

302112  
2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN  
DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MA. <sup>P.A.</sup> SILVIA MÉNDEZ MENDOZA

ASESOR: DR. HÉCTOR PÉREZ GROBAS

MÉXICO, D. F.

AGOSTO DE 2003

1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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

*A DIOS: Por haber caminado junto a mí y trabajado conmigo y por mí durante estos cinco años y siempre.*

### *A MIS PADRES:*

*Sr. Natividad Méndez Rodríguez*

*Sra. Josefina Mendoza Palomino*

*Porque me enseñaron a valorar y respetar la vida, por su gran apoyo, confianza y amor durante todas las etapas de mi vida y porque a pesar de la distancia he sentido su oración y presencia que me impulsa a seguir adelante.*

### *A MIS HERMANOS:*

*Antonio, Manuel, Rubén, Ubaldo, Noé*

*Yolanda, Hermila, Ma. Del Carmen, Margarita, Virginia*

*Por su apoyo y cariño que en todo momento me han brindado.*

*En especial a mi hermana Andrea, porque juntas hemos caminado en busca del Amor Supremo, porque a través de su apoyo y cariño Dios me ha manifestado su amor y su presencia.*

*A MI CONGREGACIÓN DE HFIC: por las oportunidades que me han brindado para mi superación personal y espiritual.*

*A LOS PACIENTES: por su disponibilidad para compartir conmigo parte de su vida y experiencia de la enfermedad, porque gracias a ello fue posible la realización de éste trabajo; porque me han enseñado el valor de la vida a través del sufrimiento.*

2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *AGRADECIMIENTOS*

*A DIOS: Por el don de la vida que me ha regalado, por su amor misericordioso que me ha manifestado en cada acontecimiento de mi vida y por permitirme ver en el dolor y sufrimiento del paciente el rostro de su Hijo Jesucristo.*

*A MI FRATERNIDAD DEL SANATORIO SAN FRANCISCO: porque a través del sacrificio y apoyo de las hermanas de mi fraternidad ha sido posible dar un paso más en mi carrera profesional.*

*A LOS MÉDICOS Y PROFESORAS: que compartieron conmigo sus conocimientos y me brindaron su apoyo para hacer posible éste trabajo.*

*A mi asesor el Dr. Héctor Pérez Grobas*

*A La LEO Aída Monroy Cabrera, Coordinadora del Servicio Social por su apoyo y paciencia.*

*En especial a la Lic. Ma. De Jesús Pérez Hernández y a la Psicóloga Ma. Mirian Cázares Cázares por su disponibilidad y tiempo que me dedicaron*

*A MIS PROFESORES: por sus enseñanzas, dedicación, apoyo, asesoramiento y paciencia que me brindaron durante la carrera.*

*A MIS COMPAÑERAS DE ESTUDIO Y DE TRABAJO: por su apoyo, cariño y disponibilidad para el trabajo en equipo, por los momentos difíciles y por los alegres que compartimos, gracias por aceptarme como soy.*

*A MI ESCUELA: por que fue en ella donde recibí las bases éticas, técnicas y científicas para el desarrollo de mi profesión.*

*A LOS MÉDICOS DEL SANATORIO SAN FRANCISCO Y A TODAS LAS PERSONAS: que más de alguna ocasión me brindaron apoyo, cariño y palabras de aliento.*

3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA  
EN LA IDENTIFICACIÓN  
DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL  
PACIENTE  
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”*

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *ÍNDICE*

<b>I.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
	Objetivo general y específicos	
<b>IV.</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>6</b>
<b>V.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>

