



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*EL PROCESO EMOCIONAL QUE VIVE UNA PERSONA
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Carol Jassel Ramírez Sánchez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. 10 de agosto de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

“Convierte cada miedo en fortaleza, cada lágrima en aprendizaje y cada momento en una oportunidad de vivir”

De niña creí que el mundo se derrumbaba al enfrentarnos a una enfermedad como lo es la insuficiencia renal, sin imaginar que era un prueba de amor y lucha que Dios nos colocaba, hoy veo a esa prueba como fuente de impulso, misma que me permitió crecer y formarme personalmente, y es justo eso lo que me generó una oportunidad para hoy poder consolidarme como psicóloga.

A esa persona que inspiro mi investigación y motivó cada una de las líneas escritas, mi mamá; a mi papá que siempre me incito a seguir, a mis hermanos que han sido mis cómplices en cada día, y a todos aquellos que me impulsaron y nunca perdieron la fe en mí, esto es de y para ustedes.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	3
Objetivos	5
Operacionalización de las variables	6
Justificación	7
Marco de referencia	8

Capítulo 1. Las emociones.

1.1 Concepto de emoción	11
1.2 Teorías de las emociones	13
1.2.1 Los modelos teóricos	14
1.2.2 La aproximación evolucionista	14
1.3 Proceso emocional	15
1.3.1 Los antecedentes de la emoción	16
1.3.1.1 Las características del estímulo	17
1.3.1.2 La percepción del estímulo	18
1.3.2 La evaluación	19
1.3.2.1 El efecto y la cognición en la emoción	20
1.3.2.2 Los componentes y dinámica de la evaluación valorativa	22
1.3.3 La experiencia emocional	24

1.3.4	La respuesta.	25
1.3.4.1	Respuesta fisiológica	25
1.3.4.2	La expresión emocional	28
1.4	Tipos de emociones	29
1.4.1	Emociones básicas	29
1.4.1.1	Cólera	30
1.4.1.2	Alegría	31
1.4.1.3	Miedo	33
1.4.1.4	Tristeza	35
1.4.1.5	Sorpresa	36
1.4.1.6	Asco	38
1.4.2	Emociones sociales o secundarias	39
1.4.2.1	Culpa	40
1.4.2.2	Vergüenza	40
1.4.2.3	Enamoramiento	41
1.5	Relación entre salud y emoción	42

Capítulo 2. La insuficiencia renal crónica.

2.1	Los riñones	44
2.2	Enfermedades renales.	46
2.2.1	Insuficiencia renal aguda	46
2.2.2	Insuficiencia renal crónica	47
2.2.2.1	Lesión de la vascularización renal como causa de insuficiencia renal crónica	48

2.2.2.2 Síndrome nefrótico: excreción de proteínas por la orina por aumento de la permeabilidad glomerular	49
2.2.2.3 Función anormal de las nefronas en la insuficiencia renal crónica.	51
2.2.2.4 Efectos de la insuficiencia renal sobre los líquidos corporales. .	52
2.2.2.4.1 Retención de agua y desarrollo de edema en insuficiencia renal crónica	53
2.2.2.4.2 Uremia: Aumento de la urea y otras sustancias	53
2.2.2.4.3 La acidosis en la insuficiencia renal	54
2.2.2.4.4 Anemia producida por la disminución de eritropoyetina	55
2.2.2.4.5 Osteomalacia	55
2.2.2.5 Hipertensión y enfermedad renal	56
2.2.2.5.1 Lesiones renales que reducen la capacidad de los riñones para excretar sodio y agua	56
2.2.2.5.2 Lesiones renales pacerales y aumento de la secreción renal de renina	57
2.2.2.5.3 Insuficiencia renal sin hipertensión	58
2.2.2.6 Alteraciones tubulares específicas	59
2.2.2.6.1 Glucosuria renal	59
2.2.2.6.2 Aminoaciduria	59
2.2.2.6.3 Hipofostemia renal	60
2.2.2.6.4 Diabetes insípida nefrógena	60
2.2.3 Diálisis	61
2.2.3.1 Principios básicos de la diálisis	62
2.2.3.2 Líquido de diálisis.	63

Capítulo 3. Metodología e interpretación de resultados.

3.1 Metodología	65
3.1.1 Enfoque cualitativo	65
3.1.2 Alcance descriptivo	67
3.1.3 Diseño no experimental	67
3.1.4 Estudio transversal	68
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	69
3.1.5.1 Observación.	69
3.1.5.2 Entrevista	72
3.2 Estudio de caso.	74
3.3 Descripción del proceso de investigación	75
3.4 Análisis e interpretación de los resultados	78
3.4.1 Antecedentes de la emoción, etapa inicial, del proceso emocional de una persona con insuficiencia renal crónica	79
3.4.2 La evaluación, segunda etapa, del proceso emocional de una persona con insuficiencia renal crónica	83
3.4.3 La experiencia emocional, tercera etapa, del proceso emocional de una persona con enfermedad renal crónica	88
3.4.4 La respuesta, etapa final, del proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica	90

INTRODUCCIÓN

La introducción busca explicar la problemática en la cual se basó la investigación, así como por qué la elección de la misma. A continuación se presenta de manera breve un panorama general de los antecedentes, planteamiento del problema, objetivos y operacionalización de las variables del presente trabajo.

Antecedentes.

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Chóliz; 2005). La mayoría de las personas presentan una reacción emocional parecida, aunque con diferencias en intensidades de la emoción, por lo que alguien con enfermedad renal crónica lo afrontará de diferente manera en función de los estímulos que se presentan a lo largo de su enfermedad.

En el año 2002, la National Kidney Foundation de Estados Unidos, en las guías K/DOQI definió a la insuficiencia renal crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ (referida por Muñoz; 2016).

A lo largo de la historia, diversos autores han intentado descifrar algunos aspectos psicológicos que se presentan en pacientes con esta enfermedad.

La investigación realizada por Malheiro y Arruda (2012), titulada “Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida”, dentro de la Universidad de Murcia, España, es de tipo exploratorio descriptivo, de abordaje cualitativo, realizado por medio de una entrevista semi-estructurada, en la cual se entrevistaron a 19 personas de una unidad médica y de su testimonio emergieron tres categorías generales: percepciones sobre el concepto de CV (Calidad de Vida), el impacto de la IRC (insuficiencia renal crónica) en la CV y las implicaciones de la hemodiálisis en las dimensiones de la CV. La encuesta reveló que la hemodiálisis y la enfermedad afectan a la vida cotidiana de estas personas, debido a que causan limitaciones físicas y sociales, que involucran su trabajo, sus hábitos alimenticios y la cultura.

Otra investigación titulada “Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica”, la cual fue realizada por González y cols. (2011), procedentes de Universidad y Hospital Central Marta Abreu de Las Villas, Villa Clara, Cuba. El objetivo general se centró en comparar las características emocionales en su relación con la evolución de la enfermedad de pacientes con enfermedad renal crónica en los estadios tres, cuatro, y cinco de la enfermedad. Se seleccionaron intencionalmente del universo de pacientes con ERC atendidos en este centro, 16 pacientes con tratamiento renal sustitutivo y 16 pacientes con otras alternativas terapéuticas en correspondencia con los diferentes estadios de la enfermedad. Se

comprobó que en los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios tres, cuatro y cinco, hay manifestaciones patológicas de ansiedad, depresión, ira y frustración que forman parte del cuadro clínico de la enfermedad, se vinculan con las características de la etapa de la enfermedad que transitan.

Josephson, Singer y Salovey (citados por Fernández y Ramos; 1999) llevaron a cabo un estudio de laboratorio en el que analizaban cómo los individuos recuperaban determinados recuerdos para reparar sus estados emocionales negativos. El estudio fue dividido en dos sesiones: en la primera se valoró la depresión de los participantes y, en la segunda, se les indujeron emociones a través de la proyección de películas neutras o tristes. Posteriormente, se les dio la instrucción de escribir sus recuerdos sobre hechos recientes y se les indicó que estos podían ser positivos o negativos. Los resultados reflejaron una fuerte congruencia entre la emoción inducida y el primer recuerdo, como predice el efecto de la emoción congruente. Las diferencias encontradas entre los recuerdos escogidos por los participantes, no obedecen a la influencia del video, sino a los recuerdos escogidos. Una conclusión alternativa fue que el paso del tiempo debilita la emoción y favorece que los sujetos recuerden sucesos positivos que les permiten mejorar su estado de ánimo actual.

Planteamiento del problema.

En la actualidad se ha presentado un innumerable ascenso de casos de personas con enfermedad renal crónica. Más de 31 millones de personas en los

Estados Unidos de América están viviendo con este padecimiento. Alrededor de 1.5 millones de pacientes en el mundo están en diálisis o trasplante renal, los cuales se cree que para los próximos 10 años se habrán duplicado. En México no se cuenta con un registro único de casos renales, por lo que se estima que uno de cada 9 adultos padece esta enfermedad.

En Buenavista Tomatlán, Michoacán, se ha detectado una persona con insuficiencia renal crónica, la cual tiene 47 años de edad y 15 desde que se le diagnosticó este padecimiento. Ha seguido diversos tratamientos como la hemodiálisis y diálisis peritoneal.

La observación realizada a “Marina” (nombre que le fue cambiado para proteger su identidad), permite detectar que es una persona tranquila y sonriente, generalmente mantiene la calma ante situaciones estresantes y no suele molestarse con frecuencia. En algunas ocasiones, cuando ha sido internada debido a su enfermedad, los especialistas han manejado que la paciente entra en depresión, aspecto que debilita su sistema inmune y hace que su enfermedad se agrave, por lo cual se debe hablar con ella y tener la visita constante de familiares.

La paciente, que actualmente se encuentra en diálisis, al inicio de las sesiones tuvo conflictos en cuanto a presión arterial y rechazo tanto del implante de riñón, como posteriormente de la hemodiálisis y diálisis, cuestiones que según los médicos y psicólogos del instituto, se debían a la parte emocional.

Con base en lo anteriormente expuesto y la observación realizada, se considera de gran importancia establecer como pregunta de investigación, el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo es el proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica?

Objetivos

Las tareas teóricas y metodológicas del presente trabajo, fueron reguladas mediante los lineamientos enseguida expresados.

Objetivo general

Analizar el proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica de 47 años de edad, en la localidad de Buenavista Tomatlán, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de emociones.
2. Describir el proceso emocional.
3. Enunciar las diferentes teorías que existen sobre las emociones.
4. Describir la insuficiencia renal crónica y sus principales características.
5. Explicar las actitudes de una persona con insuficiencia renal crónica de 47 años, con residencia en Buenavista Tomatlán, Michoacán.

6. Describir el proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica de 47 años de edad, con residencia en Buenavista Tomatlán, Michoacán.

Operacionalización de las variables.

Para la presente investigación, se implementaron las técnicas de observación y entrevista.

La técnica de observación se llevó a cabo con ayuda del instrumento conocido como diario de campo, en la cual se incluyeron conductas observadas del 11 de septiembre de 2015 al 29 de noviembre del mismo año, siendo un total de 9 fines de semana. Los horarios de observación consistían de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.

El diario de campo se realizó en dos formatos, es decir, inicialmente después de escribir todo lo que se había observado, con fecha y hora, se realizaba una síntesis del mismo, donde en una tabla se escribían del lado izquierdo la emoción que presentó en el transcurso de la observación, y de lado derecho las respuestas emocionales manifestadas (conductas y expresiones).

Las conductas, como base de observación, fueron aquellas relacionadas a las emociones, es decir, su manera de responder ante estímulos que pudieran ocasionar enojo, tristeza, alegría, sorpresa, vergüenza, enamoramiento y culpa.

La entrevista contuvo cuestionamientos sobre las conductas y emociones que presenta la persona ante determinadas situaciones dentro de su vida diaria, esta se realizó al sujeto de investigación. Fue de tipo libre, ya que únicamente se estructuró la temática de emociones y sus diferentes manifestaciones, para así poder preguntarle y dejar que la entrevista siguiera al ritmo del entrevistador y entrevistado.

Al finalizar la entrevista, se hicieron un total de 20 preguntas, en las cuales los temas a hablar fueron: emociones, insuficiencia renal crónica, familia y reacciones ante las emociones. Esta se llevó a cabo con la persona de la investigación, así como con un familiar de la misma, buscando con ello corroborar desde diferentes ángulos el proceso emocional que vive la persona con insuficiencia renal crónica.

Justificación.

La presente investigación busca sustentarse en los beneficios que aportará principalmente a la persona insuficiencia renal crónica y a su familia, ya que podrán conocer cómo es su proceso emocional, así como la manera esto ha influido en su vida diaria, permitiéndole buscar nuevas estrategias que le ayuden a elevar el potencial de CE (Coeficiente Emocional), creando un ambiente familiar más armónico en el cual todos sean partícipes del desarrollo y comprensión de la inteligencia emocional.

Dentro del ámbito de la psicología, esta se verá beneficiada porque permitirá tener un conocimiento más amplio sobre las conductas que presenta una persona

con enfermedad renal crónica con base en sus emociones, dando pie a nuevas investigaciones sobre el impacto que puede tener esta enfermedad, o cualquier otra que sea de origen orgánico, en el proceso emocional que viven estos pacientes. Como se sabe la Psicología busca dar significado a las conductas y así mismo ayudar al individuo al bienestar emocional, por ende esta investigación pretende dar las bases sobre la descripción de los procesos emocionales, lo cual cederá al psicólogo pautas para crear nuevas formas de trabajo sobre el bienestar de una persona con esta enfermedad.

Por su parte, se aportarán a la psicología educativa, sustentos tanto teóricos como prácticos, que le ayuden a fomentar el desarrollo de habilidades que propicien una mejor expresión de sus emociones en pacientes con este padecimiento. También permitirá al psicólogo educativo consolidar pláticas con los familiares o personas cercanas al enfermo renal, acerca de la comprensión del proceso emocional, y la expresión correcta de las emociones, dando por hecho el mejor desarrollo de una inteligencia emocional, permitiendo así a los familiares entender e involucrarse en el proceso de la enfermedad y su consecuencia en las emociones.

Marco de referencia.

El lugar donde se llevó a cabo la observación y entrevista fue en la vivienda de la persona, ubicada en la localidad de Buenavista Tomatlán, Michoacán.

La casa cuenta con tres habitaciones, un cuarto de diálisis, una cocina y comedor, un patio, así como un cuarto de servicio.

Las observaciones se realizaban principalmente en la cocina y comedor, ya que es donde Marina pasa más tiempo, viendo la TV o sus momentos en familia. La cocina cuenta con un comedor de seis sillas, una estufa, refrigerador, mesa pequeña, una vitrina de madera, TV, un mueble de madera y lavatrastes, así como un sillón tejido.

El espacio mide aproximadamente 3 metros de largo por 3 metros de ancho. Hay una ventana amplia que da a la calle, también con dos puertas, una que conecta al cuarto de servicio y la otra al pasillo de la casa.

En un par de ocasiones se pudo realizar la investigación en el cuarto de diálisis (desde afuera): este es un espacio pequeño, mide 1.5 metros de ancho por 2.5 metros de largo, está pintado de color blanco. Cuenta con una camilla donde cabe solo una persona, la cual tiene almohada y cojín, también hay una mesa de cristal, lavamanos, un alambre que cuelga del techo para colgar las bolsas de diálisis, una silla y un horno de microondas, esta es posible observarse desde afuera ya que existe una ventana amplia de cristal.

Otro espacio donde fue posible observar, es el patio, el cual mide 3 metros por 3 metros de ancho, cuenta con un árbol de mango y uno de limón, donde Marina aprovecha el tiempo para regarlos o barrer las hojas que estos dejan caer.

Debido a que en algunas ocasiones Marina tenía que salir fuera de casa, específicamente a casa de sus padres, en algunas ocasiones se realizó la observación en ese lugar. La casa de los padres de Marina es de tres pisos, el piso de abajo cuenta con una tienda, cocina y comedor.

El espacio específico de observación fue la cocina y comedor, esta cuenta con dos estufas, una barra, refrigerador, dos estufas y un lavatrastes; el comedor es de madera, cuenta con 8 sillas, una vitrina y TV; esto se reduce a un espacio de 2 metros de ancho por 3.5 de largo, también tiene dos ventanas grandes que dan a la calle.

