudes y competencias específicas necesarias para la prestación de cuidado espiritual.

Otro aspecto de interés es la elaboración de materiales didácticos que promuevan la integración de la espiritualidad en los contenidos interdisciplinares de las asignaturas y faciliten el aprendizaje activo y significativo, desarrollándose la intervención educativa "Espiritualidad y Cuidados de Enfermería". El diseño de la intervención, así como los propios contenidos formativos, han generado en los estudiantes una reestructuración conceptual en las siguientes categorías: la espiritualidad como dimensión distinta de la religiosidad; el cuidado espiritual como competencia enfermera indiscutible e imprescindible; o que la atención a, y el cultivo de, la propia espiritualidad resulta ser un requisito imprescindible para una atención espiritual de calidad de cara al futuro profesional.

Entre los principales resultados se puede destacar que en lo que se refiere al cuidado espiritual como competencia profesional específica de enfermería, los resultados sugieren que los estudiantes de enfermería consideran que las cuestiones de espiritualidad son de la incumbencia profesional de la labor de enfermería, ya que la intervención educativa ha producido un cambio importante y significativo ($t=-12.9$; $p>0,001$). Los resultados encontrados han puesto de manifiesto un cambio positivo y significativo en los

conocimientos y actitudes de los estudiantes participantes en el estudio como resultado de la intervención educativa en espiritualidad.

Como conclusión indica que el diseño de la intervención, así como los propios contenidos formativos, han generado en los estudiantes una reestructuración conceptual en las siguientes categorías: la espiritualidad como dimensión distinta de la religiosidad; el cuidado espiritual como competencia enfermera indiscutible e imprescindible; o que la atención a, y el cultivo de, la propia espiritualidad resulta ser un requisito imprescindible para una atención espiritual de calidad de cara al futuro profesional (Roit-Vila et al., 2016).

Es por ello que ésta investigación es pertinente ya que sustenta la categoría: cuidados espirituales, sabiendo que la espiritualidad es única para cada persona, siendo un constructo más amplio de las creencias o afiliaciones religiosas; ya que implica una conexión con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y/o con un poder superior; asociándose a la necesidad de encontrar sentido a la vida. Es por ello que con este estudio se pretende analizar como los cuidados espirituales dirigido al paciente con Insuficiencia renal crónica promoverá su existencia como ser humano ya que en el momento que el paciente reciba cuidados espirituales podría constituir un recurso importante para trascender el sufrimiento, superar obstáculos y limitaciones, encontrando paz y serenidad.

En tercer lugar, se menciona un estudio realizado en Barcelona, año 2015 titulado “Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo” con el objetivo de registrar la frecuencia de las verbalizaciones espontaneas relativas a aspectos espirituales y clasificarles en los dominios y subdominios espirituales a partir de la taxonomía descrita en el estudio de Payás y cols. Además, identificar las necesidades espirituales de los pacientes y clasificarlas según la taxonomía descrita por el grupo de trabajo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en la Guía de Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos.

Es un estudio prospectivo exploratorio, longitudinal con metodología cuantitativa sobre la detección de necesidades espirituales cubiertas y no cubiertas en el paciente ingresado en la Unidad de Cuidados paliativos. Se incluyeron pacientes hospitalizados y el 85.1% en la Unidad de Cuidados paliativos con diagnóstico de cáncer en fase avanzada terminal. Se incluyeron los pacientes atendidos por primera vez por nuestro equipo entre noviembre de 2009 y mayo de 2010 por la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa

Creu i Sant Pau, tanto en situación de ingreso como en consulta ambulatoria. Se incluyeron también pacientes que estaban ingresados en otras unidades y a los que se atendía a través de interconsulta. Todos los pacientes habían sido diagnosticados de cáncer y se encontraban en fase avanzada-terminal. Se consideró como criterio de exclusión la presencia de deterioro cognitivo.

Durante el período del estudio (6 meses) el equipo de cuidados paliativos atendió a 276 pacientes oncológicos nuevos. La muestra final de pacientes que expresaron verbalizaciones espirituales espontáneas está compuesta por 86 pacientes (31.2%). De estos pacientes, 50 eran hombres (58%) y 36 mujeres (42%) siendo la edad media de los participantes de 68,8 años (SD = 13,7). De los 190 pacientes restantes que no formaron parte de la muestra 120 (63%) eran hombres y 70 (36’8%) eran mujeres siendo la media de edad de 73 años. (Rufino-Castro, 2015)

Los miembros del equipo (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicóloga) registraron textualmente todos los comentarios que los pacientes expresaban espontáneamente a cualquiera de ellos y que pudiera tener referencias espirituales. No se diseñó ninguna intervención específica para la obtención de los comentarios. En las reuniones interdisciplinares diarias el equipo consensuaba si el comentario registrado era o no espiritual y se clasificaba en el dominio y subdominio espiritual correspondiente, siguiendo la clasificación realizada por Payás y cols. (Payás Puigarnau A, 2008)

Como resultados se puede destacar que durante el período del estudio (6 meses) el equipo de cuidados paliativos atendió a 276 pacientes oncológicos nuevos detectando que 86 (31.2%) verbalizaron comentarios con referencias espirituales. Las expresiones espirituales se clasificaron en los 3 dominios espirituales descritos en Payás et al., (2008) El dominio en el que más pacientes han hecho referencia es el intrapersonal (67.4%), como subdominio más expresado con un 41.8% es el que hace referencia a la desesperanza y al deseo de morir. El 17.4% refieren comentarios en relación al sentido y propósito del sufrimiento, enfermedad y muerte y el 12.7% en relación con las preocupaciones y miedos sobre el sufrimiento, enfermedad y la muerte.

Las necesidades espirituales más expresadas por los pacientes fueron la necesidad de encontrar sentido a la existencia y el devenir: la búsqueda de sentido (25,5%) y la necesidad de volver a leer su vida (22%). Y las que menos son la necesidad de liberarse

de la culpabilidad, de perdonarse (0,9%) y la necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado (0,9%).

