

## Diagnóstico diferencial: impotencia y desesperanza. Estudio de la desesperanza

**Sandra González Pérez**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II. 3ª planta. Avda Complutense s/n.  
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.  
[sandra\\_glzp@hotmail.com](mailto:sandra_glzp@hotmail.com)

**Tutora**

**María Carmen Gómez Sánchez**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II. 3ª planta. Avda Complutense s/n.  
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.  
[mcgomez@enf.ucm.es](mailto:mcgomez@enf.ucm.es)

**Resumen:** Introducción: Desesperanza es un diagnóstico de enfermería muy desconocido, lo cual, junto a la falta de investigación y a su presentación ambigua, dificulta su uso en la práctica clínica enfermera. Objetivos: Realizar un análisis comparativo entre impotencia y desesperanza para conocer sus diferencias y su correcta aplicación y así mejorar la calidad de la atención enfermera. Desarrollo: A través de una revisión bibliográfica se presenta un estudio de la desesperanza, en el que se incluye: la definición del concepto, su relación con otros procesos vitales y su abordaje como diagnóstico enfermero. Conclusiones: Impotencia y desesperanza son diagnósticos enfermeros que se confunden con frecuencia, aunque tienen notables diferencias que permiten un abordaje específico de cada uno de ellos. El conocimiento de ambos diagnósticos es de suma importancia para la profesión de enfermería; mejorando la calidad asistencial y con ello la salud de los pacientes.

**Palabras clave:** Desesperanza. Impotencia. Diagnóstico de enfermería.

**Abstract:** Background: Hopelessness is one nursing diagnose that is often unknown. This, lack of research and its ambiguous presentation make its use very difficult in nursing practice. Objective: Make a comparative analysis between hopelessness and impotence, in order to know the differences between both diagnoses, and their correct application. This is to improve the quality of nursing care. Development: This project is based on scientific research which presents a study of hopelessness which includes: the definition of the concept, the relation between them and other vital processes as well as their approach to nursing diagnosis. Conclusions: Hopelessness and impotence are two nursing diagnoses frequently confused with each other, although they have notable differences that allow a specific approach to each one. The

knowledge of both of them is very important for the nursing profession, because it can improve quality of care and with it the health of patients.

**Keywords:** Hopelessness. Impotence. Nursing diagnosis.

## INTRODUCCIÓN IMPOTENCIA Y DESESPERANZA

El presente trabajo versa sobre la desesperanza, un diagnóstico enfermero bastante desconocido para el personal de enfermería. El objetivo del proyecto es realizar un estudio de la desesperanza para conocerla como diagnóstico, así como hacer una diferenciación con la impotencia; para conseguir una correcta aplicación, y así mejorar las competencias dentro de la profesión y que a su vez sea una herramienta de utilidad en la práctica asistencial diaria de la enfermería.

La práctica de enfermería incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas observadas tanto en las personas sanas como enfermas. Estas respuestas humanas son de naturaleza cambiante y dinámica, son diversas y exclusivas para cada individuo siendo reflejo de su interacción con el entorno. Las diferentes respuestas humanas, identificadas por la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), demuestran el carácter holístico que debe tener la enfermería.

En relación a la actividad de valoración y diagnóstico, en la actualidad el personal de enfermería lo realiza dentro de sus competencias en los dominios intelectual, interpersonal y técnico. Por ello necesitamos comprender nuestros diagnósticos y saber cuándo usarlos para el beneficio del paciente, que es el eje fundamental de nuestros cuidados.

Como afirma la NANDA<sup>(1)</sup> se necesita realizar una valoración global, y no se dan por finalizados los diagnósticos hasta no haber completado la valoración. ¿Cómo explicamos entonces la falta de valoración de los patrones que están relacionados con el ámbito psicosocial? El cuidado holístico de enfermería en los servicios de salud se ha visto dificultado por la visión biomédica de la salud, determinando que el personal de enfermería conciba la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas; dando menos importancia a los problemas psicológicos de los pacientes, y descuidando casi por completo el entorno social que les rodea. Debido a esto, nuestros cuidados nunca llegarán a ser verdaderos cuidados de salud.

Además del concepto de cantidad en el que ha solido centrarse la práctica asistencial, debemos considerar un elemento fundamental, la calidad de vida. Ésta remite a una percepción de la experiencia que tienen los sujetos de su vida, entendiendo tal evaluación no como un acto de razón, sino más bien de sentimientos.

La desesperanza y la impotencia, son dos sentimientos negativos; por lo que la concepción de la calidad de vida de un paciente que presente alguno de los dos diagnósticos, será negativa.

Levi y Anderson (1980)<sup>(2)</sup> señalan que un alto nivel de vida objetivo (ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial, o el tiempo libre), puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Como un paciente con impotencia o desesperanza no ve solución a sus problemas, y por tanto, no cree que sus objetivos se puedan cumplir ni considera que sus acciones puedan cambiar su realidad, ello afecta a su salud y su calidad de vida. Y es en el nivel asistencial, como factor de la calidad de vida, donde la enfermera/o puede intervenir directamente creando condiciones para la vida que favorezcan la regulación psicobiológica, la protección de la salud y la vivencia de bienestar; modificando así esta concepción subjetiva de nivel de vida, y repercutiendo por tanto en el índice de satisfacción individual.

Valorando los beneficios en pro del paciente que supondría el correcto manejo del diagnóstico, y considerando al personal de enfermería como uno de los elementos cardinales para mejorar la salud del paciente, queda fundamentada la elección de este diagnóstico de enfermería. Sin olvidar a su vez, la creciente necesidad de impulsar la investigación en el ámbito enfermero, ya que como sostienen autores, como Burns y Grove<sup>(3)</sup> (1987), la investigación es el proceso mediante el cual crece la base del conocimiento para la práctica de la enfermería. La investigación debe centrarse en estudios cualitativos, que se centran en el sujeto, tomándolo como fenómeno a estudiar de manera integral. El proceso de investigación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes; facilitando así la detección de problemas psicosociales, como es el caso de la desesperanza y la impotencia; para conseguir con ello el mayor beneficio para el paciente.

Tras comprobar la similitud de los diagnósticos desesperanza e impotencia en la NANDA, se consideró que la metodología para abordar este trabajo debía ser un estudio comparativo de ambos. No pueden ser separados a no ser que previamente hayan sido comparados y hayan quedado claras las diferencias entre ambos.

Conforme se realizaba la búsqueda bibliográfica sorprendió la falta de información y estudios de enfermería sobre estos temas, que quedan relegados al ámbito de la psicología y la psiquiatría, e incluso en estos ámbitos la investigación es escasa y ambigua. Todo ello conllevó una gran dificultad durante la obtención de datos, lo que se vio traducido en la necesidad de ampliar la búsqueda a obras bibliográficas que datan de años anteriores al 2007.

Se puede a su vez comprobar que ambos diagnósticos de enfermería son usados indistintamente, sin dejar establecida una diferencia clara entre ellos.

Lejos del desánimo por la falta de información y el uso ambiguo que se le da a ambos diagnósticos, el proyecto supuso un reto para dar a conocer ambos y para que sean usados correctamente por el personal de enfermería en su práctica asistencial.

La impotencia y la desesperanza son dos fenómenos psicológicos conectados entre sí desde 1953 por el psicólogo Bibring<sup>(4)</sup>, y son recogidos como diagnósticos de enfermería por la NANDA en los años 1982 y 1986, respectivamente.

Un paciente con desesperanza o impotencia es, a priori, un paciente pasivo, con falta de iniciativa y participación en sus propios cuidados, ya que considera que su situación no tiene solución y que sus acciones no tienen repercusión sobre ésta. Pero esto sólo es una visión muy general del sujeto.

Desesperanza e impotencia se pueden generar como consecuencia de numerosos procesos vitales y patologías muy frecuentes dentro del ambiente sanitario. Ello lo corrobora en su obra Beichmar<sup>(4)</sup>, quien considera que aquellas situaciones en las que la realidad resulta apabullante juegan un papel decisivo en la creación del sentimiento de desesperanza e impotencia. Estas situaciones son muy diversas: enfermedades crónicas e invalidantes; situaciones traumáticas, condiciones de abandono o desarraigo, dolor físico y/o psíquico, pérdida de autonomía del paciente en sus cuidados, etc. Todas ellas se incorporan en el psiquismo como sentimiento de fondo que hace sentir a la persona que nada de lo que haga puede ser suficiente para hacer frente a la realidad, vivida por el sujeto como apabullante.

Pero también pueden no ser el resultado de ciertos procesos, sino actuar como desencadenantes de otro tipo de situaciones patológicas. Ambos juegan un papel determinante en el desarrollo de trastornos depresivos. Debemos volver a citar a Bibring quién establece que la impotencia y la desesperanza para la realización de un deseo significativo son el núcleo común de todo estado depresivo, y que ambos pueden darse antes del propio estado<sup>(4)</sup>. Incluso también la impotencia y la desesperanza fueron reconocidas como factores predisponentes del comportamiento suicida; como se refleja en varios estudios, destacando el realizado por Beck et al. en el año 1985, dónde el 91% de los pacientes que mostraban estos sentimientos se suicidaron<sup>(5)</sup>.

¿No serían por estas causas diagnósticos a tener en cuenta a la hora de realizar la valoración de enfermería? ¿Cómo podemos detectarlos? ¿Cuáles son las principales diferencias entre ambos? ¿Puede el personal de enfermería actuar para tratar estos sentimientos y así prevenir sus consecuencias?

Para resolver todas estas cuestiones se realiza el presente trabajo, con el fin de acercar estos diagnósticos al profesional de enfermería y que sean al menos considerados al realizar la valoración del paciente; así como para transmitir el entusiasmo e interés que me ha generado.

## DESESPERANZA

El ser humano, la persona; se aprecia en el valor de sí mismo y en la ética de sus comportamientos e interrelaciones con los otros, con la familia, con la sociedad, con la comunidad. El profesional de enfermería se valora en su comportamiento, en las relaciones con la persona cuidada; con quien se relaciona siempre respetando su individualidad, su valor y dignidad, sus derechos, sus necesidades y sus prioridades, su cultura, su historia y el ejercicio de su autonomía.