CAPÍTULO 1

LAS EMOCIONES

El ser humano, desde su existencia primitiva, cuenta con cuatro emociones básicas: enojo, alegría, miedo y tristeza, las cuales están presentes en su vivir cotidiano, conduciendo su conducta desde las diferentes manifestaciones que son establecidas por su evaluación y percepción de los estímulos.

1.1. Concepto de emoción.

A lo largo de la historia, mucho se ha hablado sobre la evolución tanto biológica como psicológica del ser humano, sobre todo en la parte emocional, ya que aunque algunas emociones se consideran primarias o instintivas, también se sabe que el hombre ha aprendido a expresarlas y manejarlas de manera correcta, pero de manera especial a darle un nombre a aquello que le hace sentir.

Una emoción se refiere al cambio temporal de los procesos psicológicos y biológicos ante clases particulares de incentivos; se dan cambios agudos en la fisiología, cognición y acción que ocurre ante la novedad, el reto, la pérdida, el ataque o la frustración; estos cambios son repentinos y, por lo general, temporales.

Palmero y cols. (2002) ofrecen una definición integradora de emoción, para ellos las emociones son procesos episódicos que, evocados por la presencia de

algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motor expresivas; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, esto es, con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente en continuo cambio.

Las emociones tienen las siguientes características: son breves, están asociadas a una expresión facial distintiva; están precedidas por eventos antecedentes reconocibles; sirven para modular o sesgar el comportamiento; son perturbaciones momentáneas; son precipitadas por eventos que se perciben como ocurriendo rápidamente y sin aviso.

Las emociones involucran una relación entre un sujeto y un objeto que posee un aspecto de intencionalidad. Más aún, existe un estado mental afectivo relacionado con el objeto, junto con un estado de preparación conductual relacionado con el objeto.

Para Goldsmith (citado por Palmero y cols.; 2002), la reacción emocional es un evento coordinado asociado con un estado breve; con una duración de segundos, a menos de que persista el estímulo; que requiere de evaluación, muy elemental o automática, cuyos antecedentes son temas relacionados o percepciones de cambios significativos en el ambiente; la situación está confinada a los aspectos del estímulo emocional provocador; ocurren universalmente, aunque no en su forma, y son

reacciones distintivas y evidentes a partir del primer año de edad, y otras a partir de los tres años.

Las emociones pueden ser de estado o de rasgo. La emoción de estado se refiere a una reacción transitoria frente a tipos específicos de encuentros adaptativos; una emoción rasgo es una disposición o tendencia a reaccionar en una forma emocional particular ante un encuentro adaptativo.

Otro concepto es el de emoción aguda, el cual es abordado por Lazarus (citado por Palmero y cols.; 2002), con el que se refiere a fenómenos emocionales por lo general breves, que surgen en encuentros adaptativos particulares en el ambiente, el destino de una meta específica que provoca una condición ambiental dañina, benéfica o de reto.

1.2 Teorías de las emociones.

Donald Hebb (referido por Palmero y cols.; 2002) afirmó que el hombre pertenecía a la más emocional de todas las especies. Esta afirmación buscaba rebatir una idea que hasta el momento había sido aceptada y extendida ampliamente, que sostiene que el grado de emotividad correlaciona negativamente con el desarrollo filogenético y la sofisticación del Sistema Nervioso Central. Hebb trataba de explicar lo paradójico que resulta que el primate más evolucionado es, además, el más emocional; esto, a pesar de los mecanismos de control socioculturales que regulan la alta emotividad humana.

A lo largo de la historia los diferentes investigadores han intentado describir y explicar las emociones desde diferentes perspectivas teóricas, las cuales tienen sus alcances y límites basados en las conductas observables y estudios realizados que buscan perfeccionar el desarrollo y comprensión del proceso emocional.

Tradicionalmente, las más relevantes contribuciones teóricas en la psicología de la emoción se han clasificado en cuatro corrientes: biológicas, cognitivas, conductuales y sociales.

1.2.1 Los modelos teóricos

La influencia de la obra de Darwin ha perdurado a lo largo de los años en la psicología de la emoción en diversas orientaciones teóricas. De igual manera, los trabajos realizados por James, Lange y Cannon, son recurrentemente revisados en la actualidad. Esto se detalla en los subapartados siguientes.

1.2.1.1 La aproximación evolucionista

En la expresión de las emociones en el hombre y los animales (Darwin; 1997), se postula que los procesos evolutivos son aplicables tanto en los rasgos morfológicos como en las emociones.

Esta formulación es eminentemente funcional: La expresión emocional posee una función adaptativa; de ella se deriva que es universal, está determinada

genéticamente y responde a una función comunicativa/adaptativa ante situaciones de emergencia, incrementando así las posibilidades de supervivencia.

El supuesto carácter universal de la expresión y reconocimiento facial emocional, vendría a confirmar la existencia de patrones innatos de respuesta, su continuidad filogenética, así como un componente de aprendizaje que permite que estas evolucionen (Palmero y cols.; 2002).

Tres son los principios que regulan las expresiones faciales emocionales: “1) el de los hábitos útiles asociados: alude a su función adaptativa, desarrollada inicialmente por el aprendizaje, para convertirse finalmente, en un rasgo heredado y transmitido de generación en generación; 2) el de antítesis: entiende la expresión conformada por categorías expresivas morfológicamente expuestas; por último, 3) el de acción directa del sistema nervioso: refiere la coordinación de los principios anteriormente expuestos, así como su asociación a marcados cambios fisiológicos que posibilitan la secuencia adaptativa-expresiva” (Cornelius, citado por Palmero y cols.; 2002: 294).

1.3 Proceso emocional

El proceso emocional se desarrolla con el objeto de cumplir una serie de funciones adaptativas útiles, que se corresponden con una dimensión expresiva propia, que a su vez está ligada a un sistema de respuesta; el objeto final del proceso es la adaptación. Cada una de estas funciones y dimensiones de respuesta

interactúa dinámicamente con el resto de los sistemas a lo largo de todo el proceso (Palmero y cols.; 2002).

El proceso emocional se divide en tres fases: los antecedentes, la evaluación y la respuesta.

1.3.1 Los antecedentes de la emoción

“Las emociones pueden desencadenarse por diversas vías, tanto por procesos intra como interpersonales, en los que predominen bien los factores endógenos, bien los exógenos, y más comúnmente la interacción de factores de origen neural, afectivo y cognitivo” (Izard, citado por Palmero y cols.; 2002: 58).

A nivel neurobiológico, una emoción puede generarse por causa de la actividad de ciertas estructuras cerebrales y neurotransmisoras, es respuesta a la información percibida y procesada. Desde un punto de vista afectivo, pueden explicarse en función de procesos sensoriales-perceptivos; por último, diversos factores cognitivos pueden también desencadenarlas como consecuencia de procesos de evaluación y valoración. De manera global, la cultura ejerce también un importante papel mediador sobre acontecimientos inter e intrapersonales, que anteceden a una emoción, ya que muchos de ellos son aprendidos socialmente.

1.3.1.1 Las características del estímulo.

Se requiere inicialmente la presencia de un estímulo que sea capaz de desencadenar el proceso; este puede ser externo o interno, estar presente o ausente (rememorándolo), ser actual o pasado. A su vez, el estímulo puede ser real o irreal (fruto de una distorsión perceptiva o alucinación), finalmente, puede ser percibido consciente o inconscientemente (sin superar el umbral de la conciencia). En cualquier caso, el estímulo debe poseer características capaces de desencadenar el proceso emocional.

Los estímulos capaces de desencadenar una emoción, varían fundamentalmente en función de la demanda (principalmente sobre la base de las cualidades de urgencia y significación psicobiológica) de adaptación requerida, así como las características personales de cada individuo.

De los estímulos presentes en el entorno, prevalecen algunas características especialmente significativas:

1. Su grado de novedad o incertidumbre.
2. Su carácter placentero o displacentero.
3. Su capacidad para ser controlados.
4. Su compatibilidad con las normas y autoconcepto del sujeto.

Los desencadenantes mencionados van desde el nivel más primitivo, adquiriendo paulatinamente un mayor grado de complejidad y sofisticación, implicando, a su vez, la participación de la cultura y el aprendizaje.

La concurrencia de una situación o estímulo potencialmente emotivos es una condición necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo del proceso emocional, pues se requiere la existencia de una eventual percepción, así como de la evaluación-valoración que confiera al estímulo aspectos afectivos. Por tanto, un estímulo por sí solo no provoca la emoción, sino la interpretación que se haga del mismo.

1.3.1.2 La percepción del estímulo.

Para que exista el proceso perceptivo se necesita o implica la existencia de un estímulo, así como la disponibilidad de receptores sensoriales específicamente relacionados con este. Sin la percepción (consciente o inconsciente) de un estímulo, el sujeto no adquiere conocimiento acerca de la existencia de un evento relevante para su estabilidad, impidiendo con ello el inicio del proceso.

Esta percepción puede ser consciente o inconsciente. En el primer caso, el sujeto percibe, de manera reflexionada, la presencia del estímulo que, dadas las características particulares, posee las suficientes características para llamar su atención. En este caso, diversos procesos psicológicos se ponen al servicio de la emoción. Se hace preciso obtener la mayor información posible en torno a este, para

ello la atención y la memoria facilitan esta función. Además, la percepción consciente se ve afectada por diversas variables cognitivas, como lo son las creencias y los juicios que el sujeto posee acerca del estímulo. También ejerce una notable influencia la propia biología del organismo y el estado actual del sujeto, pues dependiendo de ambas variables, cabrá la posibilidad de un incremento o una disminución en la sensibilización individual o umbral perceptivo ante ciertos tipos de estímulos.

A diferencia de la mencionada, en la percepción no consciente, el estímulo no posee la suficiente saliencia (dada su baja intensidad o corta duración) para captar la atención consciente del individuo. Este procesamiento de carácter básico, que posee igualmente capacidad para desencadenar el proceso emocional, es especialmente útil y adaptativo en situaciones que se necesita una respuesta inmediata, casi automática, para que el sujeto se adapte a situaciones lesivas.

1.3.2 La evaluación

Para que cada uno de los antecedentes señalados anteriormente se constituyan en precursores de la emoción, es precisa su evaluación en función de parámetros afectivos. Este proceso implica la interpretación (evaluación) y la repercusión personal (valoración) que acarrea el estímulo.

“La valoración valorativa es el concepto clave que permite entender las diferencias individuales en respuesta a idénticas situaciones; en otras palabras: la

calidad e intensidad de las emociones son, en gran medida, fruto de la forma en que estas son procesadas por quién las experimenta.” (Ortony y Clore, citados por Palmero y cols.; 2002: 62).

La valoración valorativa se determina básicamente por el nivel de desarrollo de las capacidades evaluativo-cognitivas, tanto filogénica como ontogénicamente. Durante esta etapa del proceso emocional, la evaluación funciona como filtro sobre los antecedentes de la emoción, de modo que cumple con doble papel: la evaluación situacional en términos afectivos, así como en relación a su significado y potencial de afrontamiento. Este proceso es altamente complejo, ya que se puede realizar a muy diversos niveles de conciencia y propositividad.

1.3.2.1 El afecto y la cognición en la evaluación

Algunos investigadores sostienen la necesidad del análisis consciente del sentido o significado de un estímulo (proceso postcognitivo), otros postulan que la emoción puede ser activada en ausencia de valoración consciente de las características estimulares (proceso precognitivo).

El afecto y la cognición transcurren de forma paralela mediante un doble sistema que cumple una función reguladora. El sistema sigue una secuencia que es primero perceptual o representacional y, posteriormente, de planificación de la acción o afrontamiento. En la primera fase se produce la percepción y representación del objeto o situación en el sistema cognitivo, así como una representación afectiva

relacionada con las reacciones automáticas suscitadas. El primer sistema (cognitivo-valorativo) se encarga de regular los elementos objetivos de la situación, mientras que el segundo se encarga de regular los afectivos.

El subproceso evaluativo-valorativo que se da en circunstancias donde no se alcanza el umbral de conciencia (tal es el caso de las emociones básicas o primarias), este posee connotaciones homeostáticas, ya que faculta al organismo para reaccionar de forma cohesionada y defensiva ante un estímulo que es rápidamente considerado como potencialmente desestabilizador, buscando así reducir con prontitud la probabilidad del daño o desequilibrio, ya que una demora en la respuesta, puede ser crucial para la supervivencia.

El factor principal en la fase evaluativa y valorativa es la categorización del estímulo en términos amenazantes o irrelevantes. De ser categorizado como amenazante, se produce una respuesta defensiva orgánica, indiferenciada y global, suscitando manifestaciones fisiológicas externas, así como respuestas de tipo fisiológico interno. El resultado de este subproceso será, de nuevo, un sentimiento emocional, la respuesta fisiológica relacionada con esa emoción, así como los eventuales deseos y tendencias de acción.

Por su parte, ante las emociones más complejas (culpa, envidia, celos u orgullo, por ejemplo) en las que la conciencia juega un papel determinante y los procesos valorativos son muy sofisticados y persistentes, se requeriría la participación de otras estructuras corticales en su evaluación. Este tipo de evaluación

valorativa se presenta ante situaciones donde se dispone de consideraciones conscientes y deliberadas sobre ellas, expresadas en forma de imágenes mentales y etiquetas verbales organizadas por el pensamiento.

Este tipo de evaluación estimular consciente acarrea también connotaciones homeostáticas. El sujeto lleva a cabo una secuencia de pasos conducentes al descubrimiento de todas las peculiaridades del estímulo, de sus connotaciones situacionales, de las repercusiones que puede acarrear sobre su integridad, equilibrio y bienestar personales, de manera presente y futura, así como de las posibilidades de afrontamiento sobre la base de la experiencia y conocimientos personales.

1.3.2.2 Los componentes y dinámica de la evaluación valorativa.

El proceso emocional sigue una secuencia evaluativa que paulatinamente se hace más compleja y simbólica, incrementando gradualmente la especificidad y el nivel de diferenciación de las emociones a lo largo de la siguiente escala:

1. “La aparición de un estímulo activa el reflejo de la orientación, focalizando la atención. Se trataría principalmente de fenómenos de índole cuasi refleja, mediados por el sistema de evaluación amigdalino. En esta primera fase se generarían emociones poco diferenciadas tales como la sorpresa, provocadas por estímulos relacionados principalmente por la novedad. Estos estímulos serían procesados por el sistema límbico, cuyos núcleos neuronales poseen una representación disposicional que dispara un estado somático concorde

con este tipo de emociones”. (Adolphs y Damasio, citados por Palmero y cols.; 2002: 66).

2. El segundo nivel evaluativo facilita un procesamiento precognitivo centrado en el análisis de la dimensión placentera-displacentera de la estimulación, la cual produciría emociones compatibles con la dimensión aversión-atracción.
3. Se produce una valoración valorativa relacionada con la compatibilidad del estímulo o situación con las metas y objetivos del organismo, así como con su capacidad de control situacional; si el resultado es consciente o discrepante con el estado esperado, o bien, si conduce u obstaculiza una meta. A este nivel acaecen, por tanto, procesos de atribución causal que provocan emociones más complejas.
4. Por último, tras generarse una confrontación con las normas o expectativas sociales, así como la autoimagen (real o ideal), surgen las emociones complejas (secundarias) tales como la culpabilidad, el orgullo o el desprecio.

“Los niveles superiores de valoración consciente están determinados por diversos filtros, el primero de ellos es un filtro de significado, determinado por el núcleo de temas relacionados (significado en cuanto a beneficio o daño de cada emoción). Consiguientemente, el significado subyacente a cada emoción tendría tres niveles de análisis, que representarían complementariamente las vías de

conceptualización, de la valoración del significado y las características individuales específicas.” (Smith y Lazarus, citados por Palmero y cols.; 2002: 68).

Otro filtro, específicamente individual y subjetivo, abarca cuestiones específicas evaluadas por la valoración. Este último nivel de análisis explica las diferencias o sesgos individuales en las valoraciones, es decir, las actitudes cognitivas que preparan o condicionan a una persona en particular. para dar preferentemente una respuesta emocional en concreto y no otras.