Se observa que el personal de enfermería y el médico son los que registran mayor número de comentarios con referencias espirituales no habiendo diferencias entre ambos. El personal de enfermería es el que más tiempo pasa con el paciente y con el que a menudo se establece un estrecho vínculo. Los médicos son los que mantienen el primer contacto con el paciente y ya es en esa primera visita, con un enfoque de atención integral, donde el paciente podía comenzar a expresar sus inquietudes espirituales.

Se puede concluir que, tal y como se ha comentado anteriormente, el ser humano tiene inherentemente necesidades espirituales que puede no ser consciente de ellas hasta el momento de su muerte. En base a la experiencia de la investigadora del estudio, el recorrido vital de la persona podrá influir en esa toma de consciencia.

Probablemente, cuando la persona sea consciente de esas necesidades y las tenga cubiertas o sepa que las pueda cubrir obtenga una percepción de bienestar espiritual. Pero cuando sea consciente de esas necesidades y de no tenerlas cubiertas o sepa que no las va a cubrir podría darle lugar a una percepción de sufrimiento espiritual.

Sin embargo, por un lado, también es posible que haya personas que no quieran ser conscientes de ellas a modo de estrategia de protección pues el conectar con ellas podría generales sufrimiento. Y, por el otro, que no sean conscientes de sus necesidades espirituales y no tengan percepción de sufrimiento alguno. (Rufino-Castro, 2015)

Este estudio es pertinente ya que permitió analizar que, los pacientes expresaron vivencias, pero se clasificó y se le asignó en frecuencia y porcentaje sin ver la profundidad del ser que sufre en fase terminal. Es por ello que en esta investigación se analizará como los cuidados espirituales dirigido al paciente con Insuficiencia renal crónica promoverá su existencia como ser humano. Tomando además en consideración que el enfermero/a es la persona que pasa más tiempo en contacto con el paciente, sin embargo, éstas necesidades aún no pueden ser satisfechas en los pacientes que lo necesitan.

En cuarto lugar en España, año 2015, otra investigación con el título “Discapacidad y riesgo de exclusión social en la enfermedad renal crónica”, planteándose los siguientes objetivos: describir cómo la discapacidad y el riesgo de exclusión social afectan al ciclo vital de los pacientes con Enfermedad renal crónica (ERC), determinar la relación entre estas situaciones de discapacidad y riesgo de exclusión social, en función del tratamiento

sustitutivo de la función renal y elaborar una propuesta de recursos de apoyo necesarios para hacer frente a esas limitaciones, a partir de un análisis de las áreas más afectadas y de evidencias encontradas en la bibliografía existente.

Los principales objetos de estudio se refieren a la discapacidad, que hace referencia a las repercusiones psicosociales que una persona afectada por la ERC padece a lo largo de su enfermedad, siendo de especial interés el momento del ciclo vital del paciente en que a consecuencia de la enfermedad deba iniciar la terapia sustitutiva de la función renal y el otro objeto de estudio fue, riesgo de exclusión en la enfermedad renal crónica, ya que se califica la situación de un paciente como "un problema social", que se encontrarían en situaciones relacionadas con la pobreza y exclusión social; pacientes a los que se consideran que debido a sus carencias pueden tener mayores complicaciones durante el tratamiento y la enfermedad.

Efectivamente, los problemas sociales van a repercutir en la adherencia al tratamiento sustitutivo de la función renal, puesto que este complejo tratamiento, trae consigo una serie de obligaciones a las que las personas y también sus familias deberán adaptarse con éxito para sobrevivir. Pacientes sin recursos económicos con dificultades para llegar a fin de mes, pacientes inmigrantes en situación irregular y sin apoyo familiar, jóvenes con escasa formación y mínimas expectativas de mantener un empleo y pacientes de edad avanzada con dependencia de otras personas para hacer las actividades básicas del día a día, conforman un entramado de problemáticas sociales, que inevitablemente van a influir de manera negativa en el desarrollo de la ERC.

La población fue pacientes renales en tratamiento de diálisis o que habían sido trasplantados y que residían en la provincia de Ourense y de Pontevedra entre el 1 de mayo de 2014 y 30 de octubre de 2014; los centros de procedencia fueron un hospital público y cuatro centros privados concertados de hemodiálisis. Con una muestra aleatoria en función de criterios de inclusión y exclusión para cada tipo de tratamiento. De tal manera, como criterios de inclusión, fue la edad comprendida entre los 18 y 75 años, que llevasen al menos 3 meses en el tratamiento y no presenten deterioro cognitivo que dificulte la comprensión de los cuestionarios; el acceso a la muestra de pacientes en hemodiálisis se realizaba en función de las visitas regulares a sus centros de referencia del tratamiento.

El acceso a pacientes de diálisis peritoneal y trasplante renal era algo más complejo, debido a que sus visitas al hospital eran menos frecuentes que en el caso de hemodiálisis. En algunos casos para mantener la entrevista se contactó con ellos por teléfono y en otros en las consultas programadas. Así, del total de entrevistas el 70% fueron realizadas de manera presencial y el 30% restante mediante entrevista telefónica. Nuestro interés era entrevistar al mayor número de pacientes de cada modalidad de tratamiento, contando siempre con la colaboración de los responsables médicos de cada uno de ellos. De este modo el interés principal se centró en entrevistar al mayor número de pacientes en un periodo limitado de 6 meses.

Finalmente, un total de 130 pacientes fueron contactados, de los que 124 aceptaron colaborar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo un índice de respuesta del 95%. La muestra final quedó integrada por 78 pacientes en hemodiálisis, 23 en diálisis peritoneal y 23 pacientes trasplantados renales. Aproximadamente se mantuvieron 5 entrevistas de evaluación a la semana, con una duración media de 40 minutos.