### ***CAPÍTULO I. ANATOMÍA DEL SISTEMA URINARIO***

	<b>A) Anatomía y fisiología del aparato urinario</b>	<b>10</b>
1.1	Los riñones	11
1.1.1	Función de los riñones	12
1.2	Ureteros	14
1.3	Vejiga	14
1.4	Uretra	14
1.5	Formación de la orina	15
	<b>B) Insuficiencia Renal Crónica</b>	
1.1	Concepto de IR	17
1.2	Etiología y fisiopatología de la IRC	18
1.3	Etapas de la IRC	22
1.4	Complicaciones de la IRC	24
1.5	Tratamiento de la IRC	29
1.1.1	Tratamiento dietético	29
1.1.2	Tratamiento farmacológico	30
1.1.3	Tratamiento dialítico	31
1.1.3.1	Hemodiálisis	31
1.1.3.2	Diálisis peritoneal	34
1.1.3.3	Transplante renal	36

5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ***CAPÍTULO II. LA AUTOESTIMA COMO MANIFESTACIÓN PSICOSOCIAL***

2.1	La autoestima	38
2.2	Factores que condicionan el nivel de autoestima	45
2.2.1	Personalidad del paciente	46
2.2.2	Status socioeconómico	46
2.2.3	Cualidades del entorno familiar	46
2.2.4	Relaciones interpersonales	46
2.2.5	Situación de trabajo	46
2.3	Trastornos físicos	47
2.3.1	Alteraciones del autoconcepto	47
2.3.2	Trastornos de la imagen corporal	47
2.3.3	Alteraciones del afrontamiento	48
2.3.4	Proceso del duelo:	48
2.3.4.1	Fases del duelo	49
2.3.4.2	Manifestaciones del duelo	49
2.4	Mecanismos del afrontamiento	49
2.4.1	Confianza	49
2.4.2	Esperanza	49
2.4.3	Creencias y prácticas religiosas	49
2.4.4	Función del apoyo familiar	49
2.4.5	Compartir experiencias y preocupaciones	49
2.5	Valoración del afrontamiento	51

6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CAPÍTULO III. ATENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON IRC**

3.1	Importancia del apoyo enfermero a través del cuidado integral del paciente con IRC	53
3.2	Educación del paciente y familia	55
3.3	La atención holística de enfermería en la valoración del nivel de autoestima del paciente con IRC	56

**CAPÍTULO IV. LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON IRC**

4.1	Importancia de las manifestaciones psicosociales en el paciente con tratamiento dialítico	58
4.2	Actitud del paciente ante el proceso de la enfermedad	60
4.2.1	Actitud frente a la enfermedad	60
4.2.2	Actitud frente al tratamiento	61
4.3	Actitud del paciente ante los cambios físicos	62
4.3.1	Modificaciones en la imagen corporal	62
4.4	Actitud ante el tratamiento dialítico	63
4.4.1	Aspectos psicológicos del paciente dializado	63
4.5	Diferencia de género	64
4.6	Etapas por las que cursa el paciente con IRC	68

**METODOLOGÍA**

VI.	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	70
VII.	<b>UNIDADES DE OBSERVACIÓN</b>	71
VIII.	<b>SELECCIÓN DE LA MUESTRA</b>	71
	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	71

7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>IX.</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>72</b>
<b>X.</b>	<b>PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>73</b>
<b>XI.</b>	<b>TABULACIÓN DE DATOS</b>	<b>74</b>
<b>XII.</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>75</b>
<b>XIII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>87</b>
	<b>COMENTARIOS PERSONALES</b>	<b>90</b>
<b>XIV.</b>	<b>PROPUESTA DE PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>91</b>
	Actividades de Enfermería	92
	Valoración holística de enfermería	93
	Intervenciones	94

**ANEXOS**

**BIBLIOGRAFÍA**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación tiene como finalidad identificar el nivel de autoestima del paciente con IRC que tenga como tratamiento diálisis peritoneal ó hemodiálisis; ya que la autoestima es una de las partes fundamentales del individuo que se ven más alteradas durante el proceso de la enfermedad, por ser ésta el concepto que se tiene de sí mismo, de las capacidades, del potencial personal, y que no se basa sólo en la forma de ser, sino también en las experiencias que se tienen a lo largo de la vida; todo influye en el carácter, en la personalidad y por lo tanto en la imagen que se tiene de sí mismo. Ante esta perspectiva, la autoestima del paciente con IRC se ve alterada por todos los cambios físicos y emocionales que se presentan por la enfermedad y por el mismo tratamiento, por lo que surge el siguiente cuestionamiento:

*¿La intervención de enfermería a través de la atención holística favorece en la identificación del nivel de autoestima del paciente con IRC?*

## II. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la IRC es una de las enfermedades que preocupan al equipo de salud y de la cual, en los últimos años con el uso de estrategias de investigación y una tecnología avanzada se proporcionan rutas diagnósticas y terapéuticas más acertadas con la finalidad de rehabilitar al paciente y ofrecer una calidad de vida optima para el ser humano afectado.

Para el año de 1998 la IRC ocupaba el decimotercer sitio en las principales causas de muerte en México; actualmente ha alcanzado el décimo lugar con una tasa de 10,9 casos por cada 100 mil habitantes. (*Lagunas Muñoz, 2001*)

Esta realidad, ha hecho que en los últimos años se lleven a cabo numerosas investigaciones (sobre todo en los Estados Unidos) a cerca de la problemática que cursa el paciente con enfermedad renal.

Los resultados de estas investigaciones refieren que la IRC y sus tratamientos ocasionan conflictos físicos y emocionales tanto en el paciente como en su grupo familiar. Esto, repercute en el equipo multidisciplinario de salud, *especialmente en el personal de enfermería* que es quien establece un contacto más personalizado y directo. Lamentablemente, son pocas las investigaciones en el campo de enfermería sobre la atención al paciente con IRC que pudieran orientar hacia una atención integral y un cuidado de calidad.

El sufrimiento del enfermo se expresa mediante una amplia gama de *manifestaciones somáticas y emocionales* como respuesta a los problemas de salud, psicológicos, morales, espirituales, sociales y económicos asociados a la enfermedad, que para poder enfrentarla requiere del apoyo de su entorno.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Básicamente de su familia y del equipo multidisciplinario de salud, para con ello poder ofrecerle una atención, recuperación e integración a su medio familiar y social. *(Neira María del Carmen, 2000, pp. 13 –16)*

Son muchos los aspectos psicosociales y cambios físicos que se presentan dada la evolución de la enfermedad y durante el tratamiento de mantenimiento de los pacientes con IRC; y sin embargo, son aspectos que no siempre son tomados en cuenta para proporcionar una atención y cuidado integral al paciente, debido a la dificultad que existe para evaluar el nivel psicosocial; ya que el impacto de la enfermedad en el ser humano es distinto en cada caso y depende en forma importante de la enfermedad de base, del entorno familiar, social y económico. *(Bettina Caporale, 2000.)*

Las actividades de enfermería abarcan la prevención, promoción y educación de la salud, ya que no debe centrarse en el solo hecho de brindar cuidados de enfermería rutinarios; sino que, partiendo del centro de su ser y quehacer: el individuo sano y enfermo; su ser y quehacer se convierte en un “quehacer – cuidado integral”, en el que a través de la calidad humana y la aplicación de sus conocimientos teóricos - prácticos es capaz de identificar factores que alteran la calidad de vida, el nivel de autoestima, la autopercepción, la autoaceptación e incorporación del paciente en el ambiente familiar y social; por lo tanto, factores que impiden una adaptación y recuperación pronta del paciente.

La atención holística resulta compleja y en ocasiones, lejana de ser realizada; sin embargo, el personal de enfermería además de brindar apoyo físico y emocional: ha de dar respuesta a las demandas del paciente y de la familia.

Por ello se debe proporcionar una *atención integral* en la que se tome a la persona como un ser holístico, de quien no se puede separar nada; ya que al tomar en cuenta el entorno del paciente, el cuidado enfermero tendrá como centro el humanismo inclinado a la elevación de la calidad de vida e incorporación al medio del paciente y no a la realización rutinaria de sus actividades. Además, al identificar las necesidades del paciente a de buscar el apoyo del equipo multidisciplinario, para dar una respuesta pronta y acertada.