1.3.3 La experiencia emocional

Por otra parte, esta característica “consiste en la toma de consciencia de la ocurrencia de la emoción, cuyo núcleo principal es el placer o displacer que se desprende de la situación” (Palmero y cols.; 2002).

La experiencia subjetiva o sentimiento, permite al individuo poner una etiqueta a la emoción que experimenta. Para llegar a la experiencia subjetiva de la emoción, es necesario que el sujeto haya pasado por un proceso previo de evaluación-valoración consciente. En caso de que el estímulo, la percepción y la evaluación-valoración no alcancen el umbral de conciencia del sujeto, este percibe la respuesta fisiológica, con lo cual lleva a cabo la evaluación-valoración consciente y termina por experimentar la emoción subjetivamente.

La experiencia subjetiva es una variable necesaria e impredecible para que el sujeto sepa o tome conciencia de que experimenta una emoción.

1.3.4 La respuesta

Con respecto a este punto, “las respuestas emocionales humanas son fenómenos multidimensionales que abarcan cogniciones (sentimientos, memorias, evaluaciones); reacciones viscerales, humorales e inmunológicas; gestos, vocalizaciones y manifestaciones expresivas; orientaciones posturales y conductas manifiestas y combinaciones de estas, por tanto implican al organismo en su totalidad”. (Cacioppo, Klein, Berntson y Hatfield, citados por Palmero y cols.; 2002: 72).

La activación y diferentes formas de conjunción de los sistemas de respuestas (conductuales, subjetivos y fisiológicos), tiene que ver con numerosas cuestiones, tales como el tipo de fenómeno causante de la reacción emocional, amén de otros factores sociales, culturales y situacionales de distinta índole.

1.3.4.1 La respuesta fisiológica

Las respuestas fisiológicas presentadas ante una emoción activan dos de los principales sistemas de defensa del organismo: el simpático adrenomedular y el adenohipofisario adrenocortical.

Las estructuras anatómicas más directamente implicadas en la emoción, se ubican en el sistema límbico, que incluye el hipotálamo, el septum, la circunvolución del cíngulo, la corteza entorrinal, parte de la amígdala y el tálamo anterior.

“Tanto en los casos de los procesos valorativos conscientes y deliberados, como de los automáticos, no conscientes e involuntarios, la integración de la amígdala, la corteza cingular y las representaciones disposicionales de la corteza prefrontal, favorecen que la respuesta fisiológica siga una secuencia coordinada: 1) activación de los núcleos del sistema nervioso anatómico que envían señales al cuerpo a través de los nervios periféricos, lo que provoca que las vísceras actúen de modo compatible con la situación que elicitó la respuesta, 2) envío de señales al sistema motor, por lo que los músculos esqueléticos configuran las características definitorias (faciales y posturales) compatibles con cada emoción, 3) la activación de los sistemas endocrino y péptidos, cuyos cambios favorecen globalmente al proceso de activación emocional, y finalmente, 4) se liberan neurotransmisores del tallo cerebral y prosencéfalo liberan sus mensajes químicos a varias regiones del telencéfalo (principalmente los ganglios basales y la corteza)” (Damasio, citado por Palmero y cols.; 2002: 78).

Cada una de las emociones del ser humano, tiene respuestas fisiológicas específicas, como lo es el caso del miedo, las cuales tienen su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, en forma de respuestas físicas, y se concretan en importantes elevaciones de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial sistólica y diastólica, de la fuerza de contracción del corazón, de la conductancia de la piel que

es un indicador de descargas de la rama simpática del sistema nervioso autónomo. Reducciones muy marcadas en el volumen sanguíneo y la temperatura periférica, como indicadores de una importante vasoconstricción, lo que se refleja en la palidez del rostro, produciendo una típica reacción de miedo de quedarse “helado” o “frío”. Todo ello favorece en primer instante la sensación de “paralización”, y seguidamente proporciona el tono muscular adecuado para iniciar huida o evitación de la situación desencadenante.

Los cambios fisiológicos que acompañan a la respuesta emocional de ira, se producen sobre el sistema nervioso autónomo y se concentran importantes elevaciones de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial sistólica y diastólica, de la salida cardíaca, aunque en menor grado comparado con el miedo. Produce reducciones en el volumen sanguíneo y en la temperatura periférica. A diferencia de algunas otras emociones, la ira produce aumento en las secreciones hormonales, especialmente en la noradrenalina, lo que proporciona un aumento de energía y posibilita el acometer acciones enérgicas. Por último, se produce una actividad neuronal, caracterizada por una elevada y persistente tasa de descarga neuronal.

Por otra parte, los efectos fisiológicos de la tristeza se producen al igual que el resto de la emociones sobre el sistema nervioso autónomo y se concretan en moderadas elevaciones de la respuesta cardíaca, ligeros aumentos de la presión arterial, incrementos en la resistencia vascular, elevaciones en la conductancia de la piel y reducciones en la salida cardíaca, el volumen sanguíneo y moderados

descensos de la temperatura periférica. También se produce una elevación en la actividad neurológica, que se mantiene de forma prolongada.

1.3.4.2 La expresión emocional.

La expresión hace referencia a la comunicación y exteriorización de las emociones mediante la expresión facial y otra serie de procesos de comunicación no verbal, tales como el cambio de postura o la entonación vocal. (Palmero y cols.; 2002: 80).

La expresión emocional implica la existencia de una serie de reglas que gobiernan las emociones: constitutivas, regulativas y procesuales (Averil, citado por Palmero y cols.; 2002: 80). Estas reglas varían acorde a las diferentes culturas, así como entre los diversos individuos.

Continuamente, las personas perciben si su conducta es socialmente adecuada en relación con los estándares (reglas regulativas), así como a lo que es afectivo (reglas procesuales). Este proceso, basando en el aprendizaje y la cultura, cumple la función de controlar las propias manifestaciones emocionales mediante la inhibición, exarcebación o distorsión de la respuesta emocional manifiesta (Palmero y cols.; 2002: 80).

Según Palmero y cols. (2002), la expresión puede manifestarse de muy diversas formas, que van desde la expresión automática, carente de todo control

voluntario, caracterizada por la expresión facial, los movimientos corporales y señales vocales espontáneas e impulsivas, hasta formas altamente controladas y rígidas de expresión, denominadas “represivas”, en las que el sujeto suprime o inhibe cualquier manifestación emocional observable, bien a causa de una disposición biológica, bien como fruto del aprendizaje a lo largo de su desarrollo emocional.

1.4 Tipos de emociones

Darwin divide a las emociones en dos categorías, las que excitan y las que deprimen. “Cuando las funciones del cuerpo y del espíritu –movimiento voluntario e involuntario, percepción, sensación, pensamiento, etc.-, se cumplen con más energía, puede decirse que el hombre o el animal está excitado. En caso contrario, puede decirse que está deprimido” (1997: 61).

Actualmente, existen diferentes clasificaciones de tipos de emociones, pero en cuestión a la mayoría de los autores, coinciden en la existencia de emociones básicas y sociales. Se entienden como básicas, aquellas que se han tenido por instinto y han evolucionado, mientras que las sociales son aquellas que aparecen por contacto con la cultura.

1.4.1 Emociones básicas

Para el célebre psicólogo Theodore Ribot, la personalidad envuelve en su profundidad el origen de la gran trinidad afectiva constituida por el miedo, la cólera y

el deseo: son los tres instintos nacidos directamente de la vida orgánica: defensivo, ofensivo y nutricio (citado por Palmero y cols.; 2002).

Desde ese punto de partida se mantuvieron el miedo y la cólera, y se agregaron la alegría, la tristeza, la sorpresa y el asco.

1.4.1.1 Cólera

Es una emoción excitante, es decir, provoca movimientos enérgicos que obran sobre el corazón, y por su mediación sobre el cerebro. En la antigüedad, el término comúnmente utilizado era cólera, actualmente también se identifica esta emoción con el nombre de ira.

Cuando el miedo y la intimidación se experimentan de manera repentina y continua, pueden ser dirigidos a la transformación de la ira. En sus orígenes, la ira era muy parecido al miedo, pero a diferencia de este, la cólera es un estado compulsivo, que anima a la acción.

Según Travis (citada por Stuart; 2004), la ira tiene causas y efectos tanto físicos como mentales, argumentando que quizás tenga su origen en los segmentos límbico o neocortical del cerebro, ya que en el primero se alojan las emociones y los impulsos racionales; en el segundo, el intelecto racional.

Para Darwin (citado por Stuart; 2004), algunos indicadores físicos de esta emoción son: aumento de la frecuencia cardiaca, sonrojo, contracción de las pupilas, abrir mucho los ojos, brillo de los ojos, respiración agitada, dilatar los orificios de la nariz, hinchar el pecho, poner los brazos en jarras, apretar los puños, hinchazón de las venas de la frente y del cuello, inclinar el cuerpo hacia el autor de la ofensa, apretar o rechinar los dientes, dificultades de vocalización, afasia, hablar con agitación o rápidamente, apretar los labios; a veces, mostrar los colmillos de uno de los lados de la boca.

1.4.1.2 Alegría

La alegría, al igual que el resto de las emociones, se corresponde con una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, la cual suele ser muy breve, intensa y provocada por un estímulo antecedente con características específicas.

Esta emoción básica es caracterizada por poseer una importante dimensión innata, los desencadenantes que pueden evocar dicha emoción presentan una mayor influencia cultural. Para Levenson (citado por Palmero y cols.; 2002), no parece muy claro, al menos en principio, con qué problema se encuentra asociada la alegría; es decir, es decir, no parece evidente el problema o situación que se soluciona con dicha emoción.

Lazarus (citado por Palmero y cols.; 2002), desde una perspectiva cognitiva, concretamente desde la teoría “racional-motivacional-cognitiva”, considera que la alegría se produce como consecuencia de la valoración que hace un individuo referida al progreso razonable respecto a la consecución de un fin deseado.

Diversos autores coinciden en que sí las consecuencias provocadas por un acontecimiento son evaluadas como deseables, y contribuyen a la consecución de objetivos, se produce la alegría.

Entre las funciones de la emoción de alegría en el ser humano, es posible dividirse en dos áreas: biológica y social. La primera función implicaría el aportar la energía necesaria para llevar a cabo conductas oportunas, ya que se le relaciona con la liberación de la tensión que se ha acumulado en el organismo. La experiencia de esta emoción contribuye a mantener un equilibrio entre la mente y el cuerpo, permitiendo a las personas recuperarse del estrés y la tensión diarios.

Por lo que respecta a la función social de la alegría, consiste en favorecer la relación interpersonal, influyendo sobre los demás, al favorecer la diversión, permitir mostrar el afecto o estima que se tiene por alguien, y suavizar las eventuales tensiones que con frecuencia se generan en el ambiente interpersonal.

El patrón fisiológico de esta emoción se caracteriza por una deceleración de la frecuencia cardíaca y una activación del musculo zigomático, cuya acción permite la elevación de las comisuras de la boca, en algunos casos pueden apreciarse grandes

manifestaciones de exaltación, júbilo y excitación, con carcajadas y gran actividad cinética. La respuesta motriz se centra principalmente en el rostro, con la apertura de los ojos y boca mediante la sonrisa.

Para Izard (citado por Palmero y cols.; 2002), la alegría se vivencia como una experiencia positiva, placentera y reforzante, acompañada de sentimientos de placer, de confort y bienestar, el cuerpo y la mente se hallan en equilibrio, posibilitando una sensación de relajación y un incremento del autoestima y confianza para afrontar los desafíos que depara la vida diaria.

1.4.1.3 Miedo

Es la sensación de pesar o incomodidad causada por la percepción de un mal o peligro inminente, en el cual provoca que el cuerpo se disponga en un estado de alarma.

Los individuos están diseñados para que su sistema nervioso responda a los peligros que fueron comunes en el pasado, no a las amenazas que conlleva la evolución (Marks, citado por Stuart; 2004).

Aparentemente, existe una forma primitiva e instintiva del miedo, que es un síndrome evolutivo, innato y probablemente universal entre los animales. Se afirma que muchas especies experimentan un sentimiento de inseguridad casi permanente

frente a su medio ambiente, y que ante un estímulo “amenazador” tienen una reacción de alarma y comportamiento alerta. (Hansberg; 1996).

En el ser humano, al igual que el resto de los animales, se encuentra una predisposición innata a este tipo de miedo, por lo que es posible distinguir, una forma de miedo, genéticamente predeterminada y transmitida hereditariamente, que desencadena una serie de mecanismos fisiológicos, afectivos y conductuales, todos ellos interrelacionados.

Aun cuando existe un nivel primitivo del miedo como emoción en el ser humano, este puede diferenciarse de los animales, ya que ellos sienten el miedo cuando se percibe algo como peligroso, mientras que las personas son capaces de concientizar la emoción y atribuirlo a algo o alguien específico.

Los aspectos fisiológicos del miedo son variados: las reacciones automáticas que entran en juego son capaces de afectar todos los aparatos del organismo, ya sea acelerando sus funciones o retardándolas. Entre las posibles reacciones se encuentran: taquicardia, palidez, congestión facial, transpiración, dilatación de pupilas, temblor, trastornos digestivos o urinarios, erección de cabellos, respiración acelerada o falta de voz. Estas reacciones son desencadenadas por secreciones de adrenalina o de acetilcolina que activan el sistema simpático o parasimpático.

En cuanto a las reacciones conductuales, el miedo puede provocar desde la inhibición total hasta un comportamiento motor complejo, que conllevaría hacer frente y atacar al objeto que se percibe como amenazador o, en su defecto, huir de él.

1.4.1.4 Tristeza

El proceso de valoración de la emoción de tristeza está relacionado con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida esta como un objeto o una persona. La tristeza, además, puede ser experimentada por alguien próximo a la persona que presenta dicha emoción. En cuanto al espacio temporal, esta emoción puede ubicarse en el pasado, presente o inclusive, futuro. (Palmero y cols.; 2002).

Aun cuando la tristeza es una emoción básica, es decir, que todos los seres humanos cuentan con los mecanismos necesarios para experimentar dicha emoción, los estímulos que la desencadenarán vendrán tamizados por las influencias sociales, culturales, morales e incluso religiosas, que haya experimentado un individuo en particular.

Cuando la valoración realizada ante un determinado acontecimiento lleva a la conclusión de que un individuo ha perdido algo importante para su propio bienestar, se produce la emoción de tristeza.

Una de las funciones principales de la tristeza tiene connotaciones sociales, es decir, la expresión de la emoción es interpretada como una petición o demanda de ayuda a los otros miembros del grupo o de la sociedad, incrementando así la cohesión social y la unión entre los miembros del grupo, fomentando también la conducta de ayuda o altruista.

Otra función de esta emoción es de aspecto personal, ya que, a diferencia del resto de las emociones, esta conlleva una reflexión, permitiendo que la persona haga introspección, realice un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general.

Uno de los signos más notorios en la expresión de la tristeza consiste en la orientación hacia debajo de las comisuras de la boca, que son la consecuencia de una relativa pérdida del tono muscular facial. La apatía motriz y el abandono conductual reflejan la pérdida de interés de la persona triste. Las conductas de la emoción de la tristeza son pocas, y en general, se restringen a proporcionar información a los demás acerca del estado de pérdida en el que se encuentra una persona.

1.4.1.5 Sorpresa

Algunos autores esgrimen que la reacción afectiva de la sorpresa no se encuentra directamente relacionada con un instinto; otros cuestionan su función como preparación para la acción.

La sorpresa es la emoción más breve de todas las existentes. Se produce de una forma súbita ante una situación novedosa o extraña, y desaparece con la misma rapidez con la que apareció. Además, suele dar lugar a la aparición de otras emociones, en concreto, a aquella que sea más congruente con la situación u objeto estimulante de la sorpresa.

Se trata de una emoción que se caracteriza por su reacción a algo imprevisto o extraño, como consecuencia de ello, la atención, la memoria de trabajo y, en general, la mayoría de los procesos psicológicos, se dedican a procesar la estimulación responsable de esta reacción.

La sorpresa facilita la aparición de una reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas, para que esto suceda, elimina las actividades residuales del sistema nervioso central, produce un bloqueo de otras actividades y la concentración de esfuerzos, en el análisis del evento sorprendente o inesperado.