Para el primer objetivo se realizó un diseño descriptivo para mostrar de manera cómo eran ambas situaciones, discapacidad y riesgo de exclusión social, en la muestra total de pacientes renales y en cada tratamiento. El interés también se centró en realizar comparaciones entre los sujetos de la muestra y poblaciones relevantes, para establecer diferencias entre ellos. Para el segundo objetivo, de encontrar por una parte diferencias significativas entre discapacidad y por otra parte diferencias en riesgo de pobreza y exclusión social en función de los tratamientos se planteó un diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes, siendo estos grupos DP, HD y TR.

Para valorar las diferencias entre ellos, se tomaron como variables dependientes, la discapacidad y el riesgo de exclusión social y como variable independiente el tipo de tratamiento. Posteriormente se hicieron comparaciones intergrupos para ver cómo eran las diferencias entre ellos. Para valorar qué dominios y áreas de funcionamiento presentaban mayores dificultades se diseñó una tabla descriptiva en función de las puntuaciones medias y otra tabla con la propuesta de recursos y servicios de apoyo al paciente renal.

Los instrumentos utilizados fueron en primer lugar para valorar la discapacidad y en segundo lugar para medir el riesgo de pobreza y exclusión social: Versión Española del

Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule); el siguiente es una versión española del indicador de tasa de riesgo de pobreza y exclusión social (ERPE) más conocido por sus siglas en inglés AROPE (at risk of poverty and exclusion), que toma en consideración la pobreza económica, privación o carencia material severa, muy baja intensidad de trabajo.

Como principales resultados se encontró que la discapacidad global de los pacientes renales valorados mediante el cuestionario de evaluación de la discapacidad WHODAS 2.0 es leve y de carácter moderado en algunos dominios relacionados con su estado físico y participación social. Los pacientes renales en comparación con otros pacientes con problemas físicos o mentales, presentan en general menores limitaciones.

Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentan de manera significativa una mayor discapacidad global y en diversos dominios de funcionamiento, frente a los pacientes en diálisis peritoneal y trasplante renal. Entre estos últimos no se aprecian diferencias significativas. Los pacientes renales sobre todo en tratamiento de hemodiálisis presentan un alto riesgo de pobreza y exclusión social en comparación con la población gallega y española. La principal causa de este riesgo está motivada por la baja intensidad de empleo de sus hogares (Santos, 2015).

Por consiguiente, se puede destacar que al encontrarse en cualquier tratamiento sustitutivo renal dificulta que las personas sean activas laboralmente, añadiendo que la duración de su tratamiento es de mínimo 4 horas conlleva a que el paciente presente cansancio y permanezca en su domicilio descansando en la espera del siguiente día y además que en muchas ocasiones requiere la necesidad de un cuidador para su ayuda en los cuidados de la vida diaria que puede desencadenar un impacto psicosocial en su calidad de vida. Por lo que sería importante que con el presente estudio se analice como los cuidados espirituales dirigido al paciente con Insuficiencia renal crónica promoverá su existencia como ser humano.

Por consiguiente, se podrá brindar una atención individualizada al paciente con obtención del reconocimiento oficial de la discapacidad y con ello los pacientes puedan presentar beneficios y ventajas en las acciones de inserción social y una adecuada interacción familiar y social.

En quinto lugar, otro estudio realizado en Brasil, año 2014 titulada "Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza" con el objetivo de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. Estudio trasversal, con la participación de 275 pacientes internados en las unidades de Clínica Médica, Clínica Ortopédica y de Cirugía Plástica y Clínica Tropical de un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Los criterios de inclusión fueron: poseer edad igual o superior a 18 años; estar internado desde hace más de 48 horas y estar en condiciones clínicas favorables para responder los instrumentos de recolecta de datos. Para aquellos pacientes considerados elegibles, y que aceptaron la invitación para participar en la investigación, les fue solicitada la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

Los datos fueron recolectados entre noviembre del 2012 y enero del 2013 mediante entrevistas con los pacientes, utilizándose tres instrumentos, aplicados al mismo tiempo, que fueron preguntas que permitieron identificar las características sociodemográficas de la población, el segundo instrumento utilizado, denominado "Guión de Entrevista del Cuidado de Enfermería para Paciente Internado", evaluó la calidad de los cuidados prestados por el equipo de enfermería, en base a la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, organizado en nueve ítems y 40 sub-ítems según la necesidad afectada, y validado en el Hospital Universitario Regional del Norte de Paraná. El tercer instrumento utilizado fue la versión brasileña del Patient Satisfaction Instrument, denominado "Instrumento de Satisfacción del Paciente" (ISP), con el objeto de conocer la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería prestada.

Entre los principales resultados destaca que ningún de los cuidados de enfermería alcanzó el nivel deseable de atención de enfermería, y que sólo dos fueron considerados seguros – higiene y confort físico y nutrición e hidratación – ambos pertenecientes a las NHB psico-biológicas. Esa conclusión muestra que los profesionales tienen dificultad en ampliar el alcance de sus cuidados, no se incluye las necesidades emocionales y psico-espirituales de los pacientes. La enfermería, al brindar su cuidado a personas con problemas de salud, debe tener sus acciones dirigidas a las demandas biológicas, sociales, espirituales y psíquicas del ser humano.

Para estimular y ayudar las personas a satisfacer sus necesidades espirituales, el profesional puede valerse de algunas intervenciones, tales como: ofrecimiento de apoyo

a la necesidad espiritual o religiosa, facilitación de la práctica de una religión, aconsejarles espiritualmente, contactar un consejero espiritual y ayudar en la resolución entre el tratamiento y las creencias.

Para tanto, se debe prestar el cuidado en enfermería de forma humana y holística y a la luz de una aproximación integrada, sin excluir el cuidado espiritual, más comprensivo y personalizado a sus clientes, vislumbrando una atención de calidad. (Santana J, 2014)

Éste estudio es primordial ya que revela la importancia de que la atención a los pacientes por parte del personal de enfermería debe ser humanizada y holística, en el que debe abarcar cuidados en higiene y confort físico, actividad física, sueño y reposo, seguridad física, nutrición e hidratación, eliminaciones, necesidades emocionales, espirituales y sociales. Es por ello que para atender integralmente todas las necesidades que posee el paciente, se pretende analizar como los cuidados espirituales dirigido al paciente con Insuficiencia renal crónica promoverá su existencia como ser humano.