En esta interacción del profesional de enfermería como cuidador y la persona cuidada se emplean las diversas formas de comunicación verbal y no verbal, a través de las cuales se intercambia y valora la información para interpretar las necesidades, los valores y los deseos de la persona cuidada. Y es esta comunicación la esencial para detectar posibles casos de desesperanza en la práctica asistencial.

Durante mucho tiempo la desesperanza se consideró como un estado sensorial difuso, vago y amorfo<sup>(6)</sup>; más ahora, ya entendiéndola como un estado psicológico alterado en la visión del yo, del mundo y del futuro; sigue siendo una de las grandes olvidadas en el ejercicio de la profesión enfermera. ¿Se conoce en verdad? ¿Se busca su diagnóstico? ¿Están los enfermeros más enfocados a un cuidado físico, olvidándose de los problemas psicológicos? ¿Están los enfermeros cualificados para ello o lo consideran responsabilidad del ámbito de psicología?

La desesperanza no es impotencia, no es desesperación, no es un simple pesimismo ni aparece de forma tan aislada como puede parecer. Tal como señala Fernández de la Mora, “el hombre tiene problemas para adaptarse a su condición y a su medio; y es por naturaleza un ser en desazón”<sup>(7)</sup>; por lo que ante situaciones traumáticas o en aquellas en las que la realidad resulta apabullante, es importante la valoración de una posible aparición de desesperanza, que se incorpora en el psiquismo como sentimiento de fondo.

¿Y por qué no puede participar la enfermera en ello? El profesional de enfermería es un profesional sanitario “a pie de cama”, “conviviendo” con el paciente las 24 horas del día; es un profesional donde prima la accesibilidad, que desarrolla una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y en la comunicación y es un profesional con suficiente capacidad para detectar este fenómeno psicológico. Todo ello situaciones idóneas para un posible diagnóstico de la desesperanza. Por tanto es importante fomentar la motivación del personal de enfermería en la detección de este tipo de problemas; y tener en cuenta que un individuo desesperanzado es un individuo pasivo, con falta de implicación en sus cuidados. Ello dificulta la práctica de enfermería; impidiendo conseguir con nuestra actuación, la participación y nivel de autonomía que pretendemos con el paciente, reduciendo así la importancia y significado de nuestra labor.

Para terminar quiero recordar a Virginia Satir y su aportación: “Creo que el mejor regalo que puedo recibir de alguien es el ser vista por él, escuchada por él. El mejor regalo que puedo dar es el ver, escuchar, comprender y tocar a otra persona. Cuando esto se ha hecho siento que el contacto se ha realizado”. Por tanto; veamos a la persona y no sólo al paciente, escuchemos y no sólo oigamos, comprendamos, toquemos, etc. y así nuestra intervención en verdad será integral.

Por todo ello, con el presente trabajo se pretende hacer un análisis de la desesperanza para diferenciarla de la impotencia y para ayudar a la práctica clínica y asistencial de los profesionales de enfermería.

### **CONCEPTOS DE DESESPERANZA**

Existen una gran cantidad de autores que definen la desesperanza:

“Desesperanza como un conjunto de sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro”<sup>(6)</sup>.

Beck, Weissman, Lester y Trexler en 1974 la definen como “un fenómeno relacionado con la expectativa de futuro, con base en situaciones presentes pero partiendo de situaciones pasadas”. Se relaciona con el presente, ya que la percepción del futuro se basa en la situación actual, la cual, si es desagradable, provoca que el individuo pierda cualquier esperanza en el futuro. Igualmente, las experiencias de falta de control en el pasado también se relacionan con el futuro, pues condicionan al individuo en el desarrollo de la desesperanza<sup>(8)</sup>.

Según Seligman (1975), “la desesperanza es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos se perciben como incontrolables y no se puede hacer nada por cambiarlos; resultando de ello un deterioro en el individuo que le impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuesta voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos”<sup>(9)</sup>.

Laín Entralgo (1978) acuñó el término diselpidia (dis-prefijo en negativo; elpisperanza en griego), explicándola como “la patología del esperar humano; la retracción de la existencia sobre sí misma ante la vacía nihilidad de lo porvenir”<sup>(10)</sup>.

“La desesperanza es la expectativa de que algo negativo va a ocurrir, unida a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de hacer algo para evitarlo”<sup>(11)</sup>.

“Es la vivencia de que todo está perdido, por lo cual cualquier esfuerzo por cambiar la situación es considerado inútil” (Wollman 1984)<sup>(12)</sup>.

La NANDA recoge el diagnóstico desesperanza (1986) como “el estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho”<sup>(1)</sup>.

Moltmann (1996), “El desesperar de la esperanza no necesita siquiera presentar semblante desesperado; puede ser la simple y silenciosa ausencia de sentido, de perspectiva, de futuro y de objetivos”<sup>(13)</sup>.

La Real Academia de la Lengua Española en su 22ª edición (2001) considera la desesperanza como “la pérdida de esperanza, entendiéndola ésta como el estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos”<sup>(14)</sup>.

Schmale y Engel definen la desesperanza como “síndrome de renuncia”<sup>(15)</sup>.

Pero también es un término acuñado y estudiado por filósofos como Nietzsche, que la define como la “enfermedad del alma” o el filósofo francés Gabriel Marcel (1954) que se refiere a ella como la “voluntad de deserción”<sup>(16,17)</sup>.

Por tanto un individuo desesperanzado, según Stotland; cree<sup>(18)</sup>:

- Que nunca podrá salir adelante por sí mismo.
- Que nunca tendrá éxito en lo que intente.
- Que nunca alcanzará objetivos-metas importantes.
- Que nunca podrá solucionar los problemas que se planteen en su vida.

A partir de estas definiciones de desesperanza se puede identificar que la desesperanza está relacionada con el sujeto y su percepción del mundo y el futuro, que el individuo percibe como fuera de control. Percibe el control como externo, lo que se traduce en sentir el futuro como no programable, no predecible e incapaz de actuar sobre él; por lo que se ve como algo funesto.

Este estado subjetivo en el que la persona manifiesta que percibe pocas o ninguna alternativa de elección personal y que ha perdido el control de la situación se manifiesta también en la impotencia; pero en el caso de ésta última, la falta de control es en la situación actual o acontecimiento inmediato; mientras que la desesperanza se proyecta también al futuro. Igualmente en la desesperanza se añade que el sujeto también percibe que nada externo podrá cambiar la situación.

Impotencia: “No puedo hacer nada para mejorar mi situación”.

Desesperanza: “No puedo hacer nada para mejorar mi situación y además nada puede cambiarla”.

## RELACIÓN DE LA DESESPERANZA CON OTROS PROCESOS

### Desesperanza y sentido de la vida

El constructo del “sentido de la vida” fue desarrollado por el psiquiatra y neurólogo vienés Viktor Frankl, quien lo enmarca como la fuerza motivacional fundamental del ser humano. Cuando no se alcanza dicho logro existencial se origina una frustración que se asocia a la desesperanza; caracterizada por una duda sobre el sentido de la vida, por el vacío existencial<sup>(6,19,20)</sup>.

Lukas (2001) defiende una relación entre vacío existencial y desesperanza. Ambas remiten a un estado de ánimo, y de sentimientos y expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, la falta de ilusión, el fatalismo o la desorientación existencial<sup>(21)</sup>.

Gallego-Pérez y García-Alandete (2004) hallaron una relación negativa significativa entre sentido de la vida y desesperanza, de modo que al vacío existencial se asociaba mayor nivel de desesperanza, al contrario que con el logro del sentido de la vida.

En relación a ello cabe destacar que el vacío existencial se asocia a la psicopatología, mientras que el logro de sentido de la vida se asocia con la dedicación personal a una causa, a valores y a metas vitales<sup>(22)</sup>.

### Desesperanza y suicidio

Beck y sus colaboradores afirman que la desesperanza es un constructo que se correlaciona de forma directa y negativa con ideaciones y tendencias suicidas; de tal modo que a mayor grado de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas; y mayor probabilidad de materializar una conducta suicida<sup>(6,19,23,24,25)</sup>.

La relación directa entre desesperanza y riesgo de suicidio es afirmada en numerosos trabajos empíricos:

- Wetzel, Margulies, Davis y Karam señalan que la potencia predictora de la desesperanza en relación con el suicidio es incluso mayor que la de la depresión clínica, la ideación suicida y la conducta suicida previa<sup>(26)</sup>.
- En un estudio realizado con adultos de edades comprendidas entre los 50 y los 88 años de edad, Hirsch, Duberstein y Conner hallaron que la orientación al futuro se relaciona de manera negativa con ideación y tentativa suicidas<sup>(27)</sup>.

- Según Beck, Steer, Beck y Newman; y Beck, Steer y Brown; la desesperanza es más importante que la depresión misma a la hora de explicar ideaciones suicidas<sup>(28,29)</sup>.

Pero no solamente la desesperanza es diagnóstica de ideación, intención y suicidios consumados, también tiene un carácter predictivo. Por ejemplo, Kim y otros (2003), encontraron en 200 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron, la desesperanza fue el único predictor del suicidio<sup>(30)</sup>.

Además el riesgo de suicidio se incrementa notablemente cuando se experimenta el vacío existencial, comentado anteriormente en relación con la desesperanza<sup>(6,19)</sup>. La desesperanza por vacío existencial puede comportar un riesgo suicida mayor en sujetos cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero el sujeto si experimenta el logro mismo de sentido (Frankl, 1997, 2001). Este autor relata los datos de un estudio realizado por la Idaho State University, según los cuales, el 85% de un grupo formado por 60 universitarios que habían intentado suicidarse, informaron que la causa principal era la falta de sentido de la vida; por otra parte, el 93% de estos estudiantes que experimentaban vacío existencial gozaban de una excelente salud física, social, académica y familiar<sup>(6)</sup>.