Conjuntamente con la reacción emocional, se produce un incremento general de la actividad cognitiva, lo que permite identificar, analizar y valorar las condiciones desencadenantes de la misma (Palmero y cols.; 2002).

Entre los principales efectos fisiológicos son: la desaceleración de la frecuencia cardíaca, aumento del tono muscular, cambio de frecuencia de la respiración y un incremento en la actividad neuronal.

La expresión facial de la sorpresa se caracteriza por la elevación de la parte interior y exterior de las cejas, la elevación de los párpados superiores, el descenso de la mandíbula y la apertura de la boca.

1.4.1.6 Asco

La emoción de asco, aversión o repugnancia, ha sido reconocida como una emoción básica desde el pionero trabajo de Darwin. Se considera una emoción básica porque tiene un sustrato emocional innato, una expresión universal también innata, un único estado motivacional-afectivo y un patrón de respuesta asociado que es relativamente estable a lo largo de distintas situaciones, culturas e incluso especies. De forma semejante a otras emociones básicas, se caracteriza por una expresión facial concreta, una acción apropiada –distanciamiento del objeto o situación que la produce-, una distintiva manifestación fisiológica –la náusea- y una sensación característica –la repulsión. (retomado por Palmero y cols.; 2002).

En sentido amplio, el hablar de asco, define una marcada aversión producida por algo fuertemente desagradable.

El asco es una emoción compleja, que implica una respuesta de rechazo a un objeto, de un acontecimiento psicológico o de valores morales.

Rozin, Haidt y McCauley (citados por Palmero y cols.; 2002) han encontrado siete dominios activadores del asco:

1. Ciertos alimentos.
2. Las secreciones corporales.
3. Ciertos animales o bichos.
4. Ciertas conductas sexuales inapropiadas.
5. Contacto con cuerpos muertos.
6. Trozos corporales.
7. La falta de higiene.

Aun cuando se habla de dominios elicidores del asco, también existen diferencias individuales en cuanto a la sensibilidad para la emoción.

La función adaptativa de esta emoción, es preparar al organismo para que ejecute eficazmente un rechazo de las condiciones ambientales potencialmente dañinas, movilizandó la energía necesaria para ello y dirigiendo la conducta al alejamiento del estímulo desencadenante; asimismo, funciona como potenciador de hábitos saludables e higiénicos para la adaptación.

1.4.2 Emociones sociales o secundarias

Las emociones sociales aparecen en el ser humano después del primer año de vida, cuando la persona comienza a tomar consciencia sobre el sentido de uno mismo. Suelen denominarse también emociones secundarias o autoconscientes.

Estas emociones son de tipo social, ya que implican no solo la valoración de uno mismo sino de los otros, funcionando como mediadoras de valores del contexto social donde vive la persona. Enseguida se explica cada una, con base en Palmero y cols. (2002).

1.4.2.1 Culpa

Es una emoción privada, que surge de la propia desaprobación, aparece cuando se trasgreden ciertas normas o reglas, siendo así resultado del conflicto entre el yo y el súper yo.

Diversos estudios muestran que la culpa tiende a asociarse con la empatía, poniendo en un lugar mayor los sentimientos positivos producidos por la emoción en el ámbito interpersonal.

1.4.2.2 Vergüenza

La vergüenza es una emoción de índole más pública, ya que surge de la desaprobación de los demás y requiere de la presencia (real o imaginaria), de los otros. Generalmente puede surgir cuando no se alcanzan ciertas metas o estándares, a partir de los conflictos entre el yo y el yo ideal.

Puede decirse que la vergüenza provoca un deseo de escapar de la situación o desaparecer, ya que existe una incomodidad en la persona que presenta la emoción.

1.4.2.3 Enamoramiento

El ser humano tiene la capacidad de amar y lo hace de una distinta manera, según la relación que se establezca con el ser querido. El enamoramiento, aun cuando es una de las emociones más intensas, no deja de ser una fase (la primera en el tiempo) de un tipo de amor, el romántico, en el contexto sociocultural actual.

El sentimiento de amor romántico intenso constituirá un sistema emocional asociado a circuitos distintivos de una actividad cerebral activados por estímulos específicos (Panskepp, citado por Palmero y cols.; 2002).

Ortega (citado por Palmero y cols.; 2002) define al enamoramiento como un estado anómalo de la atención, por ello el enamoramiento sería una limitación importante del raciocinio.

El enamoramiento se trata de una explosión emocional que va acompañada de obnubilación mental, euforia y ansia por unirse a la otra persona. La duración de esta emoción es variable, pero, a diferencia de las otras emociones, esta tiende a perdurar mayor tiempo. Comienza antes de que la relación de pareja se establezca y

perdura mientras se mantiene, puede llegar a disminuir con el paso del tiempo o inclusive desaparecer provocando la ruptura de la relación.

1.5 Relación entre salud y enfermedad

Las ciencias biomédicas han obtenido espectaculares avances en el conocimiento del origen y el tratamiento de la enfermedad, baste recordar los avances en el esclarecimiento de la biología molecular del cáncer o en el tratamiento de los trastornos cardiacos. Estas reacciones están mediadas por factores psicofisiológicos a los que no se ha prestado tanta atención, entre las que destacan, entre otras, las reacciones endocrinas, inmunes y autonómicas (Spiegel, citado por Palmero y cols.; 2002).

A lo largo de los últimos años, el hombre ha buscado encontrar una relación entra la salud y la emoción, como consecuencia de ello, surgen nuevas disciplinas científicas, como es el caso de la psiconeuroinmunología.

Dicha disciplina estudia las relaciones existentes entre los procesos psicológicos y el sistema inmune. Básicamente se sostiene que los procesos psicológicos, especialmente los emocionales, están íntimamente interrelacionados con los mecanismos nerviosos, endocrinos e inmunológicos, y lo que es más relevante, su capacidad para explicar cómo el estrés y el estado afectivo pueden alterar las respuestas inmunes celulares y hormonales (Ader, Cohen y Felten, citados por Palmero y cols.; 2002).

Hasta el momento actual, numerosos trabajos analizaron el efecto del estrés sobre el sistema inmune ante exámenes universitarios (Glaser y Kiecolt-Glaser), en familiares que cuidan de un paciente terminal de Alzheimer (Kiecolt-Glaser) y en sujetos que han perdido a un cónyuge (Kiecolt-Glaser); se concluye con esos estudios que las personas que experimentan un acontecimiento estresante de intensidad elevada, o incluso moderada, muestran una reducción de la competencia del sistema inmune (referidos por Palmero y cols.; 2002).

La forma en que la persona maneja las emociones y responde al estrés, en particular, no influye en la salud a través de un único mecanismo, sino que puede ejercer esa influencia de muy diversas maneras, que, además inciden en diferentes procesos al enfermar (Fernández y Martínez, citados por Palmero y cols.; 2002).

Las emociones, como ya se revisó en este capítulo, conllevan un proceso emocional que pasa por tres fases: antecedentes, la evaluación y la respuesta. Ahora bien, como han mencionado diferentes autores, entre ellos Darwin y Palmero y colaboradores, este proceso es parte de la naturaleza de todo ser humano, en donde van desde las emociones básicas (instintivas) como las sociales, retomando esto, es posible identificar que inclusive las personas con enfermedad renal crónica pasan por dicho proceso, más aun por la incidencia de las emociones dentro de las enfermedades. El siguiente capítulo pretende clarificar la enfermedad renal crónica, así como los diferentes aspectos que la caracterizan.

CAPÍTULO 2

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El presente capítulo busca esclarecer la problemática de insuficiencia renal crónica, así como explicar las principales funciones del riñón y sus problemáticas, para encuadrar la situación de salud del caso tomado en el presente estudio.

2.1 Los riñones.

Los riñones son dos órganos que se encuentran ubicados a los lados de la columna vertebral, a la altura de las últimas costillas y detrás del peritoneo parietal, por lo que son considerados órganos retroperitoneales. En un ser humano adulto, cada riñón pesa en promedio 150 g. y tiene el tamaño aproximado de un puño cerrado, aunque se encontrará determinado principalmente por la cantidad de nefronas que contiene. (Higashida, 2005)

Existen dos funciones fundamentales en estos órganos: la primera es eliminar del cuerpo las sustancias de desecho que se han ingerido o se han producido por el metabolismo, la segunda función, que es especialmente decisiva, es la regulación del volumen y composición de los líquidos corporales. Esta función reguladora mantiene el ambiente estable que todas las células necesitan para llevar a cabo sus diversas actividades (Ganong, 1994).

Los riñones realizan sus funciones más importantes filtrando el plasma y eliminando sustancias de filtrado en cuantía variable, según las necesidades del organismo. En otras palabras, los riñones depuran o aclaran las sustancias de desecho de filtrado glomerular, excretándolas a la orina, mientras le devuelven a la sangre las sustancias que son necesarias.

Existen otra serie de funciones realizadas por los riñones, como son:

- Excreción de los productos metabólicos de desecho y de las sustancias químicas extrañas.
- Regulación del equilibrio hídrico y electrolítico.
- Regulación de la osmolaridad de los líquidos corporales y de las concentraciones de electrólitos.
- Regulación del equilibrio ácido-básico.
- Regulación de la presión arterial.
- Secreción, metabolismo y excreción de hormonas.
- Gluconeogénesis (Guyton, 2001).

La nefrona es la unidad funcional del riñón, en el ser humano cada uno de estos órganos está formado por un millón de nefronas, aproximadamente, todas ellas son capaces de formar la orina. Sin embargo el riñón no puede generar nefronas nuevas; por tanto, las lesiones o enfermedades renales, o el envejecimiento normal producen una pérdida progresiva del número de nefronas.

2.2 Enfermedades renales.

“Las enfermedades del riñón se encuentran entre las causas de muerte e incapacidad más importantes de muchos países de todo el mundo. Por ejemplo, se calcula que en 1999, más de 20 millones de habitantes de Estados Unidos tenían enfermedades renales” (Guyton y Hall; 2001).

Entre las enfermedades renales graves pueden agruparse en dos categorías: 1) insuficiencia renal aguda, en la que los riñones dejan de funcionar de manera repentina, ya sea por completo o casi por completo, teniendo oportunidad de recuperar su función normal o casi normal, e 2) insuficiencia renal crónica, en la que existe una pérdida progresiva de las nefronas, lo que conlleva a una disminución progresiva y global de la función renal. Estas dos categorías engloban una gran cantidad de enfermedades específicas que pueden afectar los vasos sanguíneos renales, los glomérulos, los túbulos, al intersticio renal y partes de la vía urinaria extrarrenal, como puede ser la vejiga.

2.2.1 Insuficiencia renal aguda.

Las causas de insuficiencia renal aguda pueden dividirse en tres categorías principales, de acuerdo con Guyton (2001):

- 1) Insuficiencia renal aguda secundaria a la disminución de la irrigación sanguínea del riñón: este cuadro suele conocerse como insuficiencia renal

aguda prerrenal, aludiendo al hecho de que la alteración se produce antes de los riñones, como consecuencia de insuficiencia cardíaca, que reduce el gasto cardíaco y la presión arterial; cuadros asociados a una disminución de volumen sanguíneo y de la presión arterial, como una hemorragia grave.

- 2) Insuficiencia renal aguda intrarrenal, esta sucede como secundaria a alteraciones dentro del propio riñón, entre ellas aparecen todas aquellas que afectan los vasos sanguíneos, los glomérulos y los túbulos.
- 3) Insuficiencia renal aguda posrenal, apareciendo como secundaria a una obstrucción al sistema colector de la orina en algún lugar entre las cálices y el tracto de salida de la vejiga. Las causas más importantes de esta obstrucción son los cálculos renales.

2.2.2 Insuficiencia renal crónica.

La insuficiencia renal crónica surge como consecuencia de la pérdida irreversible de un gran número de nefronas funcionantes. Los síntomas graves aparecen hasta que el número de nefronas funcionantes disminuye por debajo de un 70% (Guyton y Hall, 2001).

Aun con la amplia variedad de enfermedades que pueden conducir a una insuficiencia renal crónica, el resultado final es esencialmente el mismo: una disminución de nefronas funcionantes.

En la mayoría de los casos, la lesión inicial del riñón conduce a un deterioro progresivo de la función renal y a una pérdida continuada de nefronas hasta un punto en el que el paciente deberá ser sometido a un tratamiento de diálisis o recibir un trasplante con un riñón funcionante para sobrevivir. Esta situación también es denominada insuficiencia renal terminal.

A principios de los años 80, se creía que la glomerulonefritis, en sus diversas formas, era la causa más común de insuficiencia renal aguda, sin embargo, en los últimos años se han reconocido que la diabetes mellitus y la hipertensión son las principales causas de la enfermedad.

Enseguida se exponen, con base en Guyton y Hall (2001) las diversas circunstancias implicadas en la insuficiencia renal crónica.

2.2.2.1 Lesión de la vascularización renal como causa de insuficiencia renal crónica.

En muchas ocasiones, las lesiones ateroscleróticas o hiperplásicas de las grandes arterias, afectan más a un riñón que al otro, por lo que causan una reducción unilateral de la función renal.

La nefrosclerosis benigna, la forma más frecuente de enfermedad renal, afecta alrededor del 70% de las personas que mueren después de los 60 años. Este tipo de lesión vascular afecta a las arterias interlobulillares más pequeñas y a las arteriolas

aferentes al riñón. Comienza con una salida de plasma a través de la membrana íntima de estos vasos para formar depósitos fibrinoides en las capas medias, engrosando la pared vascular que acaba comprimiendo y ocluyendo la luz.

Debido a que las arterias renales no disponen de circulación colateral, la oclusión de una o más de ellas implica a la destrucción de una innumerable cantidad de nefronas. Por tanto, gran parte del tejido renal acaba siendo sustituido por pequeñas cantidades de tejido fibroso. Cuando los glomérulos se esclerosan, la lesión recibe el nombre de glomerulosclerosis.

La nefrosclerosis y la glomerulosclerosis afectan a la mayoría de las personas a partir del cuarto decenio de la vida y producen una disminución alrededor del 10% del número de nefronas funcionantes cada 10 años, a partir de los 40 años de edad.

2.2.2.2 Síndrome nefrótico: excreción de proteínas por la orina por aumento de la permeabilidad glomerular.

Existen varios pacientes con enfermedades renales que desarrollan el llamado “síndrome nefrótico”, caracterizado por la pérdida de grandes cantidades de proteínas plasmáticas en la orina. En algunos casos, esta complicación se produce sin que aparezcan otras alteraciones importantes en la función renal, aunque lo más frecuente es que se asocie directamente con algún grado de insuficiencia renal.

La pérdida de proteínas por la orina se debe al aumento de la permeabilidad de la membrana glomerular. Entonces, cualquier enfermedad que afecte la permeabilidad de esta membrana conllevará a un síndrome nefrótico. Entre las enfermedades destacadas son:

- 1) La glomerulonefritis crónica, que afecta principalmente a los glomérulos, provocando a menudo un considerable aumento en la permeabilidad de la membrana glomerular.
- 2) La amiloidosis, consecuencia del depósito de una sustancia proteica anormal en las paredes de los vasos sanguíneos, causando grandes lesiones en la membrana basal glomerular.
- 3) El síndrome nefrótico con cambios mínimos, en el que no existen anomalías importantes en la membrana capilar glomerular que puedan detectarse con microscopio óptico. Este se asocia a una pérdida de las cargas negativas, normalmente existentes en la membrana basal de los capilares glomerulares. Los estudios inmunológicos han demostrado que, en algunos casos, se producen reacciones inmunitarias anormales, lo que sugiere que la pérdida de cargas negativas a consecuencia de un ataque a la membrana por anticuerpos.

Si existe una pérdida de las cargas negativas normales de la membrana basal de los capilares glomerulares, permitirá que las proteínas, especialmente la albúmina, pasen fácilmente a través de la membrana, ya que estas cargas negativas son las que repelen las proteínas plasmáticas cargadas negativamente.

Cuando la concentración plasmática de proteínas disminuye demasiado (menos de 2 g/dL), la presión coloidosmótica desciende casi al 75% de su valor normal, perdiendo con esto grandes cantidades de líquido desde los capilares de todo el organismo a la mayoría de los tejidos y, por consiguiente, produce un intenso edema.