Y por último un estudio realizado en Colombia, año 2016, con el título "Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis" con el objetivo de describir la competencia para el cuidado en el hogar (CUIDAR) de personas con enfermedad crónica que se encuentran en hemodiálisis.

Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con una muestra de 131 pacientes en hemodiálisis que asisten a un centro de atención en terapia renal de la ciudad de Bogotá. Se emplearon los instrumentos "Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica" y "Competencia para cuidar en el hogar GCPC-UN-CPC, versión paciente".

Entre los resultados se destaca que, en cuanto al estado civil, se reconoce que un alto porcentaje de enfermos renales crónicos cuentan con una relación estable por matrimonio o vínculo de unión libre. El hecho de contar con una pareja es un factor de ayuda para muchos pacientes, cuando se deben tomar decisiones difíciles. En la relación entre esposos, cuando uno de los miembros de la pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el de mejor salud, pero en el proceso puede terminar deteriorándose19.

Los hallazgos del estudio evidencian que las personas con ERC que asisten a la IPS Dialyser son en su mayoría de estratos socioeconómicos bajos y medios, situación que se relaciona estrechamente con la zona de residencia de los usuarios, la ocupación y el nivel

de escolaridad. Se identifica un grupo mayoritario de personas que llevan de 0 a 5 años con ERC. Las diferencias de percepciones cambian en los diferentes periodos, sin embargo, las variaciones más importantes se presentan en los primeros seis meses. Ratificándose la necesidad de realizar un abordaje educativo integral por parte del equipo interdisciplinario, con especial énfasis en los primeros meses de la terapia.

Ahora bien, la satisfacción negativa con el soporte social, el tamaño de la red de apoyo, y el estado funcional son predictores significativos de soledad. Para muchos el apoyo emocional es más importante que el apoyo instrumental. En ausencia de acontecimientos estresantes, una amplia red social puede promover la salud. En la presencia de estrés, el soporte funcional puede ser importante para mejorar las tensiones. El apoyo instrumental y emocional está alto e inversamente relacionado con la depresión y los síntomas de ansiedad. Existe un efecto amortiguador moderado entre la participación familiar y los síntomas psicológicos que se relacionan con la capacidad de los sujetos para afrontar el deterioro cognitivo y las enfermedades crónicas.

Los pacientes que tienen un elevado nivel de satisfacción con el soporte social, por parte de la familia, los amigos y los profesionales, bien sea emocional o instrumental, experimentan menos efectos negativos de las crisis. Por el contrario, la soledad y la falta de apoyo, generan sufrimiento19.

En relación con la carga percibida se identifica que un porcentaje significativo de las personas con ERC perciben ser una carga alta para su familia, en este sentido se puede inferir que el manejo de la enfermedad por parte del paciente conlleva a una restricción de su vida social. A menor funcionalidad, mayor carga y sentimientos de depresión lo cual termina repercutiendo en la diada persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar19. Se ha encontrado que la percepción de carga de la persona enferma se asocia a su bienestar espiritual22; también que el bienestar emocional predice el pronóstico a largo plazo de la enfermedad física.

En cuanto a la competencia para el cuidado en el hogar (CUIDAR) se identifica que la mayor parte de los participantes se encuentran en rangos bajo y medio, hallazgo que es similar al reportado en un estudio de carácter nacional desarrollado con personas que presentan enfermedad crónica, siendo evidente la heterogeneidad en los niveles encontrados de CUIDAR, los cuales no llegan a ser óptimos24.

Respecto a las dimensiones, se identifica que las que reportan los niveles más bajos son disfrutar (Bienestar) y Unicidad. El componente de unicidad (condiciones personales) corresponde a las características tanto internas como de personalidad, base fundamental para que se afronte de una u otra forma la enfermedad crónica y el rol como persona enferma o cuidador. De estas condiciones se conciben todas aquellas formas y herramientas con las que se cuenta para hacer frente a problemas, retos y desafíos, así como mecanismos de afrontamiento para superarlos de la mejor manera.

En la dimensión disfrutar (bienestar) se indaga sobre el grado de bienestar que se tiene para comprender como se asume la responsabilidad del cuidado en casa en aspectos básicos de la vida cotidiana, así como la satisfacción personal relacionada con la calidad de vida percibida. La competencia para el cuidado en el hogar (CUIDAR) de los pacientes con ERC en hemodiálisis es diversa, y dista de manera importante de ser adecuado para asumir el rol de cuidado garantizando calidad y seguridad en el mismo. (Aldana E, 2016)

Este estudio es importante ya que se relaciona con la categoría que antecede, cuidados espirituales, donde el cuidador informal asume un rol importante en el cuidado del paciente, percibiendo como propia la satisfacción de las necesidades espirituales.

Concepciones teóricas contempladas como marco referencial.

En primer lugar, se disertará la teoría "Sobre el Duelo y El Dolor, de Kubler-Rose Elisabeth y Kessker David", año 2006 para darle respuesta a la categoría fenómeno; en segundo lugar la teoría El Ser y el Tiempo del ontólogo Heidegger, año 2009 y por último la Teoría fenomenológica Cuidados espirituales como innovación educativa de Mendoza Gregoriana, año 2014.