### **Desesperanza y depresión**

Asimismo, existe una relación entre desesperanza y depresión. El Modelo cognitivo de depresión de Beck (1967) se fundamenta en el concepto de vulnerabilidad cognitiva, y parte de la preexistencia de una serie de creencias ineficaces (necesidad de logro, de aprobación, etc.) que favorecen la aparición de procesos depresivos. Igualmente sostiene la existencia de una triada cognitiva en la que se basa la depresión; que consiste en (1) una visión negativa de sí mismo, (2) una visión negativa del funcionamiento presente y (3) una visión negativa del futuro. Éste último aspecto se refiere a la desesperanza<sup>(31,32,33,34)</sup>.

Igualmente la obra de Bibring señala que tanto la impotencia como la desesperanza para la realización de un deseo significativo son el núcleo común de todo estado depresivo<sup>(4)</sup>.

Los reportes de las investigaciones son abrumadores y las evidencias innumerables con respecto a la relación de la desesperanza con la depresión<sup>(25,31,32,33,34,35)</sup>.

- Las evidencias indican que la desesperanza es el factor de mayor peso en el incremento de la tristeza (Reff y otros, 2005), la producción de las depresiones (Drake y otros, 1986) y la melancolía<sup>(36,37)</sup>.
- Beck afirmó que "la desesperanza es el corazón de la depresión" (1967)<sup>(17)</sup>.

- Kashani y otros (1992), en una síntesis de numerosos estudios, relacionaron la desesperanza con la depresión y afirmaron la importancia de la prevención de la desesperanza para evitar las depresiones<sup>(17)</sup>.

Es importante destacar que algunos estudios han corroborado que la desesperanza es aún más grave que la depresión. Srikumar y colaboradores (2000) han estudiado el rol de ambos cuadros en personas de tercera edad gravemente enfermos (con cáncer, alzheimer, neumonía o diabetes), que requerían aplicarles tratamientos para salvarles la vida. A esos fines se les pidió el consentimiento para hacer intervenciones vitales, mas el 29,3% se rehusó a recibir esos tratamientos. Al evaluar tales pacientes se encontró que no era la depresión lo más prevalente, sino la desesperanza. Fueron los altos niveles de desesperanza lo que se encontró estadísticamente significativo en el rechazo a los procedimientos médicos para salvarles la vida, más allá de la edad, características raciales, tipo de enfermedad y evolución de la misma. Por su parte, la depresión no tuvo una incidencia significativa<sup>(38)</sup>.

### **Desesperanza prestada**

Beichmar habla acerca de “desesperanza prestada”, pues rescatando el concepto freudiano de culpa prestada, señala que existe una relación filio-parental, ya que los sujetos desarrollan este fenómeno psicológico por identificación con los padres que así se sienten. Ocurriendo lo mismo con la impotencia, el otro fenómeno estudiado en el trabajo<sup>(4)</sup>.

### **Desesperanza y agresividad**

Beichmar con su trabajo, permite entender cómo y por qué las diferentes formas de agresividad son capaces de generar sentimientos de desesperanza y de impotencia para la realización de un deseo.

Todo ataque o descalificación a los objetos de la actividad narcisista deja un vacío en el sujeto para la puesta en actividad de las funciones que, dependiendo de ese objeto, contribuyen a sostener no sólo la autoestima sino, también, diferentes niveles de organización del psiquismo. Pero la agresividad puede recaer sobre el objeto real y no sobre su representación, en ese caso se acaban destruyendo relaciones familiares, sociales y laborales, así como oportunidades en la vida real; todo ello desembocando en situaciones de deterioro que dificultan que se puedan llevar a cabo deseos que son centrales para la persona; generando así desesperanza o impotencia.

En otros casos la agresividad se dirige contra la propia persona, en una actitud de permanente odio contra sí mismo. Lo cual provoca que ante la menor frustración, el sujeto se castigue, dando como resultado final la inhibición del yo, que coarta la posibilidad de realización de sus deseos<sup>(4)</sup>.

### **Desesperanza y autoestima**

La desesperanza también es una manifestación de la baja autoestima. Ésta es una situación en la que la persona manifiesta una evaluación negativa de sí misma o de sus capacidades. El sujeto expresa que es incapaz de afrontar una situación que le sobrepasa o de probar nuevas estrategias; lo que deriva en que se sienta desesperanzada e inútil<sup>(1)</sup>.

Igualmente la desesperanza aprendida conlleva una baja autoestima. Esta desesperanza aprendida consiste en la incapacidad del sujeto de responder de forma adaptativa a una situación o iniciar respuestas voluntarias para ejercer el control sobre los acontecimientos. Ello lleva al paciente a perder la confianza en sí mismo y al debilitamiento progresivo de su autoestima; lo que a su vez puede influenciar su percepción de autoeficacia; reforzando así la desesperanza<sup>(39)</sup>.

### **Desesperanza y burnout**

En relación con la profesión enfermera, tanto el burnout (“quemarse por el trabajo”), como el uso de determinados mecanismos negativos de defensa en el ejercicio de la profesión, se han identificado como causantes de sentimientos de desesperanza en enfermeros/as.

El personal sanitario cuenta en el ejercicio de su profesión con una gran responsabilidad y una serie de obligaciones, oportunidades, recompensas y retos en su desempeño; lo que provoca que ante un inadecuado ambiente laboral aparezca frustración y desesperanza, especialmente cuando consideran que dan más de lo que reciben; y todo ello provocando un agotamiento emocional si no cuentan con recursos de afrontamiento adecuados<sup>(40)</sup>.

## **PRINCIPALES TEORÍAS DE LA DESESPERANZA**

### **Modelo experimental de la indefensión aprendida de Seligman, 1975**

Seligman habla acerca de “desesperanza o indefensión aprendida”. Ésta es un estado psicológico que resulta frecuentemente cuando los eventos son incontrolables. Un evento es incontrolable cuando el resultado final que obtiene la persona en su medio no está relacionado con lo que ella haga. Ello genera que la persona aprenda a desarrollar expectativas de que haga lo que haga no va a lograr el resultado que desea, y por ello decide no actuar<sup>(41)</sup>.

En el modelo de desesperanza aprendida, los animales (como ratas, ratones y perros) son sometidos a situaciones de estrés inescapable durante una primera sesión, de tal forma que aprenden que esa situación de apremio carece de solución y desarrollan al poco tiempo un síndrome caracterizado por quietud y abatimiento. De

esta forma, cuando son colocados nuevamente ante la situación de apremio, se encuentran déficits en el patrón de escape<sup>(24)</sup>.

Uno de los aspectos que Seligman defiende en sus investigaciones es como la desesperanza afecta a la capacidad de aprender; pues “la desesperanza aprendida produce un esquema cognitivo según el cual la persona cree que el éxito y el trabajo son independientes de sus acciones; y por lo tanto tiene dificultad para aprender que las respuestas funcionan”<sup>(39)</sup>.

El autor defiende también que repetidos fracasos en el pasado de un sujeto le condicionan a esperar más fracasos en el futuro, por lo cual se pierde cualquier motivación y se desarrolla la desesperanza<sup>(41)</sup>.

### **Teoría de la desesperanza de Abramson, Seligman y Teasdale, 1978**

Dichos autores reformularon la Teoría de Seligman, poniendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace de la causa de su indefensión. Para estos investigadores, tales atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: personalización, distingue si la causa del suceso radica en la persona o en un factor externo (interna-externa); duración, es el grado en que la causa es estable en el tiempo y tiende a repetirse (estable-inestable) y amplitud, examina si la causa afecta o no a otras áreas de la vida (global-específica)<sup>(42)</sup>.

La persona optimista tiende a explicar los eventos negativos mediante atribuciones externas, inestables y específicas; mientras que la pesimista realiza atribuciones internas, permanentes o estables y globales. Por ejemplo, si un sujeto acude a una entrevista de empleo, no lo obtiene y atribuye el fracaso a su baja capacidad; se trataría de una atribución interna, estable y global. Si por el contrario lo atribuye a que ese tipo de trabajo no era el adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable<sup>(11)</sup>.

Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y el desarrollo de la indefensión y la depresión (Rincón y González, 1998)<sup>(39)</sup>.

### **Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy, 1989**

Esta teoría se fundamenta en el concepto de vulnerabilidad cognitiva al estrés, ya que estima que hay sujetos que presentan dicho factor de vulnerabilidad cognitiva, consistente en ciertos estilos cognitivos que, permaneciendo en estado latente, se activarán con experiencias infortunadas o estresantes. Ello lleva al individuo a sentir que no tiene control de su vida, que éste proviene del exterior y es generalizable a todas las circunstancias de su vida<sup>(43)</sup>.

Los estilos cognitivos, que según esta teoría, conforman dicha vulnerabilidad son: un estilo atribucional depresivo (tendencia a realizar atribuciones globales y estables

sobre los acontecimientos vitales negativos), la tendencia a deducir consecuencias negativas de dichos acontecimientos y la tendencia a inferir características negativas personales a los mismos<sup>(11)</sup>. Esta forma de atribuir los acontecimientos vitales negativos a causas incontrolables contribuye a generar un estado de desesperanza.

La persona desesperanzada espera que le sucedan cosas malas en áreas importantes de su vida (pesimismo) y cree que los acontecimientos buenos no sucederán; además de que no cree que algo pueda cambiar la situación<sup>(43)</sup>.

### **Teoría neuroquímica de la desesperanza**

No existen estudios concluyentes sobre la relación entre desesperanza y neuroquímica; pero se ha reportado que la serotonina desempeña un papel central en la neuroquímica del modelo animal de depresión de desesperanza aprendida<sup>(24,44,45)</sup>.

En estas investigaciones se ha señalado una correlación negativa entre la unión a receptores 5HT<sub>2a</sub> y altos niveles de desesperanza. También se han observado elevación de los niveles de noradrenalina cuando los animales de la investigación desarrollan desesperanza<sup>(44,45)</sup>.