2.2.2.3 Función anormal de las nefronas en la insuficiencia renal crónica.

Contrario a lo que se podría pensar, que a menor cantidad de nefronas, menor excreción renal y solutos, la pérdida de nefronas funcionantes obliga a las nefronas supervivientes a excretar una cantidad mayor de solutos..

Los pacientes que han perdido hasta un 70% de sus nefronas, pueden seguir excretando cantidades normales de agua y electrolitos, sin que se produzca una acumulación grave de ninguno de ellos en los líquidos corporales. Sin embargo, una reducción mayor del número de nefronas conduce a la retención de líquido y electrolitos, y cuando el número de nefronas disminuye por debajo del 5 al 10% de su cifra normal, el paciente muere.

A diferencia de los electrolitos, muchos de los productos de desecho del metabolismo, como la urea y la creatinina, se acumulan en proporción directa al número de nefronas existentes. Estas sustancias dependen para su excreción, en gran medida, del filtrado glomerular, ya que no son absorbidas de una forma tan ávida como los electrolitos.

Otro efecto importante del aumento de la tasa de flujo tubular que se produce en las nefronas restantes de los riñones enfermos, es que los túbulos renales pierden su capacidad para concentrar o diluir la orina. La capacidad de concentración del riñón se pierde sobre todo porque: 1) la rapidez del flujo líquido tubular a través de los conductos colectores, impide una reabsorción del agua adecuada, y 2) el flujo rápido impide que el mecanismo de contracorriente funcione concentrando de manera eficaz los solutos en el líquido del intersticio medular. Por ende, a medida que van destruyendo nefronas, va disminuyendo la capacidad de concentración máxima del riñón.

Como en la insuficiencia renal crónica, el mecanismo de concentración se altera en mayor medida que el de dilución, una prueba que resulta funcional consiste en determinar hasta qué punto el riñón concentra la orina cuando se somete al paciente a deshidratación de 12 o más horas.

2.2.2.4 Efectos de la insuficiencia renal sobre los líquidos corporales.

Los efectos producidos por la insuficiencia renal sobre los líquidos corporales, dependerán de la ingestión de agua y alimentos y del grado de deterioro de la función renal. Esto se explica con mayor detalle en los subapartados siguientes, con base en el planteamiento de Guyton y Hall (2001).

2.2.2.4.1 Retención de agua y desarrollo de edema en la insuficiencia renal.

Si se limita a la ingestión de agua inmediatamente después de que inicie la insuficiencia renal, el aumento de contenido de líquido por todo el cuerpo será escaso, pero si no se limita y el paciente bebe agua como respuesta al mecanismo normal de sed, los líquidos corporales comenzarán a aumentar de manera inmediata.

En la insuficiencia renal crónica parcial, la acumulación de líquidos puede no ser grave, dependiendo de que la ingesta de agua y sales no sea excesiva.

La pequeña retención de líquido, junto al aumento de la secreción de renina y angiotensina II, suele producirse en la enfermedad renal isquémica, lo que provoca una hipertensión grave en la insuficiencia renal crónica. En la mayoría de los pacientes con diálisis, se encuentra hipertensión, lo cual puede ser controlado mediante la reducción de la ingestión de sal o la reducción de líquido extracelular por la diálisis; en algunos otros, esta hipertensión continua incluso tras la eliminación del exceso de sodio con diálisis. La solución para estos pacientes es la extirpación de los riñones isquémicos, siempre y cuando la diálisis evite la retención de líquidos.

2.2.2.4.2 Uremia: Aumento de la urea y otras sustancias.

Entre las sustancias que elevan su concentración en el organismo, se encuentra la urea, la creatinina y algunos otros compuestos menos importantes. En general, estos son productos terminales del metabolismo proteico que deben

eliminarse para garantizar el metabolismo proteico normal de las células. Sus concentraciones, en especial de la urea, pueden llegar a elevarse hasta 10 veces su valor normal tras 1 a 2 semanas de insuficiencia renal total. En la insuficiencia renal crónica, estas concentraciones ascienden de manera proporcional a la reducción del número de nefronas funcionantes. Debido a esto, la medición de las concentraciones de estas sustancias, sobre todo en la urea, constituye un medio importante para valorar el grado de insuficiencia renal.

2.2.2.4.3 La acidosis en la insuficiencia renal.

La producción de ácidos metabólicos del organismo por día oscila entre 50 a 80 milimoles más que la cantidad de álcalis metabólicos. Por ende, cuando los riñones dejan de funcionar, los ácidos se acumulan en los líquidos corporales.

Los amortiguadores de los líquidos corporales pueden llegar a neutralizar alrededor de 500 a 1000 milimoles de ácido, sin que ello suponga un aumento letal en la concentración de iones de hidrógeno en el líquido extracelular, y los compuestos fosfato óseos pueden amortiguar algunos otros pocos miles de milimoles de iones de hidrógeno. Aunque, cuando esta capacidad de amortiguación se agota, el pH sanguíneo disminuye de forma drástica, provocando que el paciente entre en coma y muera.

2.2.2.4.4 Anemia producida por la disminución de la secreción de eritropoyetina.

La mayoría de las veces, los pacientes con insuficiencia renal crónica grave desarrollan una anemia cuya causa importante es la disminución de la secreción renal de eritropoyetina, hormona que se encarga de estimular la producción de eritrocitos por la médula ósea. Cuando los riñones están gravemente dañados, pierden su capacidad para formar cantidades adecuadas de eritropoyetina, lo que se traduce en una disminución de hematíes, provocando, por consiguiente, una anemia.

2.2.2.4.5 Osteomalacia.

Con el paso del tiempo, la insuficiencia renal crónica produce osteomalacia, situación en la que existe una reabsorción parcial de los huesos que, en consecuencia, se hacen más frágiles.

La principal causa de esta problemática es la siguiente: para que la vitamina D estimule la absorción de calcio en el intestino, debe convertirse en 1,25-dihidroxicolecalciferol mediante un proceso que consta de dos pasos: uno hepático y otro renal. Por tanto, las lesiones renales graves reducen notablemente la concentración sanguínea de vitamina D activa, provocando una disminución en la absorción intestinal de calcio y disponibilidad para los huesos.

2.2.2.5 Hipertensión y enfermedad renal.

La relación coexistente entre la hipertensión y enfermedad renal es muy estrecha. En algunos casos, la hipertensión puede exacerbar las lesiones glomerulares y de los vasos sanguíneos renales, lo que la convierte en uno de los principales detonantes de insuficiencia renal terminal; a su vez, las alteraciones de la función renal pueden producir hipertensión. Así, esta relación provoca un círculo vicioso donde se afectan mutuamente, agravando la situación del paciente (Guyton, 2001).

No todas las enfermedades renales causan hipertensión, ya que la alteración de determinadas proporciones del riñón, puede desencadenar uremia sin hipertensión. No obstante, también existen algunos tipos de enfermedad renal que muestran una tendencia a producir hipertensión. Enseguida se explican estos, con base en Guyton y Hall (2001).

2.2.2.5.1 Lesiones renales que reducen la capacidad de los riñones para excretar sodio y agua.

Las lesiones renales que reducen la capacidad de los riñones para excretar sodio y agua, producen hipertensión de forma casi sistemática. Algunos de los tipos específicos de alteraciones renales que provocan hipertensión, son:

- 1) Aumento de la resistencia vascular renal, la cual reduce el flujo sanguíneo renal y la TFG, entre los cuales se encuentra la hipertensión producida por la estenosis de la arteria renal.
- 2) Disminución del coeficiente de filtración capilar glomerular, que reduce la TFG. Un ejemplo es la glomerulonefritis crónica, que produce inflamación y engrosamiento de las membranas capilares glomerulares.
- 3) Reabsorción tubular de sodio excesiva, como ejemplo, se encuentra la hipertensión producida por una secreción excesiva de aldosterona, que aumenta la reabsorción de sodio.

Una vez desarrollada la hipertensión, la excreción renal de sodio y agua vuelve a la normalidad, debido a que el aumento de la presión arterial da lugar a natriuresis y diuresis por presión, por lo que la ingestión y excreción de agua se equilibran de nuevo.

2.2.2.5.2 Lesiones renales parcelares y aumento de la secreción renal de renina.

Si una parte del riñón queda en isquemia, mientras que el resto se mantiene bien irrigado, el tejido isquémico reacciona secretando grandes cantidades de renina. Esta secreción conduce a la formación de angiotensina II y al desarrollo eventual de hipertensión. Esta reacción es una cadena de acontecimientos que consiste en: 1) el tejido renal isquémico excreta cantidades de sodio y agua inferiores a las normales; 2) la renina secretada por el riñón isquémico y posterior formación de angiotensina II

afectan al tejido renal no isquémico, estimulándolo para que también retenga agua y sal, y 3) el exceso de agua y sal produce hipertensión de la forma habitual.

Cuando solo son ciertas parcelas de uno o ambos riñones las que sufren isquemia, pueden producir un tipo de hipertensión similar. En estos casos, las nefronas isquémicas excretan menos cantidad de agua y sal, pero secretan mayores cantidades de renina, con el consiguiente aumento de la formación de angiotensina II. Los elevados niveles de angiotensina II alteran la capacidad de las nefronas adyacentes, por lo demás normales, para excretar agua y sodio. El resultado final es una hipertensión que restablece la excreción global de sodio y agua, de forma que se mantenga el equilibrio entre ingreso y excreción de sal y agua.

2.2.2.5.3 Insuficiencia renal sin hipertensión.

La pérdida de un gran número de nefronas completas, como sucede en la pérdida de un riñón y parte del otro, causa en la mayoría de los casos una insuficiencia renal cuando la cantidad de tejido perdido es suficientemente grande. Cuando las nefronas restantes son normales y la ingestión de sal no es excesiva, este cuadro puede no producir una hipertensión significativa. Aunque los pacientes con este tipo de alteraciones pueden desarrollar hipertensión si sufren nuevas agresiones, como lo puede ser la ingesta excesiva de sal; en estos casos, los riñones no pueden eliminar cantidades adecuadas de sal debido al pequeño número de nefronas funcionantes disponibles en el organismo.

2.2.2.6 Alteraciones tubulares específicas.

Si algunos de los genes responsables del transporte de las sustancias a través del tejido tubular faltan o tienen alguna anomalía, los túbulos crecerán de alguna de las proteínas transportadoras necesarias, o de una de las enzimas imprescindibles para el transporte de solutos por las células renales. Con fundamento en Guyton y Hall (2001), se exponen enseguida las características de dichas alteraciones.

2.2.2.6.1 Glucosuria renal.

Se refiere al fracaso de los riñones para reabsorber la glucosa. En este trastorno, la concentración de glucosa en la sangre puede ser normal, pero el mecanismo de transporte de reabsorción tubular de glucosa es muy limitado o, en su defecto, no existe. Por ende, aunque la glucemia sea normal, pasan diariamente a la orina grandes cantidades de glucosa. Como es el caso de la diabetes mellitus, en la cual se produce el paso de la glucosa a la orina.

2.2.2.6.2 Aminoaciduria.

Este tipo de alteración hace referencia al fracaso de los riñones para reabsorber aminoácidos.

Algunos aminoácidos comparten sistemas mutuos de transporte para su reabsorción, mientras que otros tienen sistemas de transporte propios. Rara vez se

produce una alteración de todos los aminoácidos a consecuencia de este cuadro denominado aminoaciduria generalizada, ya que es más frecuente encontrar déficit de los distintos sistemas específicos de transporte, que pueden dar lugar a: 1) cistinuria esencial la cual se caracteriza porque dejan de reabsorber grandes cantidades de cistina, que a menudo cristalizan en la orina formando cálculos renales; 2) glicinuria simple, en la que no se reabsorbe glicina, o 3) aciduria beta-aminoisobutírica, que afecta alrededor de la población, pero que realmente no tiene mucha importancia clínica.

2.2.2.6.3 Hipofosfatemia renal.

En la hipofosfatemia renal, los túbulos renales no reabsorben cantidades suficientes de iones de fosfato cuando la concentración de estos en los líquidos orgánicos desciende mucho. Esta problemática no suele causar anomalías graves inmediatas, debido a que la concentración de fosfato en los líquidos extracelulares puede variar ampliamente, sin que ello produzca alteraciones importantes de la función celular. Pero a largo plazo, la baja concentración de fosfatos lleva a un descenso de calcificación de los huesos y provoca raquitismo, sin tener reacción a la aplicación de vitamina D.

2.2.2.6.4 Diabetes insípida nefrógena.

En algunas ocasiones, los túbulos renales no responden a la hormona antidiurética y excretan grandes cantidades de orina diluida. Cuando la persona

ingiere cantidad suficiente de agua, este cuadro no provoca daños graves, pero si no dispone de cantidades adecuadas de agua, el paciente se deshidrata rápidamente.

2.2.3 Diálisis.

Cuando existe una pérdida grave de la función renal, ya sea aguda o crónica, existe una amenaza para la vida y esta circunstancia obliga a eliminar productos tóxicos de desecho, así como a restablecer el volumen y la composición de los líquidos corporales. Ello puede lograrse mediante diálisis con un riñón artificial. Según la gravedad de la enfermedad renal, será el empleo que se le dará a la diálisis, es decir, en algunos tipos de insuficiencia renal aguda, el riñón artificial se emplea para mantener al paciente con vida en tanto sus riñones se recuperan, pero, si la pérdida de la función renal es irreversible, será necesario recurrir a la diálisis crónica para mantener la vida.

Son muchas las personas con insuficiencia renal irreversible o, incluso, con extirpación total de los riñones, que pueden sobrevivir durante 15 o 20 años gracias a la diálisis con riñón artificial. Debido a que la diálisis no puede mantener una composición completamente normal de los líquidos orgánicos, ni puede sustituir todas las múltiples funciones que llevan a cabo los riñones, la salud de estos pacientes suele estar significativamente alterada. Un tratamiento mejor para la pérdida permanente de la función renal es el restablecimiento de tejido renal mediante el trasplante.

2.2.3.1 Principios básicos de la diálisis.

El principio básico del riñón artificial, consiste en el paso de la sangre a través de diminutos canales sanguíneos limitados por una fina membrana. Al otro lado de la membrana se encuentra el líquido de diálisis, al que por difusión, pasan las sustancias no deseadas que se encuentran en la sangre.

En los riñones artificiales, la sangre fluye continuamente entre dos finas membranas de celofán; fuera de la membrana se encuentra el líquido de diálisis (Ver Anexo 1). El celofán es lo suficientemente poroso, lo que permite que los componentes del plasma, salvo las proteínas, difundan en ambas direcciones, desde el plasma hacia el líquido de diálisis, o desde este hacia el plasma. Si la concentración de una sustancia es mayor en el plasma que en el líquido de diálisis, se producirá un paso neto de la sustancia desde el plasma al líquido de diálisis (Guyton y Hall, 2001).

La tasa de movimiento de los solutos a través de la membrana de diálisis depende de: 1) el gradiente de concentración del soluto entre dos soluciones; 2) la permeabilidad de la membrana al soluto; 3) la superficie de la membrana, 4) el tiempo que permanecen en contacto con la sangre y el líquido a través de la membrana.

La máxima transferencia de los solutos se produce en los primeros momentos, cuando el gradiente de concentración es mayor (al principio de la diálisis), y se va

lentificando a medida que disminuye el gradiente de concentración. En un sistema fluyente como es el caso de la hemodiálisis, en el que el líquido y la sangre fluyen a través del riñón artificial, puede reducirse la disipación del gradiente de concentración, lo que permite la optimización de la difusión de los solutos a través de la membrana al aumentar la tasa de flujo de la sangre, del líquido de diálisis o de ambos. Para evitar que la sangre coagule en el riñón artificial, a medida que penetra la sangre se va infundiendo una pequeña cantidad de heparina (Guyton y Hall, 2001).

2.2.3.2 Líquido de diálisis.

En el líquido de diálisis no existen fosfatos, urea, uratos, sulfato ni creatinina, sustancias cuya concentración es muy alta en el plasma urémico. Por tanto, cuando se dializa al paciente urémico, estos productos pasan a grandes cantidades hacia el líquido de diálisis.