2.2.1 Insuficiencia renal crónica

La Insuficiencia renal crónica (IRC), se define como daño renal con un periodo de tiempo superior a tres meses, como anomalías funcionales del riñón con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG). La IRC es un término que expresa un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal en el que, su prevalencia se incrementa por el envejecimiento de la población, por la existencia de factores de riesgo como la enfermedad cardiovascular, la DM, la HTA o la obesidad y por el diagnóstico precoz de la misma. (Bencomo, 2015)

Durante la última década, el reconocimiento de la IRC en Nefrología ha transcurrido, de una especialidad que atendía patologías de baja incidencia como las enfermedades

nefrológicas clásicas, a centralizarse en un importante problema de salud pública asociado a una mortalidad prematura, siendo de origen cardiovascular, con importantes implicaciones sociales y económicas. Todo ello hace necesario no sólo su diagnóstico y detección precoz, por pruebas habituales de laboratorio, sino también acrecentar su grado de conocimiento y el trabajo interdisciplinario y entre distintos niveles asistenciales. (Bencomo, 2015)

Factores de riesgo

En las etapas iníciales de la IRC los síntomas y signos clínicos generalmente no son evidentes. La presencia temprana de marcadores de daño renal se identifica mediante la búsqueda activa, prioritariamente en la población de riesgo. La enfermedad puede evolucionar subclínica y ser evidente cuando ya ha progresado a la insuficiencia renal crónica. Dentro de los factores de riesgo están, los no modificables como son grado de función renal, raza, género, edad y factores genéticos y los modificables. Los factores de riesgo de mayor relevancia en la enfermedad renal crónica incluyen la hipertensión arterial y la diabetes mellitus de las cuales se deben conocer conceptos básicos de estas patologías que se puede ver a continuación.

Clasificación

La National Kidney Foundation propone en las guías de práctica clínica K/DOQI la definición y una clasificación de la ERC con la finalidad de unificar criterios el diagnóstico precoz de la enfermedad independientemente de la causa original, así como la nueva clasificación aprobada por la KDIGO

Tabla 1 Estadios de la ERC según KDIGO

Estadio	**Descripción**	**TFG (ml/min/1,73 m2)**
	Riesgo aumentado de la ERC	≥ 60 con FR
1	Daño renal con TFG normal o alta	≥ 90
2	Daño renal con leve o baja TFG	60 – 89
3	Disminución moderada de la TFG	30 – 59
4	Disminución severa de la TFG	15 – 29
5	Falla renal	< 15 O diálisis

TFG: Tasa de filtración glomerular, FR: Factores de riesgo

La IRC se divide en una serie de estadios que toman como referencia la pérdida de reserva funcional del riñón, siendo esta clasificación de importancia, porque es determinante en

la actuación terapéutica que se realice con el paciente. El estadio I está representado por la pérdida de un riñón, bien por agenesia, en aquellos casos de donación para trasplante renal, o por alguna otra causa. Aunque la pérdida funcional es del 50%, el filtrado glomerular se sitúa entre 80-100 ml/min/71,73m2. En este caso no se puede hablar de insuficiencia renal y este estadio no tiene repercusión clínica ni requiere tratamiento.

En el estadio II la pérdida de reserva funcional baja hasta un 25-30%, el filtrado glomerular es igual o inferior a 50 ml/min/1,73m2 y sólo suele haber repercusión bioquímica sin apenas clínica, aunque en el caso de los niños puede observarse una pérdida de crecimiento. El estadio III representa una caída de la reserva funcional hasta un 12-15%, con valores de filtrado glomerular cercanos a 10 ml/min/1,73m2. Este estadio representa un grado de IRC avanzada con gran repercusión, tanto bioquímica como hormonal y clínica.

Por último, cuando la reserva funcional cae hasta un 5-10%, el filtrado glomerular se sitúa por debajo de 10 ml/min/1,73m2; es lo que consideramos el estadio IV y no es posible mantener al enfermo con un tratamiento conservador, teniendo que recurrir a las técnicas de depuración extrarrenal y/o trasplante. El tratamiento conservador se dirige fundamentalmente a los estadios II y III. (Soriano, 2004)

Manifestaciones clínicas

La presencia e intensidad de las características clínicas depende del grado de insuficiencia renal y de la rapidez con que se decline la función renal, de tal forma, hasta que la reducción del filtrado glomerular alcanza al 30-40% de lo normal no se evidencia la sintomatología en los pacientes. Los pacientes disminuyen el peso progresivamente y es habitual la inapetencia y el cansancio. El color de la piel es pálido-amarillento y suele existir sequedad y prurito generalizado de la misma. Se desarrolla hipertensión y la sobrecarga crónica del sistema circulatorio puede desembocar en insuficiencia cardiaca. (Discapnet, 2019)

Además, los huesos pierden el correcto equilibrio metabólico por el déficit de vitamina D no son infrecuentes las fracturas ante traumatismos leves, por otra parte, el déficit de eritropoyetina hace que disminuya la formación de glóbulos rojos en la médula ósea, desarrollándose anemia y así, progresivamente hasta producir fallo de casi todos los órganos del cuerpo, desde el sistema nervioso hasta el sistema inmunitario y alteraciones electrolíticas, evidenciándose anomalías en los niveles de diferentes electrolitos como el

potasio y el bicarbonato, estas alteraciones ocurren en fases avanzadas de la insuficiencia renal.

Otras anomalías como la hipocalcemia y la hiperfosforemia pueden aparecer cuando la insuficiencia renal es moderada; manifestaciones cardiovasculares: Hipertensión arterial, que se encuentra hasta en el ochenta por ciento de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. El mecanismo responsable es doble, alteraciones gastrointestinales: anorexia, náuseas y vómitos; un signo característico es el fétor urémico, olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva, es muy característico también la presencia de sabor metálico.

Alteraciones hematológicas: Un signo precoz en la evolución de una insuficiencia renal crónica es la anemia, producida en gran parte por déficit de eritropoyetina (hormona sintetizada en el riñón y que estimula la generación de glóbulos rojos) no obstante, influyen otros factores como pérdidas gástricas, disminución de la vida media de los glóbulos rojos por la misma uremia, desnutrición o déficit de hierro.

En los leucocitos se produce una alteración en su función, provocando un cierto grado de inmunodeficiencia. En lo referente a la coagulación, existe una alteración en la función plaquetaria que se exterioriza con mayor facilidad para el sangrado, sobre todo en piel.

Los trastornos de la coagulación son muy importantes, y en su conjunto establecen la diátesis hemorrágica de la uremia. Aunque su origen es multifactorial, la disfunción plaquetaria es un factor relevante, ello se debe a alteraciones de la interacción trombocito-endotelio por un incremento de la secreción de prostaciclinas y por un defecto del factor von Willebrand.