Carballo y col señalan que las bajas concentraciones de serotonina cerebral se relacionan con aumento de la impulsividad y mayores niveles de desesperanza<sup>(44)</sup>.

Asimismo, la actividad neuronal del septum lateral disminuye cuando las ratas de la investigación son sometidas a procesos inductores de desesperanza<sup>(24)</sup>.

### **ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la "Escala de desesperanza de Beck" (BHS, Beck, Weissman, Lester & Trexler; 1974); ciñéndose al modelo propuesto por Stotland (1969), quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas hacia el futuro<sup>(32)</sup>.

Beck y sus colaboradores construyen un instrumento a partir de enunciados pesimistas sobre el futuro que fueron seleccionados de las descripciones realizadas por pacientes psiquiátricos sobre pensamientos desesperados. Este instrumento se administró a una muestra al azar de pacientes depresivos y no depresivos, una prueba piloto con esta escala que denominaron "Escala de expectativas generales" (GES, Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973). En 1974 se introdujeron pequeños cambios a alguna de las proposiciones de la GES y se presentó así de forma definitiva la actual versión de la Escala de desesperanza BHS<sup>(33)</sup>.

La Escala de la desesperanza es autoadministrada y está formada por veinte proposiciones definibles por verdadero o falso que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo. (Tabla 1)<sup>(25,33)</sup>.

|  | V/F |
|--|-----|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.  |     |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.       |     |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.       |     |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.  |     |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.                  |     |
| 6. En el futuro espero conseguir lo que me pueda interesar.                                      |     |
| 7. Mi futuro me parece oscuro.   |     |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.     |     |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro. |     |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.                               |     |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.                   |     |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo.  |     |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.                  |     |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera.   |     |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro.   |     |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.                     |     |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.                       |     |
| 18. El futuro me parece vago e incierto.   |     |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas.   |     |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.  |     |

**Tabla 1. Escala de Desesperanza de Beck (BHS).**

La evaluación se realiza con una clave de corrección (Tabla 2) que permite sumar los puntos de coincidencia con el protocolo, que reciben un punto. Las respuestas que no son contestadas o son contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje cero y la sumatoria de los puntos brutos oscila de 0 a 20; correspondiéndose la máxima puntuación a una desesperanza severa. (Tabla 3)<sup>(25,33)</sup>.

|              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Nº preguntas | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| V/F          | F  | V  | F  | V  | F  | F  | V  | F  | V  | F  |
| Nº preguntas | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| V/F          | V  | V  | F  | V  | F  | V  | V  | V  | F  | V  |

**Tabla 2. Clave de corrección de la Escala de Desesperanza de Beck.** <sup>(25, 33)</sup>

| Puntos   | Desesperanza |
|----------|--------------|
| 0 a 3    | Mínima       |
| 4 a 8    | Leve         |
| 9 a 14   | Moderada     |
| 14 o más | Severa       |

**Tabla 3. Puntuación total Escala de Desesperanza de Beck** <sup>(25,33)</sup>.

El objetivo de tal instrumento es evaluar las expectativas que los sujetos tienen de que ocurran acontecimientos negativos, como también la imposibilidad percibida por los mismos de realizar acciones para evitar que estos acontecimientos sucedan <sup>(32, 33,46)</sup>.

Esta escala representa una de las técnicas de evaluación más utilizadas en el ámbito de la psicología clínica, dado que es de simple administración y de rápida evaluación; y en tanto que posibilita una primera aproximación a la manera en que el sujeto percibe su realidad inmediata, permitiendo estimar las actitudes negativas hacia el futuro de la población.

Además, no solamente ha demostrado ser útil para evaluar las expectativas negativas hacia el futuro, sino también para la detección de la desesperanza en población general “normal” y como técnica de screening de riesgo suicida y depresión <sup>(33,46)</sup>.

En cuanto a dichas propiedades psicométricas de este instrumento, aunque la BHS no fue construida para detectar la desesperanza en individuos sin patologías existen diversos estudios que han aportado evidencias acerca de la validez de la misma tanto cuando se aplica en población general (sin manifestaciones clínicas ni patologías mentales), como cuando es utilizada con pacientes psiquiátricos <sup>(32,46)</sup>. Quintanilla y colaboradores (2003) compararon un grupo de 78 pacientes con tentativa suicida con 89 individuos de la población general sin ideación o tentativa suicida; con respecto a su puntuación en la Escala de Beck, y encontraron que el 78% de los primeros tenían algún nivel de desesperanza frente a un 38% de los pacientes psiquiátricos <sup>(47)</sup>.

En cuanto a la relación del riesgo suicida y la escala, en un estudio de seguimiento de 10 años realizado con pacientes hospitalizados con ideación suicida, Beck y sus colaboradores (1985) identificaron a un 91% de las personas que se suicidaron con base a los resultados obtenidos en la Escala de la desesperanza.<sup>(5)</sup> Mondragón y colaboradores por su parte, encontraron que la ideación suicida se incrementaba conforme aumentaba la puntuación en la escala estudiada; al evaluar 1094 pacientes a nivel de hospitalización, urgencias y consulta externa<sup>(48)</sup>. Y en un estudio realizado con adolescentes; Esposito, Spirito, Boergers y Donaldson (2003) encontraron que aquellos que tenían en su haber múltiples intentos de suicidio mostraban puntuaciones superiores en desesperanza que los que lo habían intentado en una sola ocasión<sup>(49)</sup>.

La BHS ha sido aplicada a adolescentes de hasta 13 años, aunque se recomienda su uso para mayores de 17 años, para los cuales tiene sus propiedades psicométricas evaluadas<sup>(32,33)</sup>.

## TRATAMIENTO DE LA DESESPERANZA

Seligman (1975), quien desarrolló la anteriormente explicada teoría de la desesperanza aprendida, posteriormente revirtió el objeto de estudio; de modo que si la desesperanza era susceptible de ser aprendida, también lo sería el optimismo, por ello se interesó por el estudio de las variables que regulan el mismo<sup>(50)</sup>.

Desde 1998, y a través de la iniciativa de Seligman, puede considerarse que surgió una nueva subdisciplina que es conocida con el término de psicología positiva, imprescindible para ayudar a personas con desesperanza. Una definición de psicología positiva es la ofrecida por Sheldon y King (2001), “el estudio científico de las fuerzas y virtudes humanas naturales, una disciplina que se pregunta cuál es la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano, centrando la atención en los potenciales, motivos y capacidades de éste”. Por su parte Carr (2007) se refiere a que “esta nueva rama se ocupa principalmente del estudio científico de las fuerzas y de la felicidad del ser humano”<sup>(50)</sup>.

Esta psicología positiva, en los últimos años, se ha ocupado de forma creciente del bienestar psíquico bajo el epígrafe de “la satisfacción en la vida” o “la vida en sentido positivo”, elaborando una disciplina de salud interior y de experiencias positivas (Seligman 2000). Esta psicología se ocupa de estudiar las destrezas y capacidades que garantizan el sentimiento de autovaloración, la búsqueda de satisfacción en la vida y la superación y afrontamiento de situaciones de crisis. Se ha avanzado hacia una disciplina centrada en las fortalezas humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor<sup>(50,51)</sup>. Asimismo, pretende fomentar estas cualidades para que actúen como factores protectores de los trastornos psicológicos;

entre ellos la desesperanza; y de la salud en general, mejorando además la eficacia de las técnicas psicológicas utilizadas tradicionalmente<sup>(52)</sup>.

Uno de los variables más importantes que trata esta disciplina es el optimismo<sup>(50,52)</sup>. Los beneficios de éste son numerosos, pues se asocia a índices más bajos de enfermedad, de depresión y de suicidio (y por tanto de desesperanza), y a niveles más elevados de rendimiento académico y deportivo, adaptación profesional y calidad de vida familiar (Gillham, 2000; Seligman, 1998; Seligman, Reivich, Jaycox, y Gillham, 2005)<sup>(52)</sup>. Por tanto, un nivel elevado de optimismo puede actuar como potenciador del bienestar en la población (Seligman, 2003)<sup>(50)</sup>.

Se ha comprobado (Scheier y Carver, 1985) como las personas optimistas poseen una predisposición generalizada para generar expectativas de resultados positivos, de forma que esperan que las cosas salgan bien aunque pasen por momentos difíciles. A diferencia de las personas desesperanzadas, que esperan resultados negativos<sup>(52)</sup>. También Sanjuán y Magallares (2006) argumentan (basándose en Teoría de la desesperanza de Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) como las personas con tendencia a explicar los acontecimientos positivos mediante atribuciones internas, permanentes y globales (sujetos optimistas) emplean estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas; relacionándose negativamente con el desarrollo de sintomatología depresiva<sup>(52)</sup>

También Beck, con el mismo objetivo que la psicología positiva; propone una acción terapéutica basada en una reestructuración cognitiva; orientada a modificar las cogniciones negativas que posee el desesperanzado sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Modificadas las cogniciones se produciría una modificación directa en el estado de ánimo<sup>(53)</sup>.

\*\*Pero no sólo el psicólogo puede realizar esta tarea; el profesional médico o de enfermería puede ayudar a reformular la esperanza de un sujeto. Generando “pasiones alegres”, educando, dando aliento y aumentando el poder del paciente sobre su enfermedad o la situación negativa que vive; le están permitiendo encontrar a la persona una serie de posibilidades para percibir de manera distinta y positiva la realidad<sup>(54)</sup>.

## **DIAGNÓSTICO ENFERMERO: DESESPERANZA**

### **Clasificación del diagnóstico**

El término “diagnóstico enfermero” se comenzó a utilizar en los años 50 en Estados Unidos y en 1960 pasó a ser un componente más del proceso de enfermería. La expresión diagnóstico, en enfermería, surge con el advenimiento de la enfermería moderna; cuando Florence Nightingale diagnosticó problemas de salud en los soldados de la guerra de Crimea.