La eficacia del riñón artificial puede expresarse en términos de cantidad de plasma que se depura de las distintas sustancias por minuto, lo cual es el principal método de expresión de eficacia de los propios riñones para eliminar las sustancias del organismo no deseadas. Casi todos los riñones artificiales pueden eliminar la urea del plasma a una tasa de 100 a 225 mL/min, lo que indica que, al menos en cuanto a depuración de urea, los riñones artificiales pueden funcionar con una rapidez casi al doble que los dos riñones normales, ya que la depuración de urea en ambos combinados es de solo 70 mL/min. Aunque es importante recordar que los riñones artificiales no pueden sustituir algunas funciones naturales, como la

secreción de eritropoyetina, necesaria para la producción de hematíes (Guyton y Hall, 2001).

Al igual que muchas personas que sufren algún tipo de enfermedad, las que padecen insuficiencia renal crónica pasan por complicaciones de salud, como lo es la retención de líquidos, intoxicación por la misma situación o incluso un cambio en su cotidianeidad, debido a la necesidad de diálisis o hemodiálisis para poder tener una esperanza de vida, sin olvidar que, como personas, tendrán que pasar por procesos emocionales en donde se verá afectado su equilibrio emocional, como se revisó en el capítulo anterior.

Una vez expuestos los elementos teóricos necesarios para comprender cabalmente la problemática de estudio, se explicarán, en el siguiente capítulo, las características y tareas metodológicas necesarias para cumplir con los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

A continuación se establecerán las pautas que se llevaron a cabo para la realización de esta investigación, así como los aportes metodológicos que determinan el alcance y tipo de la misma.

3.1 Metodología.

Se denomina metodología a la serie de pasos que se llevan a cabo en la realización de un estudio, en este caso de una investigación, para lograr que se corrobore objetiva y científicamente.

3.1.1 Enfoque cualitativo.

Según Hernández y cols. (2010), el enfoque cualitativo, se guía por áreas o temas significativos de investigación, sin embargo, las preguntas de investigación se pueden desarrollar antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Por su parte, la acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, resulta un proceso más bien de tipo “circular” y no siempre secuencia de la misma, varía de acuerdo con cada estudio en particular. Este enfoque utiliza una recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

La presente investigación es de tipo cualitativo y se siguió el proceso de este enfoque, que conlleva inicialmente con una idea; después un planteamiento del problema; para posteriormente tener una inmersión inicial en el campo, en donde se busca sensibilizarse con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo el estudio, para asimismo, identificar informantes que aporten datos o puedan funcionar como guías por el lugar y lograr, con ello, una compenetración en la investigación. Otras fases de este enfoque es la concepción del diseño de estudio, la definición de la muestra inicial del estudio y acceso a esta, la recolección y análisis de los datos, la interpretación de resultados y la elaboración del reporte de resultados.

Entre las principales características de este enfoque de investigación, se puede encontrar que en la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, estas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos.

Este tipo de investigación se fundamenta en una perspectiva interpretativa, centrada en el entendimiento de los seres vivos, sobre todo el de los humanos y sus instituciones, postulando una realidad a través de las interpretaciones de los participantes de la investigación respecto a sus propias realidades. Para esta investigación, particularmente, se estudia la realidad desde la realidad de la persona con enfermedad renal crónica, sumergiéndose en el campo emocional de la misma, sin alterar su realidad y buscando respuestas con base en sus propias experiencias.

3.1.2 Alcance descriptivo.

La meta de este tipo de alcance consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan, adentrándose a recrear una realidad, sin alterarla.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta al análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refieren (Hernández y cols.; 2010).

Esta investigación establece este alcance debido a que se recoge información de una persona, buscando así especificar su realidad y mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de las emociones que experimenta en su cotidianeidad.

3.1.3 Diseño no experimental.

Se puede definir a la investigación no experimental como “la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente” (Kerlinger, citado por Hernández y cols.; 2010).

En este diseño de investigación no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, en las cuales no se provoca nada intencionalmente por parte del investigador, de cierta manera, se busca que no haya ningún tipo de intervención de parte del investigador, ya que se debe observar de manera natural lo que sucede en la realidad del sujeto.

3.1.4 Estudio transversal.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento y tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en todo momento. Es como tomar una fotografía de lo que sucede. (Hernández y cols.; 2010).

Los diseños transeccionales se dividen, a su vez, en exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

Para esta investigación, se realizó un estudio transeccional descriptivo, en un lapso que abarcó del 11 de septiembre al 29 de noviembre de 2015, el cual tuvo como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una variable a ubicar. En este caso, la variable considerada fue el proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el enfoque cualitativo, la recolección de datos tiene como objetivo obtener información de sujeto, comunidades, contextos o situaciones. Los datos cualitativos consisten por lo común en la descripción profunda y completa de eventos, situaciones, percepciones y experiencias de las personas, ya sea de manera individual o colectiva (Hernández y cols.; 2010).

Enseguida, se exponen las características de las técnicas e instrumentos que se emplearon en el presente estudio.

3.1.5.1 Observación

La técnica de la observación implica no solo sentarse a contemplar las conductas, sino ir más allá, es decir, utilizar todos los sentidos, adentrarse en profundidad en situaciones sociales, manteniendo un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones, señalan Hernández y cols. (2010).

En esta investigación se observaron conductas que expresaban o eran respuesta de alguna emoción por parte de la persona con insuficiencia renal, ante diversas situaciones en su vida diaria, durante dos meses y medio (Anexo 2).

Los propósitos esenciales de la observación en la inducción cualitativa son:

- Explorar ambientes, contextos, subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social (Grinnell, citado por Hernández y cols.; 2010).
- Describir comunidades, contextos o ambientes; asimismo, las actividades que se desarrollan en estos, las personas que participan en tales actividades y los significados de las mismas (Patton, citado por Hernández y cols.; 2010).
- Comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, los patrones que se desarrollan, así como los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas (Jorgensen, citado por Hernández y cols.; 2010).
- Identificar problemas (Daymon, citado por Hernández y cols.; 2010).
- Generar hipótesis para futuros estudios (Hernández y cols.; 2010).

Según Willig, Anastas, Rogers y Bouey, y Esterberg (citados por Hernández y cols.; 2010), sugieren seis elementos para observar:

- Ambiente físico (entorno): tamaño, arreglo espacial o distribución, señales, accesos, además de las impresiones iniciales. Es recomendable no interpretar el contexto o escenario con adjetivos generales.
- Ambiente social y humano (generado en el ambiente físico): formas de organización, patrones de interacción o vinculación. Características de los

grupos, subgrupos y participantes, además de las impresiones iniciales que el observador tenga de ellos.

- Actividades individuales y colectivas: hace referencia a qué hacen los participantes, propósito y funciones de cada una de las actividades que realicen.
- Artefactos que utilizan los participantes y las funciones de estos.
- Hechos relevantes, eventos e historias ocurridas en el ambiente y a los individuos.
- Retratos humanos de los participantes.

Para realizar la observación, se utilizó como instrumento el diario de campo, el cual, según Hernández y cols. (2010), es una especie de diario personal en el cual se registran anotaciones de lo observado.

El diario de campo constituye una herramienta importante en los procesos de investigación observacionales, ya que ayuda a comprender, desde el punto de vista personal, los procesos que se desarrollan en el contexto a estudiar. Se establece como una conversación del observador consigo mismo, en donde quedan registrados los acontecimientos más significativos para el autor, así como sus sentimientos, actitudes, análisis y comentarios.

El diario ha de tener las siguientes características: la continuidad y la secuencialidad. La primera es entendida como regularidad con la que se aportan las

entradas, y secuencialidad es referida a que las entradas deben ir registradas con la fecha en que se producen. Por otra parte, se debe incluir la interpretación, donde en un primer momento se registrarán los hechos, acompañándolos posteriormente de un análisis de los mismos.

En esta investigación, se utilizó un diario de campo, en el cual se realizaba un informe de lo observado durante ocho sesiones de observación. Los aspectos a observar fueron: 1) antecedentes de la emoción, es decir, las características específicas que tenía el estímulo provocador de la emoción y; 2) la respuesta tanto como conductual como fisiológica de la persona ante la emoción, como lo fueron las frases o palabras que expresaba al momento de sentir la emoción, los gestos o cambios de semblante en el rostro, así como la manera en que se dirigía al estímulo ocasionante de la emoción, si lloraba, sonreía, gritaba, hacía muecas o diversos tipos de miradas (Anexo 3).

3.1.5.2 Entrevista

Puede definirse como una reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado o entrevistados. En el transcurso de la misma, mediante preguntas y respuestas, se logra la comunicación y construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernández y cols.; 2010).

Las entrevistas se dividen en: estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, o abiertas. En las primeras, el entrevistador realiza su labor con base

a una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a estas. Por su parte, las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de cuestionamientos o asuntos y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales. Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general del contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla.

De acuerdo con Rogers y Bouey, y Willig (citados por Hernández y cols.; 2010), las características esenciales de la entrevista son las siguientes:

1. El principio y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso las entrevistas pueden efectuarse en varias etapas.
2. Las preguntas y el orden de las mismas se adecuan a los participantes.
3. La entrevista cualitativa es, en gran medida, anecdótica.
4. El entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y dirección de la entrevista.
5. El contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados.
6. El entrevistador ajusta su comunicación a las normas y el lenguaje del entrevistado.
7. La entrevista cualitativa tiene un carácter más amistoso.
8. Las preguntas son abiertas y neutrales.

Para esta investigación, se utilizó la entrevista abierta, ya que permite la amplia indagación y recopilación de datos.

La estructura inicial de la entrevista abarcaba cuestionamientos como: ¿Cómo reaccionas cuando estas enojada, triste o alegre? ¿Hay algo que constantemente te ponga enojada, triste o alegre? ¿Recuerdas cómo reaccionaste cuando supiste que tenías insuficiencia renal crónica? Las preguntas se fueron formulando conforme avanzó la entrevista, permitiendo con ello que se hablará de aspectos relevantes para la persona de investigación (Anexo 4).

También se realizó una entrevista abierta al esposo de la persona de investigación, quien ha acompañado a la persona en el proceso de la insuficiencia renal crónica, teniendo como estructura abarcar aspectos como: reacción ante ciertas emociones y la actitud mostrada ante la enfermedad (Anexo 5).

3.2 Estudio de caso.

Según Tarrés (2008), lo que define el estudio de caso es su focalización en uno o cada caso singular, es decir, no es el conjunto de procedimientos metodológicos seguidos, sino la especialidad de un objeto de estudio lo que lo define, buscando alcanzar una comprensión más desarrollada de algún problema más general o para desarrollar una teoría.

Para la realización de la presente investigación, se utilizó un estudio de caso, el cual se basó en una persona de 47 años, residente de la localidad de Buenavista Tomatlán, Michoacán, la cual tiene padece esta enfermedad desde 1999, pero fue diagnosticada en enero del año 2000, es de sexo femenino y actualmente se

encuentra en tratamiento de diálisis peritoneal, esperando en protocolo de trasplante de riñón.

La persona estuvo del año 2000 al 2001 en tratamiento de diálisis peritoneal, ya que para el 22 de febrero del 2001 se realizó un trasplante de riñón, el cual tuvo un promedio de efectividad de 13 años y en agosto de 2014 comenzó tratamiento de hemodiálisis, con una duración de 6 meses.

En diciembre del mismo año, la persona decidió cambiar el tratamiento a diálisis peritoneal nuevamente, siguiendo en este hasta la fecha actual.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

La investigación comenzó con la elección del tema de la misma, este se definió el 29 de abril de 2015 como tal, ya que anteriormente se tenía contemplado otro tema parecido.

Posteriormente se buscó a la persona con enfermedad renal crónica en Buenavista Tomatlán, se definió que fuera de esa localidad para que se ajustaran los tiempos libres de la investigadora, pertenecientes al fin de semana; se habló con ella sobre la posibilidad y apertura para realizar la investigación, a lo que ella respondió de manera afirmativa, acordando los horarios y fechas.

Después de obtener una respuesta acertada, se dio pie a comenzar con la parte introductoria de esta investigación, es decir, realizar los antecedentes, planteamiento del problema, objetivo general y particulares, pregunta de investigación, operacionalización de las variables, justificación y marco de referencia. Una vez culminada la primera parte, se establecieron los dos capítulos teóricos, definiendo temas y subtemas.

Al finalizar la parte teórica de la misma, se comenzó con la investigación de campo, que fue la observación y entrevista.

Para el contenido de esta investigación, se realizó la recolección de datos durante el transcurso del 11 de septiembre al 29 de noviembre de 2015, en el contexto de la persona, es decir, en su casa, con un horario de 10:00 a.m. a 1:00 p.m., los sábados y domingos.

Durante el transcurso de las observaciones, se realizaban anotaciones en el diario de campo, abarcando conductas y situaciones de tipo emocional en el vivir cotidiano de la persona, desde enojos hasta alegrías y tristezas expresadas por la misma.

Posteriormente, se culminó la investigación de campo con una entrevista realizada a la persona estudiada, en donde se buscaba recabar información de situaciones y emociones pasadas o que no eran presentes al momento de la observación, la cual fue de tipo abierto. También se realizó una entrevista a una

persona cercana a ella, la que la ha acompañado en todo el proceso de la enfermedad de insuficiencia renal crónica, en la cual se abarcaron aspectos como las actitudes hacia la enfermedad y las reacciones ante diferentes emociones.

Después de llevar a cabo la parte teórica y de campo, se pasó a examinar los resultados obtenidos, lo cual se explica en el apartado siguiente.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados del presente estudio se presentan de acuerdo con las cuatro fases o etapas en las que se divide el proceso emocional, mencionadas por Palmero y cols. (2002), denominadas: antecedentes de la emoción, la evaluación, la experiencia emocional y la respuesta.

Cada una de las categorías busca relacionar la teoría con la evidencia, confrontando algunas de las cuestiones dichas por distintos autores, principalmente Palmero y colaboradores, con lo recabado de la observación y entrevista realizada a Marina. Para la cuarta categoría se rescataron aspectos de la entrevista con el esposo de la misma.

La primera categoría, denominada antecedentes de la emoción, pertenece a la primera etapa del proceso emocional. Esta etapa se centra en aquello que existe para que la persona pueda percibir el estímulo, es decir, qué características tiene este, así como las experiencias pasadas que con dicho estímulo.

La segunda categoría, llamada la evaluación, hace referencia a la segunda etapa del proceso emocional, la cual indica que la persona hace una evaluación cognitiva-afectiva sobre el estímulo, en términos amenazantes, agradables o irrelevantes.

En tercera categoría se encuentra la experiencia emocional, la cual se refiere a la etapa donde el sujeto toma conciencia de la ocurrencia de la emoción, cuyo núcleo principal es el placer o displacer.

Finalmente, se encuentra la cuarta categoría, que se establece como la respuesta, esta habla de la parte final del proceso emocional, indicada por las conductas o acciones que realiza el sujeto como respuesta a lo que siente emocionalmente.

3.4.1 Antecedentes de la emoción, etapa inicial, del proceso emocional de una persona con insuficiencia renal crónica.

De acuerdo con la teoría, una emoción puede generarse por causa de la actividad de ciertas estructuras cerebrales y neurotransmisoras, es respuesta a la información percibida y procesada. Se requiere inicialmente la presencia de un estímulo que sea capaz de desencadenar el proceso, así como la disponibilidad de receptores sensoriales específicamente relacionados a este.

Lo anterior se relaciona con la observación realizada el 11 de septiembre de 2015, ya que hubo un incendio en la dulcería de un hermano de “Marina”, lo cual le resulto un tanto agobiante, ya que por su condición no le era permitido acercarse mucho al lugar para evitar posibles repercusiones en su salud. Aunque Marina parecía muy tranquila, en algún momento del día, al hablar con su hija, su voz se quebró y comenzó a llorar, debido a la angustia de no saber con exactitud que

sucedía y no poder hacer más por ayudar (D.C.; 2015); también mencionó que le causaba tristeza que pasaran estas eventualidades. En esa situación existió un estímulo externo que, dadas las características particulares, captó la atención de la persona.

Al hablar con Marina respecto a lo sucedió ese día, menciona: “tenía muchas ganas de llorar desde que me enteré de lo que estaba sucediendo, de momento inicial la noticia me generó miedo, por los peligros que las personas que estaban apoyando corrían, asimismo, saber que el patrimonio de mi hermano estaba en juego” (ENT. 1; 2015).