Sistema inmunitario. Los pacientes con deterioro progresivo de la función renal presentan una disfunción paralela de su estado inmunológico, ambos como consecuencia de un defecto profundo en la respuesta inmunitaria humoral y celular.

Alteraciones neurológicas: Es frecuente la aparición de la encefalopatía urémica, que se presenta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. También puede aparecer una poli neuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza, se hace también motora. El síndrome de piernas inquietas (necesidad imperiosa de mover las piernas en reposo y que se acentúa por la noche) es una manifestación sensitiva, así como la pérdida de sensibilidad o el propio dolor en extremidades.

Alteraciones osteomusculares (osteodistrofia renal): Se manifiesta por dolores óseos, deformidades (reabsorción de falanges dístales en dedos), fracturas. Su origen se encuentra en la excesiva producción de hormona paratiroidea (hormona implicada en el metabolismo óseo), que provoca un aumento de la reabsorción o destrucción ósea. Este aumento de la hormona paratiroidea está condicionado por la falta de producción de vitamina D por el riñón, por la Hipocalcemia y por la hiperfosforemia.

Alteraciones dermatológicas: El signo característico es el color pajizo de la piel, producido por la anemia y por el acumulo de urocromos. El prurito es también muy frecuente y molesto, llegando a provocar lesiones por el rascado; está originado por la sequedad de la piel y la hiperfosforemia.

Alteraciones hormonales: En la mujer, los valores de hormona foliculostimulante (FSH), estradiol y progesterona están fijos como en la fase folicular del ciclo; sin embargo, la hormona luteinizante (LH) está casi siempre elevada. En cualquier caso, no se producen los picos de concentración que tienen lugar antes de la ovulación. En el varón se observa un descenso de la testosterona y un incremento sustancial de la LH) Los valores de prolactina se encuentran elevados en ambos sexos de manera sistemática, lo cual determina amenorrea en la mujer e impotencia en el varón, e incluso galactorrea.

La persona que padece IRC puede evidenciar afrontamiento psicológico, como lo indica la teoría "Sobre el Duelo y El Dolor", autor Kubler-Rose Elisabeth y Kessker David, año 2006, que es la que sustenta la categoría fenómeno.

Teoría Sobre el Duelo y El Dolor

Duelo anticipatorio

La anticipación agudiza los sentidos e intensifica los cumpleaños, los festejos, las vacaciones. Por desgracia, también puede magnificar la posibilidad o la realidad de una pérdida. En algún punto de la infancia, nos damos cuenta de que moriremos y no sólo lo haremos nosotros sino que también morirán algún día las personas que nos rodean. Ahí comienza el duelo anticipatorio: miedo a lo desconocido, al dolor que algún día sufriremos o al aparecimiento de alguna enfermedad crónica que limite la vida diaria de la persona.

Etapas del dolor y el duelo

Negación: La persona que se encuentra en esta etapa está realizando el duelo por la pérdida de su rol como padre, madre, profesional a nivel cotidiano, en un paciente en

estado crónico como insuficiencia renal crónica, la negación puede parecer incredulidad. La persona puede seguir viviendo y negar de hecho la existencia de una enfermedad crónica. Esto no significa que la persona no conozca de la enfermedad, sino que no puede creer que está limitada en realizar las actividades cotidianas del día a día.

Esta primera etapa ayuda a sobrevivir a la pérdida, la negación y la conmoción ayuda a afrontar la situación y a sobrevivir; a dosificar el dolor de la pérdida. Se concreta en un cuestionamiento de la realidad ¿es cierto? ¿ha pasado realmente? ¿es verdad que ya no está? La cuestión no es olvidarla, sino aprender a vivir con la pérdida.

Ira: Se manifiesta de muchas formas: ira contra sí mismo, contra su familia, con Dios y con el personal de la salud por su incapacidad para salvar a alguien importante para la persona, etapa necesaria del proceso curativo, surgen las preguntas ¿dónde está Dios?, ¿dónde está su amor?, ¿su poder?, ¿su compasión? ¿es ésta realmente su voluntad?

La ira es fuerza y puede anclar, confiriendo temporalmente estructura al vacío de la pérdida; significa estar progresando, permitiendo los sentimientos que antes eran simplemente demasiado insoportables para dejarlos aflorar. Afirma que podemos sentir, que hemos amado y que hemos perdido.

Negociación o pacto: Ésta va acompañada de culpa, el "ojalá" induce a criticar y cuestionar lo que se cree se podía haber realizado de otra manera, con el fin de no haber adquirido esa enfermedad que lo lleva a la limitación. Se plantea las siguientes preguntas ¿Y si dedico mi vida a ayudar al prójimo? ¿Podré entonces despertarme y descubrir que todo esto ha sido solo una pesadilla?, deseando que la vida vuelva a ser como era y retroceder el tiempo; puedo negociar con Dios o con un ser supremo para que me quite la enfermedad, puedo negociar con el médico que me prometa que me voy a curar.

Depresión: La depresión no constituye un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida, en el que la vida parece no tener sentido. La persona con enfermedad crónica presenta signos como, la vida no tiene sentido, salir de la cama puede suponer el mismo esfuerzo que escalar una montaña, requiere de mucho esfuerzo para ponerse de pie, las actividades que realiza cree que son inútiles, no siente el gusto ni el deseo de comer y es indiferente a todo lo que le rodea. El tratamiento de la depresión es un acto de equilibrio, debiendo aceptar la tristeza como un paso apropiado y natural de la pérdida, pero no debiendo permitir que una depresión descontrolada y permanente merme su calidad de vida.

Aceptación: Se acepta la realidad de que se tiene la enfermedad y se reconoce la necesidad de recibir tratamiento médico, aprender a vivir con ella. Nunca se puede reemplazar lo que se ha perdido, pero se puede establecer nuevos contactos, nuevas relaciones importantes, nuevas interdependencias, nuevas labores y actividades. En lugar de negar los sentimientos se debe escuchar las necesidades.