Un diagnóstico enfermero es una respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud real o potencialmente alterado) de un individuo o grupo que el personal de enfermería puede identificar y que proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería destinadas a conseguir los resultados de los que es responsable el enfermero/a; siempre con el objetivo de mantener o mejorar el estado de salud, reducir o prevenir las alteraciones<sup>(55)</sup>.

Para la valoración del diagnóstico, podemos emplear el encuadre de Henderson y de Gordon. Henderson establece que cada individuo es una totalidad compleja, un ser biopsicosocial que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Cuando alguna de estas necesidades no se satisface el individuo no está completo en su integridad ni es independiente. Considera además a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, ubicando estos cuidados en 14 necesidades básicas del paciente<sup>(56,57)</sup>. En la desesperanza hay una alteración de la necesidad número 11, de religión y creencias<sup>(58)</sup>. Marjory Gordon incluye el diagnóstico en el patrón 7, Autopercepción-autoconcepto; el cual incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, la percepción de sus habilidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen corporal, identidad, sentido general de su valía y patrón emocional general. También se recogen en este patrón la postura y el movimiento corporal, el contacto ocular, la voz y el patrón del habla<sup>(59)</sup>.

En cuanto a la clasificación del diagnóstico; la NANDA incluye la Desesperanza (00124) en el año 1986 y en el dominio 6 Autopercepción, clase 1 Autoconcepto<sup>(1)</sup>. Un individuo, como cualquier otro organismo, para responder a las variaciones o exigencias del medio necesita conocer cuales son sus posibilidades de actuación y cual es su verdadera realidad. Una autopercepción incorrecta, como en el caso de un sujeto desesperanzado, induciría a respuestas conductuales erróneas<sup>(60)</sup>.

MT Luis Rodrigo aconseja utilizar esta etiqueta cuando la percepción de la persona no sea realista y haya alternativas u opciones posibles que ésta no percibe. Por otra parte, desaconseja emplearla en situaciones terminales o irreparables cuando, realmente, no haya ninguna otra elección o alternativa posible, en cuyo caso recomienda centrar los cuidados de enfermería en fomentar la aceptación de la situación<sup>(61)</sup>.

Sin embargo; tras realizar la investigación del trabajo considero que el diagnóstico desesperanza debe valorarse y aparecer también en esas situaciones terminales o irreparables que Luis Rodrigo desaconseja. Podemos señalar como la desesperanza es uno de los fenómenos psíquicos más frecuentes en una persona con una enfermedad terminal<sup>(62)</sup> y base del síndrome de desmoralización del enfermo en la fase final de la vida. El hecho de no distinguir ni valorar el síndrome de desmoralización y la desesperanza, puede llevar a que el grupo de pacientes que sufren un sentimiento de pérdida de sentido o de esperanza, no sea detectado ni tratado, pudiendo desembocar en una depresión. Además también puede ocurrir que

debido a esta desesperanza no diagnosticada elijan una mayor aceleración de la muerte<sup>(63)</sup>.

También la desesperanza aparece en otras situaciones irreparables como el duelo o la discapacidad física (referidos posteriormente).

Por todo ello considero necesario que el personal sanitario, también en este tipo de situaciones, diagnostique la desesperanza con el objeto de que se haga el tratamiento necesario, que; aunque no será igual al de una persona con causa corregible, o aunque sólo pueda centrarse en el fomento de la aceptación de la situación; es totalmente imprescindible para mejorar la calidad de vida o el bienestar de nuestro paciente.

### **Factores relacionados**

La desesperanza, según la NANDA, se relaciona con:

- Abandono

El abandono más característico se produce en ancianos y es entendido como una forma de maltrato. Se define como el desamparo de un anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados o bien por la persona a cargo de su custodia. Pero hay otra forma de abandono, el que se conoce como abandono subjetivo. Éste es la percepción que el anciano tiene de su situación social, que si bien físicamente puede estar rodeado de personas; su percepción de la realidad es de soledad y abandono<sup>(64,65)</sup>.

Cuando el anciano se siente abandonado a su destino, sin nadie cerca en quien apoyarse, surgen sentimientos negativos y de indefensión, y por tanto de desesperanza<sup>(66)</sup>.

La evasión suprema es el abandono del ser terrenal o suicidio; y es ello lo que queremos prevenir con el diagnóstico precoz de la desesperanza<sup>(6)</sup>.

- Deterioro del estado fisiológico

Una enfermedad crónica o crítica, ya sea física o mental, así como una enfermedad terminal se acompañan de sufrimiento físico, mental y espiritual; donde es significativa la desesperanza<sup>(39,67)</sup>.

Una percepción inadecuada de la enfermedad por parte del paciente puede generar sentimientos de indefensión, sentir que a pesar de los esfuerzos realizados para adaptarse a la nueva situación, no va a funcionar<sup>(39)</sup>.

Bandura (1987) demuestra que en pacientes con enfermedades crónicas con la creencia de que pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad se adaptan mejor a la misma que aquellos en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad, y por tanto de desesperanza<sup>(39)</sup>.

La desesperanza aprendida dificulta a la persona aprender que su respuesta ha sido eficaz (en el caso en que lo sea); lo que conlleva un obstáculo para la adaptación a la enfermedad. El paciente ha aprendido que se encuentra indefenso, lo que disminuye su motivación para actuar, bloquea su capacidad cognitiva para percibir sucesos e incrementa su emotividad<sup>(39)</sup>.

Igualmente, si el paciente no ve mejorías en su condición de salud, ello le hace percibir una falta de control en la situación y resignarse, reafirmando de esta forma que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación<sup>(39)</sup>.

En los pacientes que reciben cuidados paliativos de su enfermedad, Kissane ha descrito la aparición de lo que denomina “síndrome de desmoralización”, el cual se caracteriza por la desesperanza, la pérdida de sentido de la vida, actitudes pesimistas e indefensión entre otros<sup>(63)</sup>.

En un estudio en pacientes oncológicos, se señala que cuanto mayor es la dimensión de personalidad de evitación del daño del paciente (miedo, pesimismo, ansiedad, etc.) menor es el espíritu de lucha y mayor la desesperanza y el fatalismo<sup>(45)</sup> Otro estudio narra la aparición de desesperanza en pacientes con cáncer en una proporción del 60%, únicamente por detrás del temor<sup>(68)</sup>.

Keefe y Smith (2002) señalan que el incremento de la severidad de los síntomas de la artritis reumatoide, aumentan la ansiedad, depresión y desesperanza del paciente<sup>(55,69)</sup>. En los resultados de un estudio con 79 pacientes con artritis reumatoide en tratamiento en una clínica, se proyecta que la autoeficacia percibida por el paciente está asociada de forma negativa y significativa con la desesperanza. La desesperanza, por su parte, correlacionó de forma positiva con incapacidad funcional; y ésta con el dolor y la rigidez. Por tanto, la desesperanza se asocia en esta enfermedad a una baja calidad de vida y es un factor predictor de la mortalidad (Nicassio et al., 1993; Callahan et al., 1996; citados por Vinaccia, Ramírez y Toro, 2001)<sup>(39)</sup>.

También, Seligman (1975) encontró que cuando el dolor en un proceso fisiológico se hace muy severo y prolongado para el paciente, sus niveles de desesperanza aumentan debido a que siente que por más que se esfuerza no va a lograr que el dolor disminuya (percepción de carencia del control del dolor experimentado); y es así cuando se adoptan conductas de pasividad; siendo uno de los síntomas de la desesperanza aprendida<sup>(39)</sup>.

- Pérdida de la fe en un poder espiritual y/o pérdida de la fe en los valores trascendentales

La desesperanza es el resultado del agotamiento y la pérdida de la fe en la posibilidad de cambio en la situación que la persona vive; ya sea por motivos económicos, políticos, espirituales, etc.<sup>(70)</sup>.

Nietzsche advierte los síntomas de una época que ha caído en la decadencia, desilusión y pesimismo; producto de la pérdida de la creencia en valores por parte de las personas. El mundo se muestra por tanto desnudo, falto de valor; lo que provoca en el hombre un sentimiento de abandono y desesperanza<sup>(16)</sup>.

Por tanto, la concepción que las personas tienen acerca de lo sagrado/espiritual puede influir tanto en su bienestar físico como psíquico. Además, en el caso de los adultos mayores, también sus concepciones acerca de lo que hay más allá de la muerte o las respuestas que se hayan dado a la pregunta de por qué y para qué de la vida, pueden resultar determinantes en su proceso de adaptación al envejecimiento, y en la evaluación que hacen de su vida<sup>(71)</sup>.

Hay estudios que documentan beneficios importantes de la vida espiritual en la salud y bienestar de la persona. Se ha demostrado que la creencia en el más allá disminuye la angustia y la desesperanza de las personas<sup>(72)</sup>.

Sin embargo hay otros autores, como Vaillant (2002) quien señala que las personas más profundamente comprometidas con creencias religiosas y espirituales tienen 4 veces más posibilidades que los no religiosos o espirituales de experimentar depresión alguna vez<sup>(71)</sup>.

- Estrés de larga duración

La relación entre estrés y desesperanza está definida en la teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989), a través del concepto de vulnerabilidad cognitiva al estrés.

Seligman propuso que al igual que en el ser humano, en los animales la exposición a estímulos aversivos de los cuales se carece de control, ocasiona una pérdida de motivación para dar una respuesta adecuada, déficit cognoscitivos y un abatimiento tanto motor como emocional. Por tanto, la exposición al estrés de forma prolongada genera desesperanza (entendiéndola como la pérdida de control ante los acontecimientos)<sup>(24)</sup>.

- Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento

En los últimos años ha aumentado la incidencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. La discapacidad física, que conlleva restricción de la actividad,

desencadena sentimientos de resignación, minusvalía y desesperanza; especialmente en adultos mayores, y no sólo en el afectado, también en su familia<sup>(73)</sup>.