Esta ardua tarea es un reto para el equipo multidisciplinario de salud, especialmente en el personal de enfermería, sin embargo, puede valerse de diversos planes y actividades de trabajo para el logro de sus metas con la finalidad de identificar los factores que influyen en la evolución del paciente; además de despertar interés en el paciente y familia de conocer todo lo relacionado con la enfermedad y las posibilidades existentes de evitar complicaciones.

La presente investigación tienen como finalidad conocer la situación real y la magnitud de la trascendencia del nivel de autoestima que se da en el paciente con IRC que se hospitaliza en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" en el servicio de Nefrología.

A partir del análisis de ésta problemática se desea proponer actividades de enfermería para ofrecer al paciente una rehabilitación integral y lograr con ello una reincorporación a su entorno personal, familiar y social, y a un afrontamiento positivo de la enfermedad y del tratamiento ofrecido teniendo como finalidad: "*mejorar el nivel de autoestima*" del paciente. (Rebollo, Bobes, González, Saiz y Ortega)

### III. OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL:** identificar por medio de la intervención de enfermería el nivel de autoestima en el paciente con IRC a fin de proponer alternativas que modifiquen el nivel de autoestima, favoreciendo con ello a una rehabilitación integral e incorporación al entorno personal – familiar – social del paciente.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Despertar el interés del personal de enfermería para la valoración del nivel de autoestima del paciente con IRC con la finalidad de proponer una atención holística para mejorar su rehabilitación y su incorporación al medio socio – familiar.
2. Establecer alternativas que promuevan el desarrollo personal, eleven el nivel de autoestima, la aceptación y asimilación de la enfermedad.
3. Establecer una relación interpersonal entre enfermera - paciente - familia, para favorecer la planeación del cuidado integral, para que éste, sea de acuerdo a las necesidades del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **III. HIPÓTESIS**

***“La identificación del nivel de autoestima del paciente con IRC está relacionada con la atención holística de enfermería”***

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **V. MARCO TEÓRICO**

### ***CAPÍTULO I. ANATOMÍA DEL APARATO URINARIO***

#### **A) Anatomía y fisiología del aparato urinario**

- 1.1 Los riñones
  - 1.1.1 Funciones de los riñones
- 1.2 Ureteros
- 1.3 Vejiga
- 1.4 Uretra
- 1.5 Formación de la orina

#### **B) Insuficiencia Renal Crónica**

- 1.1 Concepto del IR
- 1.2 Etiología y fisiopatología de la IRC
- 1.3 Etapas de la IRC
- 1.4 Complicaciones de la IRC
- 1.5 Tratamiento de la IRC
  - 1.5.1 Tratamiento dietético
  - 1.5.2 Tratamiento farmacológico
  - 1.5.3 Tratamiento dialítico
    - 1.5.3.1 Hemodiálisis
    - 1.5.3.2 Diálisis peritoneal
    - 1.5.3.3 Transplante renal

## ***CAPÍTULO II. LA AUTOESTIMA COMO MANIFESTACIÓN PSICOSOCIAL***

- 2.1 La autoestima
- 2.2 Factores que aumentan o disminuyen el nivel de autoestima
  - 2.2.1 Personalidad del paciente
  - 2.2.2 Status socioeconómico
  - 2.2.3 Cualidades del entorno familiar
  - 2.2.4 Relaciones interpersonales
  - 2.2.5 Situación de trabajo
- 2.3 Trastornos físicos
  - 2.3.1 Alteraciones del autoconcepto
  - 2.3.2 Trastornos de la imagen corporal
  - 2.3.3 Alteraciones del afrontamiento
  - 2.3.4 Proceso del duelo:
    - 2.3.1.1 Fases del duelo
    - 2.3.1.2 manifestaciones del duelo
- 2.4 Mecanismos del afrontamiento
  - 2.4.1 Confianza
  - 2.4.2 Esperanza
  - 2.4.3 Creencias y prácticas religiosas
  - 2.4.4 Función del apoyo familiar
  - 2.4.5 Compartir experiencias y preocupaciones
- 2.4 Valoración del afrontamiento