La persona al conocer el diagnóstico de insuficiencia renal crónica crea ansiedad en el que comienza el duelo anticipatorio, que a menudo no hablamos de él, en el que la persona tiene poca o ninguna participación activa. Por consiguiente, la persona atraviesa las etapas de: negación, ira, negociación o pacto, depresión y aceptación; que forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar las limitaciones de la enfermedad y le preparará para vivir mejor y afrontar la condición actual.

En segundo lugar, se disertará la teoría El Ser y el Tiempo del ontólogo Heidegger, año 2009

La noción de sujeto, la oposición del sujeto al objeto y su relación con él, la especificidad de ésta relación, irreductible a las relaciones como semejanza, igualdad, acción, pasión, causalidad caracteriza la filosofía moderna. Inicialmente, Heidegger distingue entre lo que es, "el ente" y "el ser del ente". Lo que es, el ente, abarca todos los objetos, todas las personas y en un cierto sentido, a Dios mismo. El ser del ente es el hecho de que todos estos objetos y todas éstas personas son. La comprensión del ser es la característica y el hecho fundamental de la existencia humana, para Heidegger la comprensión del ser no es un acto puramente teórico sino, como veremos, un acontecimiento fundamental donde está comprometido todo su destino; desde ese momento la diferencia, explícita e implícita, entre los modos de comprender no es una simple diferencia entre conocimiento claro y confuso; concierne al ser mismo del hombre.

Ésta teoría se relaciona con el presente estudio ya que estudia la esencia del sujeto, siendo el sujeto más que el objeto, que es la persona que está vivenciado la IRC.

Además, se debe diferenciar entre "el ente" y "el ser del ente" ya que el ente constituye la apariencia de cualquier cosa, todo lo que hay en la naturaleza y "el ser del ente" hace referencia al cuerpo del paciente enfermero, a su ser, viene siendo toda su vida, su conciencia su espíritu, siendo un aspecto dinámico y no estático; que es una persona que toma decisiones y que se expresa en los quehaceres diarios (música)

Y por último la Teoría fenomenológica Cuidados espirituales como innovación pedagógica de Mendoza Gregoriana, año 2014.

Teoría de las necesidades espirituales

Los cuidados espirituales como innovación educativa son un conjunto de enunciados epistémicos caracterizados por sistematicidad sobre el ser, el sentido del ser, la existencia; busca lo que se muestra en la conciencia de la persona humana sobre la vida, el continuo salud-enfermedad, el proceso de morir y la muerte.

Son la motivación intrínseca que mueve e impulsa todas las etapas de la existencia de la persona humana sana o enferma; como lo indica Mendoza Gregoriana, en la teoría de fenomenológica Cuidados espirituales como innovación educativa, misma que sustenta la categoría que antecede.

Las necesidades espirituales no tienen un orden de jerarquía ni se clasifican, pueden ser vivenciadas en forma simultanea; estas necesidades son:

1. Necesidad de ser reconocido como persona. - Se suscribe en la identidad los nombres y apellidos. Se expresa por ser nombrado e identificado como sujeto y no como objeto (matrícula, número, cédula de identidad, apodos) ser amado en su diferencia; al ser aceptado tal cual en la situación en la que se encuentra en su existencia de "ser-ahí" ser escuchado expresando libremente su realidad interna, su conciencia, sus actitudes, aprehensiones, sus penas y su amor. Todo lo que amenace la identidad de distinta manera origina un sufrimiento espiritual y ruptura social. La ruptura social donde se privan los roles y responsabilidades de sus compromisos adquiridos conllevando al sujeto a la soledad.
2. Necesidad de volver a leer su vida. – Todos los momentos significativos o adversos colocan al sujeto delante de su propia vida, la existencia; conlleva a la relectura de las etapas de la vida; volver al pasado apreciarlo, vivenciar y apropiarse de existencia. El hablar de su vida pasada, de lo realizado positiva o negativamente es tomar un sentido en la vida.
3. Necesidad de búsqueda de un sentido. - Todo ser humano busca dar razón de su existencia, es la extrema necesidad de encontrar un sentido a su propia existencia: el proceso de vivir, de enfermar y morir; en el que se impone a su conciencia para dar un sentido al sufrimiento, para comprender la vida y la muerte.

4. Necesidad de liberarse de la culpabilidad. - Plantearse interrogantes ante las contrariedades, enfermedades y tragedias como ¿Por qué a mí?, ¿Por qué ahora?, ¿Qué es lo que hecho para que Dios me castigue así?, ¿Por qué a mí? Presentándose un sentimiento de culpa, en el que se debe buscar una verdadera reconciliación consigo mismo y con los demás.
5. Necesidad de reconciliación. - Deseo de sentirse perdonado ya que cada ser humano lleva consigo gestos de odio, ruptura y de no exteriorizar sus emociones. La solicitud del perdón por medio de la confesión en busca de la reconciliación consigo mismo, con los otros y con Dios.
6. Necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo.- Manifestado en dos formas, en la apertura de la trascendencia (donación, amor) y en la necesidad de reencontrar la solidaridad con los semejantes. Existe cuatro motivos de recurso y de apertura a la trascendencia: la naturaleza, que constituye la fuente de recursos de fortaleza, contemplación y paz; el arte, creatividad humana que expresa la belleza de los seres y las cosas, la música; el reencuentro, amor de los amigos, adultos mayores y niños y por último el culto, organización del espacio para rituales donde expresen los fieles la apertura en el tiempo de la presencia de Dios.
7. Necesidad de continuidad, de un más allá. – Las personas buscan situar su existencia en un conjunto más extenso, defender la continuidad de valores de fraternidad, justicia, respeto con el deseo de pertenecer a una asociación, grupo de amigos o una iglesia; así como también, cuando las relaciones familiares son buenas quieren compartir su ser ahí trascender en ellos.
8. Necesidad de expresión religiosa. - Los seres humanos buscan tener relación con un ser superior o ente que explique los acontecimientos de la vida y le proporcione seguridad, protección en su existencia.