Además en otros artículos<sup>(74)</sup> también se señala su relación con:

- Aislamiento social

En la desmoralización, es decir, la inhabilidad para afrontar situaciones, la desesperanza está precedida de aislamiento, conflicto y descuido<sup>(24)</sup>.

El aislamiento social está relacionado con la soledad, que puede ser definida como una experiencia subjetiva de éste y que aparece cuando el número de relaciones es menor al deseable y cuando no se logra un nivel individual de intimidad. La soledad a su vez se correlaciona con la desesperanza; asociándose ambas a conductas suicidas, especialmente en adolescentes, y conflictos familiares<sup>(75)</sup>.

En las instituciones penitenciarias, que suponen una alteración de la salud física y mental de los individuos; se relacionan con una alta tasa de suicidios; por aislamiento y desesperanza entre otros<sup>(23)</sup>.

- Hospitalización

No hay estudios que demuestren que la hospitalización esté en relación directa con la desesperanza, pero podemos señalar que Katon (2003) encontró que mientras que la prevalencia de depresión en la población general era de 3-5%, ésta se incrementaba a 10-14% en personas hospitalizadas. Por su parte Cassem (1995) anota que en algunos grupos de población esta cifra puede incrementarse a un 50%<sup>(76)</sup> Aunque los datos estén referidos a la depresión; no debemos olvidar que la desesperanza está incluida en la definición de depresión, puesto que es uno de sus síntomas y normalmente ambos fenómenos coexisten.

Además de padecerlo la persona hospitalizada, hay un estudio que señala como los padres de niños hospitalizados experimentan la desesperanza en tres factores; falta de control de la situación, futuro incierto y pensamientos pesimistas y fatalistas<sup>(35)</sup>.

Pero no solo la hospitalización puede generar sentimientos de desesperanza; puesto que el conocido como síndrome de estrés por traslado; diagnóstico de enfermería, (definido por la NANDA como el conjunto de alteraciones fisiológicas y psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro); se caracteriza por sentimientos de desesperanza e impotencia entre otros<sup>(77)</sup>.

- Pérdidas o separaciones significativas (duelo)

El duelo en la antigüedad únicamente era concebido como una respuesta a la muerte; pero desde Freud se ha ampliado hacia la pérdida de un objeto de afecto, sea físico o no. Bowlby relaciona el duelo con los vínculos afectivos en su "Teoría del apego", en la cual se describen 4 fases del duelo; siendo la tercera fase la de "desorganización y desesperanza". Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad; la persona acepta finalmente la pérdida y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía<sup>(78,79,80,81)</sup>.

"Hay una pérdida de objeto más trágica que las demás: la pérdida de uno mismo como objeto de estima, de amor, como objeto libidinal" (Jean Pierre Klein); luego duelo se puede asociar también a baja autoestima, y tal como se ha descrito anteriormente ésta se relaciona con la desesperanza<sup>(81)</sup>.

También podemos destacar el duelo migratorio o "síndrome de Ulises", descrito por Achotegui (2004), y que es un cuadro de estrés parcial y recurrente caracterizado porque el inmigrante padece una serie de estresores o duelos y una serie de síntomas psiquiátricos relacionados con la soledad y separación de los seres queridos, con el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades<sup>(82)</sup>.

\*\*En cuanto a estos factores relacionados del diagnóstico; MT Luis Rodrigo señala que las situaciones que pueden ser tratadas independientemente por los profesionales de enfermería son el aislamiento debido a restricción de la actividad de larga duración y el estrés prolongado. Mientras que el declive fisiológico, abandono y la pérdida de fe en los valores trascendentales o en Dios se corresponden con situaciones que reflejan un problema de competencia de otro profesional, un problema de colaboración o no son modificables<sup>(61)</sup>.

### **Características definitorias**

Se corresponden con todas las claves que se dan como manifestaciones del diagnóstico por la NANDA<sup>(1)</sup>; y que, según MT Luis Rodrigo, todas ellas pueden ser abordadas y tratadas por la enfermera/o en su práctica profesional<sup>(61)</sup>.

- Cerrar los ojos.
- Disminución de las emociones.
- Disminución del apetito.
- Disminución de la respuesta a estímulos.
- Disminución de la verbalización.
- Falta de iniciativa.
- Falta de implicación en los cuidados.
- Pasividad.

- Encogerse de hombros en respuesta a la persona que habla.
- Trastorno del patrón del sueño.
- Volverse hacia el lado contrario de la persona que habla.
- Claves verbales (ej. contenido pesimista, “no puedo”, suspiros).

### **Criterios de resultado**

Una vez encuadrado el diagnóstico, y desarrollado sus factores de riesgo y características definitorias es necesario definir los resultados o metas que la enfermería quiere conseguir con el paciente. Los criterios de resultado de enfermería del diagnóstico desesperanza (NOC) son siete: Autocontrol de la depresión, calidad de vida, deseo de vivir, energía psicomotora, equilibrio emocional, esperanza y nivel de depresión<sup>(83)</sup>; mas ahora se procede a desarrollar aquellos criterios de resultado y sus indicadores que se adecuan mejor a nuestro criterio<sup>(84)</sup>.

- Deseo de vivir (1206). Deseo, determinación y esfuerzo por sobrevivir.

Indicadores:

120601- Expresión de determinación de vivir.

120602- Expresión de esperanza.

120603- Expresión de optimismo.

120604- Expresión de sensación de control.

120605- Expresión de sentimientos.

120609- Utiliza estrategias para mejorar la salud.

La puntuación global de estos indicadores se valora atendiendo a: 1 (Gravemente comprometido), 2 (sustancialmente comprometido), 3 (moderadamente comprometido), 4 (levemente comprometido) y 5 (no comprometido).

Indicadores:

120614- Depresión.

120615- Pensamientos suicidas.

120616- Pensamientos pesimistas.

La puntuación global de estos indicadores se valora atendiendo a: 1 (Grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve) y 5 (ninguno).

- Esperanza (1201). Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.

Indicadores:

120101- Expresión de una orientación futura positiva.

120102- Expresión de confianza.

120107- Expresión de creencia en sí mismo.

120108- Expresión de creencia en los demás.

120110- Expresión de sensación de autocontrol.

La puntuación global del indicador se valora atendiendo a: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado) y 5 (siempre demostrado).

- Nivel de depresión (1208). Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.

Indicadores:

120801- Estado de ánimo deprimido.

120802- Pérdida de interés por las actividades.

120809- Insomnio.

120832- Disminución del apetito.

120825- Escaso cuidado personal.

La puntuación global del indicador se valora atendiendo a: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve) y 5 (ninguno).

- Calidad de vida (2000). Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida.

Indicadores:

200001- Satisfacción con el estado de salud.

200008- Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida.

200009- Satisfacción con la capacidad de superación.

200010- Satisfacción con el concepto de sí mismo.

La puntuación global del indicador se valora atendiendo a: 1 (no del todo satisfecho), 2 (algo satisfecho), 3 (moderadamente satisfecho), 4 (muy satisfecho) y 5 (completamente satisfecho).

- Energía psicomotora (0006). Vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal.

Indicadores:

000606- Muestra interés por lo que le rodea.

000608- Muestra un nivel de energía estable.

000609- Muestra capacidad para realizar las tareas diarias.

La puntuación global del indicador se valora atendiendo a: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado) y 5 (siempre demostrado).

## Intervenciones de enfermería

Una vez descritos los criterios de resultado a conseguir con un paciente diagnosticado de desesperanza; es necesario desarrollar las herramientas que los profesionales de enfermería utilizan para conseguir sus objetivos, las intervenciones de enfermería (NIC).

Hay una gran variedad de intervenciones, pero vamos a delimitar las principales<sup>(85)</sup>; para luego desarrollar, a través del compendio de éstas y sus actividades, el cuidado general que debe realizar el personal enfermero en su práctica asistencial ante un paciente con desesperanza.

- Intervenciones de Enfermería:
  - ✓ Clarificación de valores (5480).
  - ✓ Dar esperanza (5310).
  - ✓ Aumentar el afrontamiento (5230).
  - ✓ Asesoramiento (5240).
  - ✓ Control del humor (5330).
  - ✓ Facilitar el crecimiento espiritual (5426).
  - ✓ Ayuda en la modificación de sí mismo (4470).
  - ✓ Fomento de la resistencia (8340).
  
- Cuidados de Enfermería:<sup>(61,85)</sup>

El cuidado del profesional de enfermería debe comenzar con la creación de un ambiente terapéutico con el paciente. Es importante desarrollar una relación de confianza y respeto con la persona; empezando por crear un ambiente de intimidad para asegurar confidencialidad y mantener una actitud de escucha empática, sin emitir juicios de valor y fomentando así la libre expresión de emociones.

Se debe demostrar simpatía, calidez y autenticidad en nuestras palabras; utilizando un enfoque sereno y siempre tratando de comprender la perspectiva de paciente sobre la situación que le cause desesperanza; con el objeto de convertirnos en una figura de referencia y apoyo. Todo ello utilizando un lenguaje claro, concreto y sencillo, y evitando los “interrogatorios” o las entrevistas clínicas de una manera formal.

Antes de comenzar con el plan de cuidados es necesario que el personal enfermero valore la situación del paciente, el impacto de ésta en él, su capacidad para tomar decisiones, posibles riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás, así como evaluar el ambiente sociofamiliar y físico del paciente y su grado de apoyo para el cambio.

El plan de cuidados de enfermería consistirá en un conjunto de cuidados desarrollado de tal manera que implique un grado de consecución de metas para el paciente, de más sencillas a más complejas. Estas metas se identificarán siempre de forma personalizada e individualizada, adaptadas a las necesidades del paciente; pues cada uno de ellos sufre la desesperanza por un factor causal distinto y su vivencia de la misma será también diferente.