### ***CAPÍTULO III. ATENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON IRC***

- 3.1 Importancia del apoyo enfermero a través de la atención integral en el paciente con IRC.
- 3.2 Educación del paciente y familia
- 3.3 La atención holística de enfermería en la valoración del nivel de autoestima del paciente con IRC

### ***CAPÍTULO IV. LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON IRC***

- 4.1 Importancia de las manifestaciones psicosociales en el paciente dializado
- 4.2 Actitud del paciente ante el proceso de la enfermedad
  - 4.2.1 Actitud frente a la enfermedad
  - 4.2.2 Actitud frente al tratamiento
- 4.3 Actitud del paciente ante los cambios físicos
  - 4.3.1 Modificaciones en la imagen corporal
- 4.4 Actitud ante la diálisis
  - 4.4.1 Aspectos psicológicos del paciente dializado
- 4.5 Diferencia de género
- 4.6 El ambiente familiar en el proceso de afrontamiento de la enfermedad

## CAPÍTULO I. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO URINARIO

### A) ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO URINARIO

Para hablar sobre la insuficiencia renal es necesario retomar la importancia del Aparato Genitourinario, ya que los aparatos y sistemas dependen del riñón para conservar la homeostasis. A su vez el riñón requiere de ellos para cumplir su función. (Potter, 1985, p. 445)

- El aparato cardiovascular debe proporcionar a los riñones sangre con una presión adecuada para la *filtración*. El corazón y el riñón regulan el equilibrio de líquido, lo cual conserva el volumen de sangre circulante y el equilibrio de electrolitos necesarios para el funcionamiento del miocardio. Los riñones también participan en la producción de la *eritropoyetina* (hormona que regula la producción de eritrocitos.)
- Con el sistema nervioso los riñones están coordinados para regular *la presión sanguínea y el control de la micción*.
- Con el sistema endocrino los riñones mantienen el equilibrio de sodio y agua al producir aldosterona y la hormona antidiurética.
- Con el aparato musculoesquelético, los riñones participan en la síntesis de la vitamina D.

El aparato genitourinario está formado por:

- 2 Riñones
- 2 Ureteres
- 1 Vejiga
- 1 Uretra



1.1 LOS RIÑONES: los riñones son órganos de superficie lisa, que miden de 12.7 cm. de largo, 6.5cm. de ancho y 4 cm. de grosor. Son retroperitoneales, están situados en la región lumbar, a ambos lados de las vértebras. En posición erecta el riñón izquierdo se extiende entre la primera y cuarta vértebras lumbares; el derecho está un poco más abajo, pues tienen por arriba el hígado. La sangre llega a ellos a través de las arterias renales y sale de ellos por las venas renales. Al pasar la sangre por los riñones, éstos filtran los desechos y el exceso de agua. Al corte, cada riñón posee dos regiones: *corteza* (porción externa) y *médula* (porción interna, Fig. 2) El hilio es la escotadura medial por la cual entran o salen vasos sanguíneos, nervios y uréter. La médula renal alberga las pirámides renales (de Malpighi), divisiones triangulares donde se encuentran la mayor parte de las nefronas. Los vértices de las pirámides, llamados papilas renales, se extienden hacia los cálices renales, que se unen para formar la pelvis renal (extremos superior dilatado del uréter.) La corteza rodea las pirámides por la base y se introduce entre ellas.

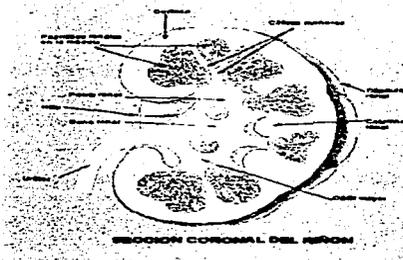


Fig. 2 partes del riñon

Los riñones por ser órganos muy vascularizados regulan el equilibrio de líquidos y electrolitos mediante la filtración glomerular, y se deshacen de los productos de desecho del organismo enviándolos a la orina. Reciben casi una cuarta parte del gasto cardíaco total. La sangre entra por las arterias renales en cada hilio.