La teoría menciona que la ocurrencia de una situación o estímulo potencialmente emotivos es una condición necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo del proceso emocional, este aspecto fue posible observarlo el 3 de octubre de 2015, ya que una de las hermanas de la persona examinada, enfermó, a lo que ella reaccionó buscando una solución, es decir, la acompañó hasta donde le fue posible, debido a que su hermana tenía que ser atendida en otra ciudad. A Marina le fue imposible viajar porque debe dializarse cuatro veces al día, a lo que ella propuso quedarse a cargo de las responsabilidades de su hermana, para que el resto de los familiares pudieran acompañarla mientras estuviera internada (D.C.; 2015).

De momento inicial, menciona en el transcurso de la entrevista “al enterarme de lo que sucedía con mi hermana sentí feo, como una especie de vacío, pero las

situaciones deben enfrentarse, y buscar soluciones, no podemos quedarnos a lamentar lo que sucede mientras puedan existir soluciones” (ENT. 1; 2015).

De acuerdo con la teoría los estímulos capaces de desencadenar una emoción varían en función de la demanda de adaptación requerida, así como las características emocionales de cada individuo, partiendo desde los más primitivos, hasta aquellos donde interviene la cultura y el aprendizaje. Tal fue el caso de la observación del 27 de septiembre de 2015, Marina se encontraba molesta porque su hijo menor llegó tarde a casa la noche anterior; mencionó que pasaban de las 3 de la mañana cuando este regreso a casa, en este momento, Marina, por su grado de enojo, prefirió esperar a estar más tranquila para hablar con él, dice: “me dan ganas de pegarle o castigarlo, pero nunca lo he hecho, menos ahora que tiene 17 años, además que así no arreglaría las cosas” (ENT. 1; 2015). En esta situación se presentó un estímulo que, de acuerdo con la cultura y aprendizaje, no era correcto o permitido que su hijo realizará esas conductas, lo cual implicaba que debía hacer algo al respecto y actuar como mamá.

Cuando se retomó el tema de lo sucedido ese día, Marina menciona que de momento siente una fuerza interior inexplicable, al saber que no llegaba su hijo cruzaba por diversas sensaciones y emociones, que iban desde la preocupación y miedo de que le ocurriera algo, hasta el enojo, sobre todo al verlo llegar bien, dice: “sentía tranquilidad de saberlo bien, pero al mismo tiempo comenzaba a enojarme más por el hecho de que no avisara ni respetará las reglas impuestas en casa” (ENT. 1; 2015).

Según Palmero y cols. (2002), para que exista el proceso perceptivo se necesita o implica la existencia de un estímulo, así como la disponibilidad de receptores sensoriales específicamente relacionados con este. Sin la percepción de un estímulo, el sujeto no adquiere conocimiento acerca de la existencia de un evento relevante para su estabilidad, impidiendo con ello el inicio del proceso.

El 10 de octubre de 2015, Marina estuvo presente en una pelea, según comentó su esposo y ella en la observación realizada al día siguiente, el 11 de octubre. La pelea sucedió entre su hermana y su cuñada, en ella hubo golpes, de momento solo se mantuvo sentada escuchando la discusión, cuando se suscitaron los golpes dijo que no se levantó a separarlas porque debe cuidarse de que no la vayan a golpear el estómago (por la diálisis) pero que le causó enojo, ya que podría haberse evitado toda esa situación actuando como personas razonables, estas fueron las palabras que utilizó: “entiendo que cada una haya tenido una parte de razón y que es una problemática que nos atribuye a todos como familia, lo que cambiará la dinámica que llevamos todos como familia, pero también es cierto que no estaban en el lugar para ponerse a pelear y menos teniendo la edad que tienen, deberían actuar un poco más razonable y no dar espectáculos a la gente o propiciar los chismes. Claro que me enoja su actitud, pero más aún me preocupa por que esto afecta a mis papás y ellos ya están grandes de edad” (ENT. 1; 2015).

En esta categoría, se establece la primera etapa del proceso emocional que vive una persona con enfermedad renal crónica, indicando que los estímulos presentes en el transcurso del tiempo de investigación como lo fue un incendio, una

enfermedad y una pelea, dieron pie al inicio de alguna emoción, como lo fueron el enojo y el miedo.

3.4.2 La evaluación, segunda etapa, del proceso emocional de una persona con insuficiencia renal crónica.

De acuerdo con lo mencionado por Palmero y cols. (2002), la evaluación hace referencia al proceso cognitivo-afectivo que hace la persona sobre el estímulo causante, es decir, que sensación está provocando en él, teniendo como criterios qué tan amenazante, agradable o irrelevante es el estímulo para él. Por ejemplificar, se hace referencia a cuando un niño ve a un alacrán, si no conoce lo que este animal puede hacer, se acerca a él por curiosidad y porque no le resulta amenazante; por otro lado, la mamá que conoce lo peligroso que puede ser, ve al alacrán como una amenaza para su hijo, y grita o corre a quitarlo.

Según la teoría, durante esta etapa del proceso emocional, la evaluación funciona como filtro sobre los antecedentes de la emoción, el cual cumple un doble papel: la evaluación situacional en términos afectivos, así como la relación a su significado y potencial de afrontamiento. El 24 de octubre de 2015, Marina menciona haber despertado sin ánimos de nada, que estaba un poco sensible ese día, pero no entendía el porqué; de momento se dio tiempo para descansar un poco más, pero después se levantó y puso a hacer sus actividades diarias, dijo: “Ah caray, ¿por qué estoy así, si no hay razones?... Así que, no habiendo motivos, me debo levantar y comenzar un día habitual” (ENT. 1; 2015).

El afecto y la cognición transcurren de forma paralela mediante un doble sistema que cumple una función reguladora. El sistema sigue una secuencia primero perceptual o representacional y, posteriormente, de planificación de la acción o afrontamiento. En la observación realizada el 27 de septiembre de 2015, fue posible observar cuando uno de sus hijos le preguntó a Marina si no sentía tristeza que el mayor de ellos se fuera a casar, a lo que ella contestó: “prefiero no pensar en ello, sino verlo desde otra perspectiva, es decir, verlo como que es parte del ciclo de vida, en el cual él debe dejar su familia y formar la propia, aparte que ayuda el hecho de verlo feliz y saber que la mujer con la que formaría su vida es una buena chica” (D.C.; 2015); lo cual da indicio de la evaluación que la persona hace sobre el deber sentir o no una angustia por la situación de que su hijo se case.

El factor principal en la fase evaluativa y valorativa es la categorización del estímulo en términos amenazantes e irrelevantes. De ser categorizado como amenazante se produce una respuesta defensiva orgánica, indiferenciada y global, suscitando manifestaciones fisiológicas externas, así como respuestas de tipo fisiológico interno.

El resultado de este subproceso será, de nuevo, un sentimiento emocional, la respuesta fisiológica emocional relacionada con esta emoción, así como los eventuales deseos y tendencias de acción. En la entrevista, Marina menciona una situación que se presentó en casa de sus papás, uno de sus hermanos llegó reclamando que a él nadie lo apoyaba y era el malo de la familia, dice: “generalmente soy una persona muy tranquila, pero en ese momento sentí una especie de energía

que me comenzaba en el estómago y me recorría todo el cuerpo, así que no pude callarme y le dije que me tenía muy molesta su actitud, el siempre tratando de victimizarse, que si él no iba a las comidas familiares era porque no quería, que se dejará de tonterías, a estas alturas debería ser menos prepotente, porque sus actitudes eran estúpidas” (ENT. 1; 2015).

En la evaluación estimular consciente, el sujeto lleva a cabo una secuencia de pasos conducentes al descubrimiento de todas la peculiaridades del estímulo, de sus connotaciones situacionales, de las repercusiones que puede acarrear sobre su integridad, equilibrio y bienestar personales presentes y futuras, así como las posibilidades de afrontamiento sobre la base de la experiencia y conocimientos personales. Como parte de la entrevista, se suscitó el tema de las diferencias de pareja, a lo que se hizo referencia a cuando el esposo de Marina llega molesto de trabajar. Ella menciona: “Cuando él llega molesto se porta muy serio, y contesta de mal humor, anteriormente me enojaba su actitud y algunas veces aun lo hace, pero con el tiempo comprendí que no funcionaría pelear, aparte de que jamás hemos peleado como tal, solo discusiones, pero yo soy una mujer que pienso que las peleas no tendrían sentido si ambos estamos molestos, por eso prefiero alejarme y no contagiarme de su malestar, si lo hago solo perderé mi tiempo con emociones que no tendrían sentido, así que ya cuando está tranquilo hablamos de lo sucedido” (ENT. 1; 2015).

El proceso emocional sigue una secuencia evaluativa que paulatinamente se hace más compleja y simbólica, incrementando gradualmente la especificidad y el nivel de diferenciación de las emociones, a lo largo de la siguiente escala:

1. “La aparición de un estímulo activa el reflejo de orientación, focalizando la atención. En esta primera fase se generarían emociones poco diferenciadas como la sorpresa, provocadas por estímulos relacionados principalmente con la novedad” (Adolphs y Damasio, citados por Palmero y cols.; 2002). En la observación realizada el 19 de septiembre de 2015, Marina cumplió 48 años, y se observó que sus hijos le hicieron un pastel sorpresa, así como cartulinas y letreros de felicitación. De primer momento ella solo abrió más los ojos y sonrió, seguido de unas “gracias, los quiero muchísimo”. Posteriormente los abrazó y se tomó fotos con los detalles (D.C.; 2015).
2. El segundo nivel, evaluativo, facilita un procesamiento precognitivo centrado en el análisis de la estimulación placentera-displacentera de la estimulación, lo cual produciría emociones compatibles con la dimensión aversión-atracción. El día del cumpleaños de la persona (19 de septiembre de 2015), después de la sorpresa señalada anteriormente, se observó que ella se mostró alegre, y expresó a sus hijos: “Me siento muy alegre por los momentos vividos, creo que ustedes han sido mi mayor bendición, el tener una familia unida y que me demuestra su cariño cada día, específicamente el día de hoy, con sus detalles logran que yo me sienta muy feliz” (D.C.; 2015).

3. Se produce una valoración valorativa, relacionada con la compatibilidad del estímulo o situación con respecto a las metas y objetivos del organismo, así como su capacidad de control situacional; si el resultado es consciente o discrepante con el estado esperado, si conduce u obstaculiza una meta. La observación realizada el 27 de septiembre de 2015, permite detectar que en esa ocasión Marina tuvo una infección muy fuerte en la garganta; el problema era que ella no puede tomar cualquier medicamento por su insuficiencia renal, por lo que mencionó sentirse desesperada. Dijo: “Al iniciar el día estaba muy desesperada y me dolía al comer, por lo que me enoja también, pero más tarde comprendí que de nada servía actuar así, sino, por el contrario, me puse a comer bien, aun cuando era doloroso, y me puse a hacer gárgaras de bicarbonato, así como comer miel con limón. Como te digo, de nada funciona quedarme tirada en la cama por el dolor de garganta” (ENT. 1; 2015).

4. Por último, tras generarse una confrontación con las normas o expectativas sociales, así como la autoimagen, surgen las emociones complejas, tales como la culpa. Durante la entrevista, Marina menciona que no recuerda sentir culpa o vergüenza recientemente, las únicas ocasiones donde ha sentido algo parecido a la vergüenza, dice haber sido cuando su hija quiere que ella use blusas de tirante, dijo: “Me da un poco de pena porque no me agrada como se me ven, estoy muy delgada, por lo que se me marcan mucho los huesos del cuello, y alguna cicatriz de cuando estaba en hemodiálisis” (ENT. 1; 2015).

En la segunda categoría, denominada la evaluación del estímulo, segunda etapa del proceso emocional que vive una persona con enfermedad renal crónica, Marina mostró en las observaciones algunos rasgos de sorpresa y alegría, al pasar por momentos que desde su evaluación eran agradables, también mencionó algunas cuestiones, como la valoración sobre emociones, como tristeza, en donde ella no consideraba tener sentido alguno, por lo que decidió ignorarla.

3.4.3 La experiencia emocional, tercera etapa, del proceso emocional que vive una persona con enfermedad renal crónica.

“Consiste en la toma de consciencia de la ocurrencia de la emoción, cuyo núcleo principal es el placer o displacer que se desprende de la situación” (Palmero y cols.; 2002). El 1 de noviembre, Marina menciona que un día anterior fueron por la noche a ver los altares de muertos con su hija y esposo. Dijo: “Anoche fuimos a ver los altares, y bueno aunque parece una actividad muy habitual, anoche reímos mucho y después fuimos a cenar, es de esos días que sientes una alegría inmensa, como si sintieras que la vida te ha hecho muy feliz” (ENT. 1; 2015).

Para llegar a la experiencia subjetiva de la emoción, es necesario que el sujeto haya pasado por un proceso previo de evaluación-valoración consciente. En uno de los momentos de la entrevista, se le preguntó a Marina sobre la etapa donde estuvo grave, es decir, cuando le detectaron insuficiencia renal, a lo que contestó: “La verdad, es algo que aún no he podido recordar con exactitud; cuando trato, pareciera que todo fue un sueño y que solo son fragmentos lo que recuerdo. Ese día me

dijeron que convulsione, y que debido a que los doctores no daban esperanza de vida, yo hablé con mi esposo y me despedí de él, le dije que cuidará a nuestros hijos y que lo amaba, que el tiempo junto él había sido maravilloso y que si Dios había decidido que aquí culminaba mi estancia. no le reprocharía más que el hecho de no poder pasar más tiempo con mi familia. Yo no puedo recordar esos momentos, mis recuerdos comienzan dos semanas después, así que supongo fueron momentos muy difíciles” (ENT. 1; 2015).

La experiencia subjetiva es una variable necesaria e impredecible para que el sujeto tome conciencia de que experimenta una emoción. Al hablar con ella sobre las situaciones que ha enfrentado su familia y cómo la ha hecho sentir esto, menciona: “Yo soy una persona muy católica, así que creo que parte de lo que me ha dado la fortaleza de seguir es Dios. Considero que como familia hemos pasado momentos muy difíciles, en donde he llorado y me he enojado, donde a veces he sentido un vacío muy grande al sentir tristeza, por mencionar cuando me dijeron que era probable que tuviera cáncer, o cuando el riñón que me habían trasplantado no funcionaba, también me he enojado cuando un tratamiento no da resultado, aunque no todo es negativo, he vivido alegrías muy fuertes cuando paso tiempo con mis seres queridos, cuando es un logro de alguno de mis hijos, entonces creo que todo lo que he sentido ha sido parte de vivir y de sentirme querida por muchos” (ENT. 1; 2015).

En la categoría llamada la experiencia emocional, tercera etapa del proceso emocional que vive una persona con enfermedad renal crónica, se establece la toma

de conciencia de la emoción, cuando Marina menciona algunas experiencias emocionales relacionadas con la alegría, y la falta de recuerdos del momento en que es diagnosticada con enfermedad renal crónica, sugiriendo la sensación de alegría, enojo y tristeza que presenta al recordar todo lo vivido con su enfermedad.

3.4.4 La respuesta, etapa final, del proceso emocional que vive un apersona con insuficiencia renal crónica.

Las respuestas emocionales humanas son fenómenos multidimensionales que abarcan cogniciones (sentimientos, memorias, evaluaciones), reacciones viscerales, humorales e inmunológicas; gestos, vocalizaciones y manifestaciones expresivas. (Cacioppo, Klein, Berntson y Hatfield, citados por Palmero y cols.; 2002).

Dentro de lo mencionado anteriormente, es posible enlazarlo a un apartado de la entrevista, donde se habló con Marina sobre los momentos donde existía el rechazo del riñón trasplantado, a lo que ella comentó: “Recuerdo que en esos momentos sentía algo, así como tristeza, tenía mucho tiempo sin ver a mis hijos y el pensar que todo lo que se había hecho no había servido, también me enojaba. Después recuerdo que vi a mis hijos y sentí mucha alegría, después a eso mi situación de salud comenzó a mejorar y ya no había rechazo hacia el riñón donado. Los doctores, específicamente la psicóloga que ese momento me estaba dando seguimiento, dijo que el rechazo se daba porque mi sistema inmune estaba atacando al cuerpo extraño debido a mi estado emocional, es por eso que se me había

permitido salir del hospital un fin de semana para verlos, ya que consideraban que mi tristeza estaba impidiendo el mejoramiento de mi salud” (ENT. 1; 2015).