La base de este plan de cuidados está fundamentada en:

- ✓ Alentar la manifestación de sentimientos.
- ✓ Estimular la formulación de preguntas y responder a ellas con sinceridad, reforzando los aspectos positivos pero evitando las falsas esperanzas.
- ✓ Ayudar al paciente a valorar la situación de forma realista y comprenderla, identificando los aspectos de su vida que han cambiado y los elementos controlables por la persona y los que no lo son.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes.
- ✓ Ayudar al paciente a definir alternativas, con sus ventajas y desventajas.
- ✓ Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades, disponiendo así un ambiente de aceptación personal.
- ✓ Ayudar a la persona a identificar las áreas de esperanza en su vida y potenciarlas.
- ✓ Involucrar a la persona en sus cuidados, determinando cuáles puede realizar y estimulando su independencia; y supliéndola en aquellos que sea incapaz de llevar a cabo.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar estrategias para afrontar sus limitaciones y enseñarle habilidades para tomar decisiones.
- ✓ Promoción de actividades de ocio y distracciones. En caso de que no pueda practicar sus aficiones anteriores buscar conjuntamente alternativas factibles.
- ✓ Fomentar las relaciones sociales.
- ✓ Fomentar la relación con grupos de apoyo de personas con objetivos e intereses comunes.

- ✓ Si hay riesgo de autolesiones, realizar valoración continúa de posibles pensamientos de culpa, pesimistas o ideaciones suicidas; estableciendo las medidas de protección pertinentes y derivando a un especialista de salud mental.
- ✓ Si hay un conflicto de valores o creencias, ayudar a identificar los principios que se contraponen y las posibles alternativas existentes. Favorecer además el contacto con las personas que le puedan ser de ayuda.
- ✓ Valorar la conveniencia de enseñar técnicas de solución de problemas, de mecanismos de defensa positivos, habilidades para realizar los autocuidados y habilidades para suplir las deficiencias o pérdidas físicas o morales.
- ✓ Proporcionar o remitir a psicoterapia por un experto en salud mental.

La Ley General de Sanidad<sup>(86)</sup>, en su artículo número 18, señala la importancia de la educación para la salud como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria; por tanto, es de vital importancia que el profesional de enfermería, en ese caso, desarrolle la educación para la salud en el paciente, siempre considerando su opinión ante el tratamiento, sus valores y tradiciones; sin olvidar el fomento de la responsabilidad individual y comunitaria.

Pero no únicamente es importante para el paciente; pues es imprescindible la implicación de la familia en la intervención educativa. Por un lado, la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, además de ser fuente principal de creencias y comportamientos de salud<sup>(87,88)</sup>. Además, se ha demostrado empíricamente como la familia influye en la salud de sus miembros<sup>(88)</sup>.

Por otro lado, si consideramos a la familia como un sistema, y por tanto, como una unidad en la cual las relaciones e interacciones que se producen influyen en todos los miembros; podemos entender como la afectación en salud de un miembro de la familia influye en los diferentes mecanismos físicos y psicológicos de soporte en la familia, y puede alterar el bienestar de ésta. Luego, es lógico considerar los problemas sanitarios y las necesidades de la familia como un todo y abordarlos en el plan de cuidados<sup>(89)</sup>.

Por todo ello, es necesario potenciar un abordaje amplio, individual y familiar en la atención del profesional sanitario en la desesperanza. Centrándose este abordaje familiar en conseguir el conocimiento de la existencia de desesperanza, fomento de la implicación en los cuidados y habilidades de comunicación con el familiar enfermo.

## DISCUSIÓN

La desesperanza es un fenómeno psicológico muy olvidado y poco estudiado, especialmente en el campo sanitario de la enfermería; y que continuamente es confundida con la impotencia. A pesar de que es recogida como diagnóstico enfermero por la NANDA en el año 1986, es poco valorada y diagnosticada por los enfermeros/as; especialmente motivado por la escasa investigación y la ambigüedad con la que se presenta en el ámbito científico.

Tanto desesperanza como impotencia hacen referencia a un individuo que no percibe alternativas o elecciones (más por percepción personal que fundamentado en la realidad); bien ante una determinada situación actual, en el caso de la impotencia o bien proyectándose también en el futuro, en el caso de la desesperanza. Un paciente con desesperanza cree que nunca le saldrá nada bien, que nunca saldrá exitoso en lo que haga, que no podrá alcanzar sus metas y que sus problemas nunca se resolverán. Mantiene la vivencia de que todo está perdido y fuera de control; generando así lo que se conoce como “desesperanza aprendida”, fenómeno compartido con la impotencia.

Todo ello está motivado por situaciones en las que la realidad resulta apabullante (deterioro físico, duelo, abandono, etc.), haciendo sentir a la persona que nada de lo que haga él u otra persona será suficiente para hacer frente a la realidad, o simplemente provocado por un vacío existencial.

Es de importancia destacar que el que una persona desarrolle desesperanza o impotencia tiene su clave principal en las características, la respuesta y la percepción del sujeto; más que en la propia causa; la cual, en ambos casos, está asociada con situaciones apabullantes; pero hay procesos más característicos de cada diagnóstico, como la depresión y el suicidio en la desesperanza y la falta de autorresponsabilidad del sujeto en la toma de decisiones, en la impotencia.

Ante un paciente pasivo, con falta de implicación en sus cuidados y/o con manifestaciones verbales de contenido pesimista y frustración; el personal de enfermería debe sospechar de uno de los dos diagnósticos. Ante ello, y para la ayuda a la diferenciación de los diagnósticos de impotencia y desesperanza en la práctica clínica diaria de estos profesionales, establecemos las principales diferencias en cuanto a características definitorias del paciente (Tabla 4):

| <b>DESESPERANZA</b>   | <b>IMPOTENCIA</b>  |
|---|--|
| Sujeto que no percibe alternativas de su situación.   | Sujeto que cree que sus acciones no repercutirán sobre el resultado.   |
| Más enfocada al futuro, no existen razones para creer en dicho futuro.                      | Enfocada a acontecimientos recientes o inmediatos.   |
| Sujeto con poca verbalización, con aumento de la comunicación no verbal de clave pesimista. | Sujeto con verbalización de expresiones de insatisfacción, frustración, etc. Pero con resistencia a mostrar los verdaderos sentimientos. |
| Sujeto con poca respuesta a estímulos y disminución de las emociones.                       | Presencia de cólera e irritabilidad en el sujeto.  |

**Tabla 4. Ayuda a la diferenciación de los diagnósticos impotencia y desesperanza en la práctica clínica (elaboración propia).**

En relación al abordaje de la desesperanza y de la impotencia no debemos olvidar el papel de la enfermería, pues el tratamiento se sostiene en la comunicación y en la educación para la salud, con lo cual se requiere de tiempo y del desarrollo de una relación de confianza con el paciente, claves de la profesión enfermera; convirtiendo así a este profesional en un punto cardinal del cuidado de un paciente desesperanzado y con impotencia. Esta actuación debe asumir un modelo científico de actuación biopsicosocial que tenga en cuenta los aspectos biológicos y farmacológicos, pero a su vez los aspectos psicológicos, de conducta y de contexto social.

El abordaje de ambos diagnósticos está basado en la creación de un ambiente terapéutico adecuado con el paciente, fomentando la expresión de los sentimientos y pensamientos del paciente y ayudando a éste a valorar de forma realista su situación. Es necesario estimular también al paciente para conseguir aumentar su participación en los cuidados. Todo ello unido a la importancia de la puesta en marcha de un plan de cuidados basado en la consecución de metas y en el fomento de la esperanza y relaciones sociales, en el caso de la desesperanza; y de una mayor importancia de la educación para la salud en la impotencia. Sin olvidar en nuestra intervención a la familia del paciente ya que también desempeña un papel fundamental en el cuidado del individuo.

Dorothea Orem afirmaba que el papel de la enfermería se debería basar en "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". ¿No es hora de empezar a conocer cómo podemos ayudar al enfermo, y dejar de emplear un modelo paternalista de cuidados? Los profesionales sanitarios debemos entender que el paciente es el verdadero protagonista de su salud, haciendo que éste convierta la desesperanza en esperanza y la impotencia en verdadero poder hacer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman TH, editor. NDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
2. Levi L, Anderson L. La tensión psicosocial: población, ambiente y calidad de vida. México: El Manual Moderno; 1980.
3. Burns N, Grove S. The practice of nursing research. Philadelphia: Saunders; 1987.
4. Méndez Ruiz JA. La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque Modular-Transformacional: el diagnóstico dimensional y las intervenciones psicoterapéuticas específicas de los diferentes cuadros depresivos. Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina. 2009;2(2):1-19.
5. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry. 1985;142:559-563.
6. García Alandete J, Gallego Pérez JF, Pérez Delgado E. Depresión, desesperanza, neurosis noógena y suicidio. En: 8º Congreso virtual de psiquiatría [Internet]. Valencia: Interpsiquis; 2007 [citado 23 noviembre 2011]. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4301/1/interpsiquis\\_2007\\_28860.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4301/1/interpsiquis_2007_28860.pdf)
7. Fernández de la Mora G. Sobre la felicidad. Oviedo: Nobel; 2001.
8. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measure of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974;42:861-865.
9. Seligman M. Indefensión. Madrid: Debate; 1975.
10. Laín Entralgo P. Antropología de la esperanza. Barcelona: Guadarrama; 1978.
11. Soria M, Otamendi A, Berrocal C, Caño A, Rodríguez Naranjo C. Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. Psicothema. 2004;16(3):476-80.
12. Wollman B. Diccionario de Ciencias de la conducta. México D.F.: Trillas; 1984.
13. Ahlert A. La esperanza como eje en la formación docente: aportes de la teología de la esperanza de Jürgen Moltmann. Fundam Humanid. 2008;17(1):71-84.

14. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22ª ed). [Internet]. Madrid. 2001 (citado 10 noviembre 2011) Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/>
15. Schmale AH, Engel GL. The Given up-Given up complex illustrated on film. Arch Gen Psychiatry. 1967;17: 35-145.
16. Kirchner M. Friedrich Nietzsche (el más radical de todos los pensadores) en Forjadores del Mundo Contemporáneo, Tomo 2. Barcelona: Planeta; 1989.
17. Dr. Pereyra Lavandina M [sede Web]. Religión y salud mental. México D.F. : Pereyra Lavandina; 2011. Disponible en (citado 12 noviembre 2011). Disponible en: <http://kj-y-salud-mental&catid=45:enemar2011&Itemid=81>
18. Stotland E. The psychology of hope. San Francisco: Jossey: Bass; 1969.
19. García Alandete J, Gallego Pérez JF, Pérez Delgado E. Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. Univ Psychol. 2009;8(2):447-54.
20. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 2004.
21. Lukas E. Paz vital, plenitud y placer de vivir. Los valores de la logoterapia. Barcelona: Paidós; 2001.
22. Gallego-Pérez JF, García-Alandete J. Sentido en la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. NOUS. 2004;8:49-64.
23. Mojica CA, Sáenz DA, Rey Anaconda CA. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. Rev Colomb Psiquiatr. 2009;38(4):681-92.
24. Gutiérrez García AG, Contreras CM. El suicidio y alguno de sus correlatos neurobiológicos. Salud mental. 2008;31:321-30.
25. Acosta Artilles F, Aguilar García-Iturrospe E, Cejas Méndez M, Gracia Marco R, Caballero Hidalgo A, Siris S. Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37(1):42-8.
26. Wetzel RD, Margulies T, Davis R, Karam E. Hopelessness, depression and suicide intent. J Clin Psychiatry. 1980;41:59-60.
27. Hirsch JK, Duberstein PR, Conner KR. Future orientation and suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14(9):752-757.

28. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav.* 1993;23(4):139-45.
29. Beck AT, Steer RA, Brown G. Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav.* 1993;23(4):11-20.
30. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res.* 2003; 60:71-80.
31. Córdova Osnaya M, Rosales Pérez JC. La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. *Psicol Salud.* 2010; 20(2):195-201.
32. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Rev Investig Psicol.* 2006;9(1):69-79.
33. Mikulic IM. Desesperanza: aportes de la Escala de desesperanza de A. Beck (BHS) a la evaluación psicológica. Buenos Aires: Facultad de Psicología; 2007.
34. Peñate W, Perestelo L, Bethencourt JM, Ramírez G. La predicción del nivel de depresión por variables cognitivas, conductuales y temperamentales en un intervalo de seis meses. *Psicothema.* 2009;21(3):341-6.
35. Castañeda Gussinyé J. El apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados. *Psicología Iberoamericana.* 2006;14 (2): 36-45.
36. Reff RC, Kwon P, Campbell DG. Dysphoric Responses to a naturalistic stressor: interactive effects of hope and defense style. *J Soc Clin Psychol.* 2005;24(5): 638-648.
37. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1986;148:554-559.
38. Srikumar A, Campbell D, Ruskin P, Hebel R. Depression, hopelessness and the desire of the life-saving treatments Among Elderly Medically Ill Veterans. *A J Geriatr Psychiatry.* 2000;8(4):333-342.
39. Vinaccia S, Contreras F, Restrepo Londoño LM, Cadena J, Anaya JM. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Clin Health Psychol.* 2005;5(1):129-42.

40. Contreras F, Juárez F, Murrain E. Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*. 2008;4(11): 29-44.
41. Seligman M. *Helplessness on depression, development and death*. San Francisco: Freeman; 1975.
42. Abramson L, Seligman M, Teasdale J. Learned helplessness in humans. *J Abnorm Psychol*. 1978;87:49-74.
43. Abramson LY, Alloy LB, Metalsky GI. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychol Rev*. 1989;96(2):358-372.
44. Colimón N, Téllez-Vargas J, Cisneros C. Neurobiología del suicidio. En: Tellez J, Forero J. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 42-62.
45. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*. 2006;49(2):66-72.
46. Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anu investig*. 2009;16:365-73.
47. Quintanilla R, Halo LP, Flores ME, Célis A, Valencia S. Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*. 2003;5(2):113-116.
48. Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 1998;21(5):20-27.
49. Esposito CH, Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Affective, behavioral and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2003;33(4):389-399.
50. Padrós Blázquez F, Martínez Medina MP, Gutiérrez Hernández CY, Medina Calvillo MA. La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha: Rev Psicología*. 2010;14:30-40.
51. Brignani Pérez E. ¿Elaboración del duelo o realismo de la esperanza? Hacia un cambio conceptual para ampliar nuestra mirada. *AITE*. 2010;2:23-31.

52. Sánchez O, Méndez FX. El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clin Salud*. 2009;20(3):273-80.
53. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. 8ª ed. Bilbao: DDB; 1983.
54. Doval Hernán C. Temor y esperanza en el encuentro médico. *Rev Argent Cardiol*. 2008;76(1):82-5.
55. Gallegos Alvarado M, Parra Domínguez ML. Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con cáncer. *Rev Conamed*. 2008;13(1):12-6.
56. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el S.XXI*. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
57. García González MJ. *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. 2ª ed. México D.F.: Progreso; 2004.
58. Manual de diagnósticos de enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón [citado 4 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DManual+de+diagn%C3%B3sticos+de+enfermer%C3%ADa+NANDA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143853&ssbinary=true>
59. Gordon M. *Manual de diagnósticos de enfermería*. 11ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2007.
60. Pastor Pradillo JL. Alteraciones en la autopercepción y procesos de socialización. Wanceulen E.F. Digital [Internet]. 2007 [citado 26 noviembre 2011]; 3. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1698/b1534957.pdf?sequence=1>
61. Luis Rodrigo MT. *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2008.
62. Hernández Quintero O, Arbelo Figueredo M. Trastornos mentales más frecuentes en los pacientes con enfermedades avanzadas: ansiedad y depresión. En: 12º

Congreso virtual de psiquiatría [En línea]. España. Interpsiquis; 2011 Feb. Disponible en (consulta: 12/12/11)

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2069/1/3conf1050449.pdf>

63. García Soriano G, Barreto P. Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o depresión? Rev Psicopatología Psicol Clin. 2008;13(2):123-33.
64. Vidal MA, Clemente M. Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano. Estud Interdiscip Envelhec. 1999;2:49-65.
65. Caballero García JC, Remolar ML. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Rev Multidiscip Gerontol. 2000;10(3):177-88.
66. Coronado Carvajal MP, Urbano Muñoz A, Alpientes Perabad MN, Armada Higienes JL, Martín Fernández T. Aproximación cualitativa del sentimiento de soledad en el anciano. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2009 [citado 2 diciembre 2011]; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/pdf/123d.pdf>
67. Beltrán-Salazar OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2009; 9(1):29.
68. Rodríguez B, Bayón C, Orgaz P, Torres G, Mora F, Castelo B. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. Psicooncología. 2007;4 (1):7-19.
69. Yescas Osorio EL, Ascencio Huertas L, Vargas Avilés S, Barbosa Coboss RE, Lugo Zamudio GE. Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. Psicol Salud. 2008;18(1):81-9.
70. Briceño León R. Violencia y desesperanza. NUSO. 1999;164:122-132.
71. San Martín Petersen C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Hologramática (Lomas de Zamora) [Internet]. 2008 [citado 1 diciembre 2012]; 1 (8): 103-20. Disponible en: [http://www.cienciarred.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08\\_v1pp103\\_120.pdf](http://www.cienciarred.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf)
72. Iglesias Lepine ML, Echarte Pazos JL. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. Emergencias. 2007;19:201-10.
73. Moreno ME, Rodríguez MCM, Gutiérrez M, Ramírez L, Barrera OP. ¿Qué significa la discapacidad? Aquichan. 2006;6(1):78-91.
74. Observatorio de Metodología Enfermera [Sede Web] Madrid: FUDEN; 2009. Taller de metodología enfermera. Validación de los diagnósticos enfermeros.

Diagnósticos del patrón "Autopercepción - Autoconcepto I" [citado 1 diciembre 2012]. Disponible en:

[http://www.ome.es/media/docs/Documento\\_final3\\_taller25.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Documento_final3_taller25.pdf)

75. Carvajal Carrascal G, Caro-Castillo CV. Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*. 2009;9(3):281-96.
76. Agudelo Vélez DM, Lucumí Acelas LM, Santamaría Quiroga YJ. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico*. 2008;4(10):59-83.
77. Quipuscoa Ponce JA. Efectividad de las intervenciones de enfermería en la hospitalización de pacientes dependientes con diagnóstico "síndrome de estrés por traslado". [Master]. L'Hospitalet de Llobregat: EU d'Infermeria; 2011.
78. Brignani Pérez E. ¿Elaboración del duelo o realismo de la esperanza? Hacia un cambio conceptual para ampliar nuestra mirada. *AITE*. 2010; 2:23-31.
79. Guillén E, Vaquero P, Aguilar P, Guillén M, Gómez Feria I. Intervención estratégica en duelo patológico. A propósito de un caso. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2011 [citado 1 diciembre 2012]; 15:4. Disponible en:[http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2912/3/psiquiatriacom\\_2011\\_15\\_4.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2912/3/psiquiatriacom_2011_15_4.pdf)
80. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enferm glob* [Internet].2009 Feb [citado 26 diciembre 2012]; 8(15):1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50381>
81. Klein JP. *Arteterapia: una introducción*. Barcelona: Octaedro; 2009.
82. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl):207-13.
83. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Morhead S et. Al, editores. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
84. Morhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
85. Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ªed. Madrid: Elsevier; 2009.
86. Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* de 29/4/1986.

87. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cub Salud Pública. 2003;29(1):48-51.
88. Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. An Sist Sanit Navar. 2001;24(Supl. 2):73-82.
89. Juvinyá Canal D, Ballester Ferrando D, Casals Alonso C, Fuentes Pumarola C, Bertrán Noguer C, Gelabert Vilella S. La familia como agente de promoción de la salud mental. En: 12º Congreso virtual de psiquiatría [Internet]. Madrid: Interpsiquis 2011 Feb-Mar [citado 26 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2404/1/11m2conf350711.pdf>

Recibido: 23 octubre 2012.

Aceptado: 18 abril 2014.