La unidad anatómico – funcional es la nefrona, que consta de dos partes fundamentales:

1. El corpúsculo renal o Malpighi: Formado por el glomérulo y la cápsula de Bowman.
2. Los túbulos: Constan de tres partes
  - El túbulo contorneado proximal
  - El asa de Henle que consta de sus ramas descendente y ascendente
  - El túbulo contorneado distal, que desemboca en el tubo colector, mientras éste a su vez lo hace en lo las papilas renales.

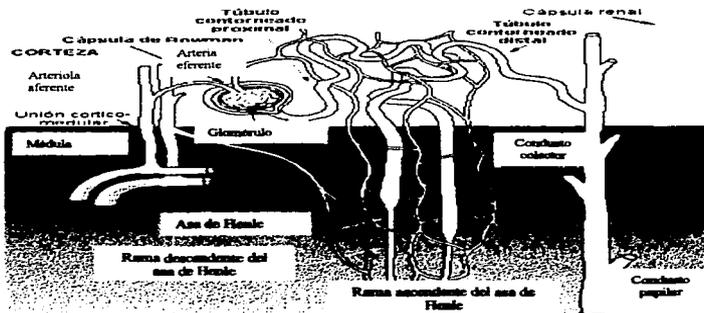


Fig. 1 la nefrona y sus partes

### 1.1.1 FUNCIONES DEL RIÑÓN:

- a) **FUNCIÓN EXCRETORA:** el riñón elimina parte de los productos de deshecho provenientes de la digestión a través de la orina. Estos productos son: *Urea, creatinina, potasio, calcio, fósforo, etc.* Por éste medio lleva a cabo la regulación del volumen, composición y osmolaridad de los líquidos orgánicos, la cual se lleva a cabo mediante la expulsión de orina.

- b) **FUNCIÓN REGULADORA DEL MEDIO INTERNO:** el riñón regula el equilibrio entre el *sodio* y el *agua*, haciendo que la orina sea más concentrada, o más diluida. También excreta productos ácidos (*hidrogeniones*) que se forman de la descomposición de los nutrientes, y regenera *bicarbonato* para compensar la acidez.

Es mediador de la regulación del equilibrio ácido básico mediante tres mecanismos:

- La reabsorción de bicarbonato
  - La formación de amoníaco
  - La eliminación de ácidos
- c) **FUNCIÓN ENDOCRINA:** el riñón fabrica una serie de hormonas con distintos cometidos. Se distinguen tres funciones principales en las Hormonas secretadas por el riñón: <sup>1</sup>
- Regulación de la presión arterial: las hormonas son: *renina*, *prostaglandinas*, y *bradikininas*; las cuales permiten a través de diferentes mecanismos que la tensión arterial, ascienda o descienda.
  - Producción de hematies: las hormonas es la *eritropoyetina*, que permite al organismo la fabricación de glóbulos rojos, por lo que un descenso o una ausencia de ésta hormona, va a provocar inevitablemente una anemia.

---

<sup>1</sup> A medida que las lesiones en el riñón aumentan aparecen una serie de signos y síntomas que llevan al paciente al deterioro y por consecuencia se pierde paralelamente la capacidad de efectuar sus funciones. Cfr. <http://www.seden.org/web/formacion/cuerpo.htm>

- **Metabolismo de la vitamina D:** En El riñón es donde se hace activa una parte de la *vitamina D*, que va a permitir la reabsorción de calcio y fósforo necesarios para la remineralización del hueso. El déficit de vitamina D produce raquitismo en el niño y osteomalacia en el adulto.

Estas funciones básicas las realiza gracias a los glomérulos que se encargan de filtrar la sangre y recoger las sustancias de deshecho y el exceso de agua, formando la orina.