Cada una de las emociones del ser humano, tienen respuestas fisiológicas específicas, como lo es el caso del miedo, los cuales tienen su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, en forma de respuestas físicas, y se concretan en importantes elevaciones de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial sistólica, y diastólica, de la fuerza de contracción del corazón, de la conductancia de la piel, que es un indicador de descargas de la rama simpática del sistema nervioso autónomo.

Durante la observación del 21 de noviembre de 2015, Marina mencionó que esa noche no había dormido bien, ya que un gato entro a su casa por la madrugada y este le causó miedo, sus palabras fueron: “Estoy muy cansada hoy, es que no dormí bien porque en la madrugada escuche ruidos en la cocina, por lo que me asusté mucho, y pensé: ‘ya se metieron a robar’. Lo único que pedí fue que mis hijos y esposo no despertarán y que el ladrón se llevara lo que quisiera, pero que no nos lastimara, pero después me arme de valor, y aun cuando sentía que mi corazón latía muy rápido, y tenía como algo que corría por todo el cuerpo fui a la cocina, a ver y, para mi sorpresa, era un gato” (D.C.; 2015).

Los cambios fisiológicos que acompañan a la respuesta emocional de enojo se producen sobre el sistema nervioso autónomo y se concentran importantes elevaciones de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, aunque en menor grado comparado con el miedo. A diferencia de algunas otras emociones, esta produce un

aumento en las secreciones hormonales, especialmente en la noradrenalina, lo que proporciona un aumento de energía y posibilita el cometer acciones enérgicas. Por último, se produce una actividad neural, caracterizada por una elevada y persistente tasa de descarga neural.

El 14 de noviembre de 2015 fue posible observar que Marina se enojó porque su hijo menor chocó el coche de su hijo mayor. Cuando le dieron la noticia, se puso seria y frunció el entrecejo, le dijo al menor: “¿Estabas tomado? ¿Por qué no piensas en las consecuencias, ahora cómo le vamos a hacer para pagarlo”. Después, cuando se habló con ella directamente sobre el tema, mencionó: “Me enojó bastante, sobre todo porque creí que era un gran golpe. De momento sí quería pegarle, sentía que mi corazón latía rápido, y quería regañarlo más fuerte y decirle cosas que lo hicieran reflexionar más, pero estando enojada no es bueno decir tantas cosas porque pueden ser sin sentido y lastimar a la otra persona; total, ya lo había hecho, así que ahora lo importante era ver qué hacer con el coche” (D.C.; 2015).

Por último, los efectos fisiológicos de la tristeza se concretan en moderadas elevaciones de la respuesta cardíaca, ligeros aumentos de la presión arterial, elevaciones en la conductancia de la piel y reducciones en la salida cardíaca. También, se produce una elevación de la actividad neurológica, que se mantiene de forma prolongada.

Durante la observación del 24 de octubre, la autora del presente estudio estuvo presente cuando falleció un tío muy cercano a Marina. De momento, ella se

encontraba en su casa, después de enterarse fue a casa de sus papás (que es el lugar donde falleció); ella lloró, comenzaron a llenarse sus ojos de lágrimas y su expresión fue de seriedad; se sentó en una silla, solo observo, cruzo sus brazos y las lágrimas comenzaron a salirle, su boca se arqueó. Después de un rato, ella comenzó a respirar profundo y a tranquilizarse, se secó las lágrimas y fue a tranquilizar a su hermana y mamá. Se mantuvo seria pero sin llorar en el transcurso de la tarde (D.C.; 2015).

Posteriormente dijo: “Sí sentí tristeza, y creo que lloré lo que debí llorar, pero me sirvió el verlo a él ahí acostado, era parte de saber que era real lo que estaba sucediendo, fue como despedirme y decirle –te extrañare, pero gracias por el tiempo, ahora puedes descansar-.” (ENT. 1; 2015).

En la entrevista realizada a una persona cercana a Marina, expresó que ante la emoción de enojo, ella se muestra callada; ante la tristeza: “Cuando esta triste aparenta estar bien, pero su semblante cambia totalmente, y ya que está sola, llora”. Para la alegría menciona: “Ella al estar alegre canta, sonrío y lo demuestra” (ENT. 2; 2015).

Cuando se cuestionó en la entrevista a la persona cercana sobre la actitud que tenía Marina en el momento actual y cuando se diagnosticó la insuficiencia renal, contestó lo siguiente: “Actualmente aparenta que ha asimilado o aceptado, aunque no deja de ser una limitante en su tiempo, siempre trata de acomodar sus horarios o actividades con la diálisis. Anteriormente o en el momento de que se le diagnosticó la

insuficiencia renal, se derrumbó, como ella lo mencionó un día, sabíamos que cuando se supiera realmente lo que tenía iba a ser muy tarde, se enojó con Dios y reclamó”. También se habló sobre el rechazo de riñón que presentó Marina anteriormente, a lo cual respondió: “Aunque hubo una preparación psicológica por la posibilidad de que no funcionará el trasplante, de momento Marina sí mostraba tristeza y enojo, decía que tanto esfuerzo para nada, aunque después de un proceso y de la aceptación del riñón fue cambiando su actitud” (ENT. 2; 2015).

En la categoría cuatro, llamada la respuesta emocional, parte final del proceso emocional que vive una persona con enfermedad renal crónica, se observaron algunas respuestas emocionales, como lo fue el llanto, la seriedad y fruncimiento de entrecejo, ante situaciones de tristeza y enojo. La entrevistada también mencionó haber tenido respuestas, como el rechazo de riñón ante la tristeza de no ver a sus hijos cuando se le realizó el trasplante.

CONCLUSIONES

A continuación se establecen las conclusiones con base en los objetivos presentados al inicio de la investigación, confrontando el cumplimiento de los mismos.

El objetivo general establecido al iniciar la investigación, fue analizar el proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica de 47 años de edad, en la localidad de Buenavista Tomatlán, Michoacán, el cual se cumplió a lo largo de la presente investigación, ya que como se mencionó en el análisis e interpretación de resultados, se observó y entrevistó a lo largo del periodo del 11 de septiembre al 29 de noviembre de 2015, para poder llevar a cabo un análisis con base en las categorías presentadas en el apartado anterior.

El primer objetivo particular establecido fue definir el concepto de emociones. Esto se logró con fundamento en Palmero y cols. (2002), quienes ofrecen una definición integradora de emoción; para ellos, las emociones son procesos episódicos que, evocados por la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motor expresivas; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, esto es, con la

adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente en continuo cambio.

El segundo objetivo particular consistió en describir el proceso emocional; este se divide en tres fases: la primera, referente a los antecedentes (con base en Izard, citado por Palmero y cols.; 2002) refiere que las emociones pueden desencadenarse por diversas vías, tanto procesos intra como interpersonales, es decir, para que exista o comience una emoción debe haber un estímulo, el cual, dependiendo de las características y la percepción del mismo, habrá una respuesta fisiológica por parte del sujeto; en la segunda fase, denominada evaluación, la persona efectúa una valoración en función de parámetros afectivos y aprendidos sobre lo que se siente y por qué se siente o qué lo causa; la tercera y última fase es la respuesta, donde se abarcan aspectos cognitivos y fisiológicos, en otras palabras, la persona comienza a tener sentimientos y memorias, a nivel cognitivo, sobre la manera en que debe actuar respecto a lo que está sintiendo.

Un tercer objetivo fue el enunciar los modelos teóricos que existen sobre las emociones y las más relevantes contribuciones teóricas en la psicología de la emoción. Los resultados se han clasificado en cuatro corrientes: biológicas, cognitivas, conductuales y sociales; específicamente en esta investigación, se trabajó sobre el modelo de aproximación evolucionista.

Para el cuarto objetivo, se planteó describir la enfermedad renal crónica y sus principales características. La enfermedad renal crónica o insuficiencia renal crónica,

es la pérdida progresiva de la de nefronas, lo que conlleva a una disminución progresiva y global de la función renal. El paciente con este padecimiento se caracteriza por retención de líquidos y dificultad para expulsar las toxinas del organismo.

El quinto objetivo considerado, radicó en explicar las actitudes de una persona con enfermedad renal crónica de 47 años, con residencia en Buenavista Tomatlán, Michoacán, el cual se cumple en el análisis de los resultados.

Como último objetivo particular, se estableció describir el proceso emocional que vive una persona con enfermedad renal crónica de 47 años de edad con residencia en Buenavista Tomatlán, Michoacán, lo cual se verificó en el apartado ya mencionado.

La pregunta de investigación con la que se inició la actual investigación fue: ¿Cómo es el proceso emocional que vive una persona con insuficiencia renal crónica? La respuesta se establece en el análisis e interpretación de resultados, se divide en las cuatro etapas del proceso emocional, determinando que la persona en la que se enfocó la investigación lleva un proceso emocional que comienza por los antecedentes de la emoción, seguido de la evaluación, posteriormente la experiencia emocional y, finalmente, concluye con la respuesta emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- Darwin, Carlos R. (1997)
La expresión de las emociones en el hombre y en los animales.
Editorial Sociedad de Ediciones Mundiales. Buenos Aires, Argentina.
- Ganong, William, (1994)
Fisiología médica.
Editorial El manual moderno, S.A. de C.V. México.
- Guyton, Arthur; Hall, John. (2001)
Tratado de fisiología médica
Editorial McGraw-Hill. México.
- Hansberg, Olbeth. (2001)
La diversidad de las emociones.
Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill México.
- Higashida Hirose, Bertha. (2005)
Ciencias de la salud.
Editorial McGraw-Hill. México.
- Palmero, Francesc; Fernández Abascal, Enrique; Martínez, Francisco; Chóliz, Mariano. (2002)
Psicología de la motivación y la emoción.
Editorial McGraw-Hill. Madrid, España.
- Stuart, Walton. (2005)
Humanidad: una historia de las emociones.
Editorial Taurus. México.
- Tarrés, María Luisa. (2008)
Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social.
Editorial Miguel Ángel Porrúa. México, D.F.

MESOGRAFÍA

Chóliz Montañés, Mariano. (2005)

“Psicología de la emoción: el proceso emocional”.

Universidad de Valencia.

Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Fernández Barrocal, Pablo; Ramos Díaz Natalia. (1999)

Investigaciones Empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional.

Universidad de Málaga. España.

http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones_empiricas.pdf

f

González Nieves, Yanet; Herrera Jiménez, Luis Felipe; López Romero, Jorge; Nieves Achón, Zaida. (2011)

“Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica”.

Revista Psicología Científica.com, 13(20).

Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional>

Malheiro Olivera, Pâmela; Arruda Soares, Daniela. (2012)

“Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida”.

Revista Enfermería Global. Vol. 11, Núm. 4 (2012). #28 – Octubre.

Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/134211>

Muñoz Sánchez, Rosalinda. (2016)

“Gaceta Parlamentaria, Número 4474-VI”.

<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/63/2016/feb/20160223-VI/ProposicionUOR-1.html>

Ugarriza, Nelly. (2001)

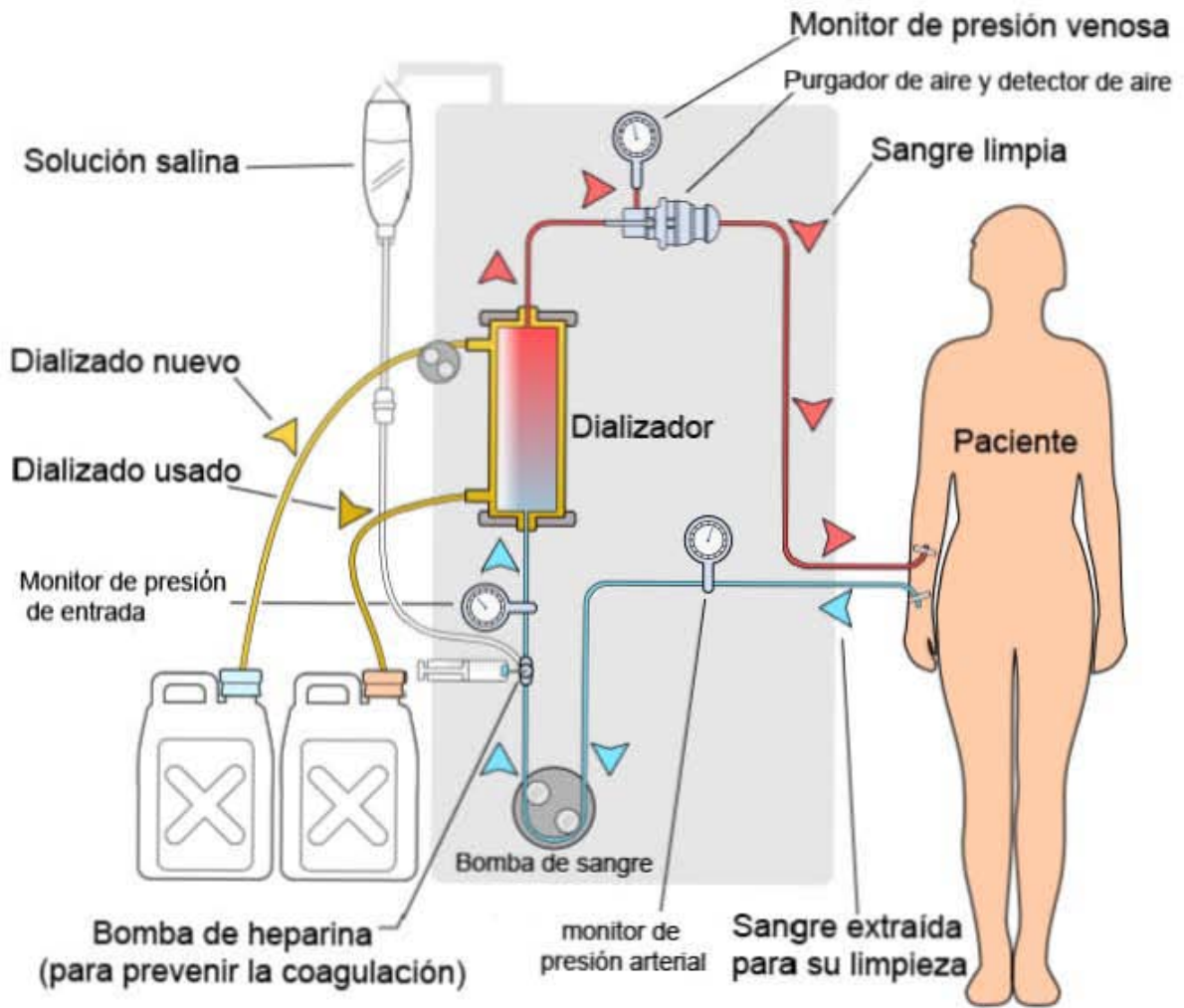
“La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana”.

Universidad de Lima. Lima, Perú.

Persona, núm. 4, 2001, pp. 129-160. Universidad de Lima. Lima, Perú.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>

ANEXO 1



ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

(Diario de campo)

Fecha: _____

No: ____

Hora: _____

Lugar: _____

Emociones presentadas durante la observación	Respuestas emocionales manifestadas

ANEXO 3

Fecha y Hora: _____

No: ____

Diario de campo: _____

GUÍA DE ENTREVISTA

- ¿Cuándo se le diagnosticó la insuficiencia renal crónica?
- Tiempo con diálisis.
- Tiempo de trasplante.
- Emoción o sentimiento ante la enfermedad.
- Reacción ante la tristeza, enojo, alegría, sorpresa, culpa, vergüenza y enamoramiento.
- Sensaciones físicas ante las emociones de enojo, sorpresa, tristeza, alegría, culpa, vergüenza y enamoramiento.
- Reacciones físicas ante las emociones de enojo, sorpresa, tristeza, alegría, culpa, vergüenza y enamoramiento.

GUÍA DE ENTREVISTA A FAMILIAR

- Reacción ante la tristeza, enojo, alegría, sorpresa, culpa, vergüenza y enamoramiento.
- Actitud ante el rechazo de riñón.
- Actitud ante hemodiálisis.
- Actitud ante diálisis.