El apoyo y relación terapéutica de persona a persona, reduce el sufrimiento espiritual, brindar confianza, seguridad, respeto y amabilidad en un ambiente de diálogo y reflexión sobre la existencia donde se ubica tanto la vida, el continuo salud-enfermedad y la muerte. La escucha del profesional de enfermería y dirigirse (contacto visual) al paciente en fase terminal llamándolo por su nombre es la base de la construcción de la relación terapéutica. Además, permitirle expresarse libremente sus concepciones filosóficas, ideológicas, inquietudes, emociones, sus miedos, sus angustias, sus penas e interrogantes existenciales

en torno a la vida, el proceso de morir, el duelo y la muerte; permanece abierto a las experiencias asistenciales, necesidades sentidas, a las creencias religiosas, a las concepciones filosóficas y teológicas del usuario/a.

También Mendoza 2006, refiere que es necesaria la planificación del tiempo para acompañar al paciente y a la familia, en primer lugar compartiendo con él detalles (juegos, música, sonrisas, contacto físico), en segundo lugar en la disertación: filosófica existencialista sobre el "ser-ahí" y el "ser-con", la "existencia", conciencia imaginativa, conciencia emotiva, conciencia reflexiva, la conciencia prerreflexiva, en la trascendencia: las realidades antropológicas con la naturaleza, el arte, el reencuentro con las personas significativas y poner en orden los asuntos de testamento, la herencia.

Esa cualidad especial de la persona humana es su ser espiritual donde se dan: el conocimiento y clasificación de los valores que guían la vida, la congruencia entre las acciones y el pensamiento, el encontrar un sentido trascendental a la existencia, la reconciliación, la aceptación, la auténtica esperanza y el cierre del ciclo vital de manera armoniosa y serena.

El paciente que padece de insuficiencia renal crónica posee sentimientos encontrados por el curso, evolución y pronóstico de la enfermedad, por lo que los cuidados que se brinda al paciente no solo debe estar enfocado a la esfera física sino a la esfera psicológica, pudiendo requerir de la satisfacción de las necesidades espirituales para que se evidencie en el paciente aspectos como: el deseo de participar en las decisiones, compartir con la familia y la sociedad, encontrar un sentido a la vida, poseer la capacidad de perdonar, entre otros aspectos.

CONSIDERACIONES FINALES

Este proceso permitió sentar las bases teóricas y metodológicas para la construcción del protocolo de investigación, mediante una revisión profunda y crítica de antecedentes investigativos, que en su conjunto orientaran los esfuerzos para interpretar y analizar los cuidados espirituales ante la insuficiencia renal crónica para mejorar el afrontamiento psicológico del dolor y del duelo en pacientes de la Clínica Riñones Menidyal, de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, República del Ecuador.

En cuanto a la metodología más adecuada se considera optar por el enfoque cualitativo, que tiene como característica ser holístico, mirando el asunto como un todo, el fenómeno es visto en su contexto, de forma naturalística, es decir, de la manera como ocurre en la

realidad, en el que el investigador mira las relaciones dentro de un sistema, requiriendo encontrar los significados y comprender su dinámica.

Otra característica es que está dirigido a las personas "face to face" mediante la interacción del investigador con los participantes, considerando la igualdad de los seres humanos, para conocer la realidad desde las experiencias y puntos de vista de los adultos con insuficiencia renal crónica y el entendimiento de los significados que éstos asignan a sus acciones, creencias y valores, sumergiendo al investigador en la realidad para comprenderla utilizando el razonamiento inductivo que permitirá una construcción teórica en el contexto de estudio.

Según Martínez Miguélez M (2002) el término cualitativo se usa bajo dos acepciones, una como cualidad y otra más integral y comprehensiva, como cuando nos referimos al "control de calidad" donde la calidad representa la naturaleza y esencia completa, total de un producto.

Cualidad se deriva de qualis (cual, qué). De modo que a la pregunta por la naturaleza o esencia de un ser: ¿qué es? ¿cómo es? Se da la respuesta señalando o describiendo su conjunto de cualidades o la calidad del mismo. De ésta manera, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aldana E, B. S. (07-09 de 2016). Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Obtenido de Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300009

Bencomo, O. (2015). Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. Obtenido de Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n3/mgi10315.pdf

Castro, M. R. (2015). Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo. Obtenido de Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo: https://redib.org/Record/oai_articulo2938138-

las-necesidades-espirituales-como-elementos-en-el-bienestar-del-paciente-paliativo

Diaz B, M. F. (01-06 de 2019). Obstáculos y estrategias de afrontamiento en la atención renal: estudio cualitativo en jóvenes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. Obtenido de https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tNtZKLCG6YBYCTgmJzTVVSw/?format=pdf&lang=es

Discapnet. (2019). Insuficiencia Renal. Obtenido de https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enciclopedia/insuficiencia-renal

INEC. (2014). Comependio estadístico 2014. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-2014/

MSP . (2015). Programa Nacional de Salud Renal. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf

OPS. (11 de 03 de 2014). Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es

Roit-Vila et al. (2016). Investigación e innovación educativa en espiritualidad y cuidados de enfermería. Obtenido de Investigación e innovación educativa en espiritualidad y cuidados de enfermería: http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/60524

Santana J, B. A. (05-06 de 2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Obtenido de Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza: https://www.scielo.br/j/rlae/a/jFsJ5q96F8s4bVcmxsFBQpF/?lang=es

Santos, J. L. (10 de 2015). DISCAPACIDAD Y RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL. Obtenido de DISCAPACIDAD Y RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: http://www.investigo.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/512/Discapacidad_y_riesgo_de_exclusi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sociedad Española de Nefrología. (2018). La Enfermedad Renal Crónica en España 2018. Obtenido de https://prensa.euromediagrupo.es/attachment/977512/

Soriano, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Obtenido de https://www.revistanefrologia.com/es-definicion-clasificacion-los-estadios-enfermedad-articulo-X0211699504030666