**1.2 URETEROS:** son dos tubos flexibles que se encuentran unidos al riñón y drenan la orina hacia la vejiga, una vez formada, la orina se acumula en la pelvis renal; sale por el hilio siguiendo el uréter, el cual desciende por la pared abdominal posterior y entra en la vejiga por la parte anteromedial. Cada uréter es un tubo de aproximadamente 30cm. de longitud; la primera mitad está situada en la cavidad abdominal y la segunda en la pélvica. Las contracciones peristálticas de la pared de músculo liso impulsan la orina hacia la vejiga.

**1.3 VEJIGA:** bolsa muscular que se expande de acuerdo a la cantidad de orina contenida y la envía a la uretra. Puede contener hasta un litro de orina. Su capacidad se explica por los pliegues que revisten su superficie interior y por el epitelio de transición que la cubre. La estimulación parasimpática.

Cuando está llena, sobresale de la cavidad peritoneal; si está vacía, yace detrás del pubis. En la parte baja de la pared vesical posterior se encuentran los dos orificios uretrales y el uretral, (trigono uretral.)

**1.4 URETRA:** tubo corto, situado en la parte inferior de la vejiga y termina en el exterior del cuerpo. A través de ella sale la orina del organismo. En la mujer es corta como de 4cm. y está situada en la pared vaginal anterior.

Está rodeada de músculo en toda su extensión, desde vejiga hasta meato urinario, situado entre clitoris y orificio vaginal. En el hombre, la uretra es más larga unos 20cm. pues pasa a lo largo del pene, (donde está rodeada de tejido eréctil o cavernoso), entre meato urinario (distal) y próstata (proximal.)

1.5 FORMACIÓN DE LA ORINA: cada riñón contiene aproximadamente 1.3 millones de nefronas. Al nefrona está formada por:

- El corpúsculo renal
- Los túbulos

*Las nefronas corticales*, situadas en la corteza del riñón, pueden ser muy cortas y no llegar a la médula. *Las nefronas yuxtamedulares* poseen asas largas y pueden penetrar en las pirámides, las cuales albergan los túbulos colectores.

Las nefronas reciben sangre de las *arterias aferentes*, subdivisiones de la arteria renal. Cada arteriola aferente entra en el corpúsculo renal y se divide para formar la pared capilar llamada *glomérulo*.

La sangre pasa por los capilares glomerulares hacia la arteriola eferente, la presión intracapilar hace que el líquido se filtre hacia la cápsula de Bowman, constituida por células muy diferenciadas. A medida que la sangre pasa de la arteria aferente a la eferente, el glomérulo normal produce un ultrafiltrado de plasma.

La presión en el interior del glomérulo impulsa el filtrado a través de la capa visceral de la cápsula de Bowman y va a dar al espacio de ésta. Para ingresar en el sistema tubular, el líquido debe atravesar la capa parietal de células epiteliales que rodean el espacio de Bowman.

Como los capilares glomerulares están situados entre dos arteriolas, la presión de la sangre contenida en ellos es dos veces mayor que en otros capilares. La filtración glomerular, depende de la presión sanguínea, y la tasa de filtración es directamente proporcional al flujo sanguíneo.

Ayudada por la presión osmótica capsular, la presión hidrostática de la sangre es la fuerza principal que se opone a la presión osmótica sanguínea y a la presión hidrostática capilar. De este modo, agua, polipéptidos, azúcares, electrolitos, urea, aminoácidos y otras moléculas atraviesan los poros del endotelio capilar, la membrana basal y capa visceral. La membrana basal repele muchas proteínas plasmáticas medianas, como la albúmina, debido a sus cargas negativas, por consiguiente, estas sustancias no suelen aparecer en la orina. el filtrado glomerular que se lleva a cabo en el riñón adulto es de 160 a 180 litros diarios.

Después que el filtrado sale del corpúsculo renal, el 70 a 80% se reabsorbe en los poros del túbulo proximal. Lo que se reabsorbe vuelve a los capilares peritubulares y el resto sigue al asa de Henle. Al agua se reabsorbe por osmosis y el 90% de bicarbonato se resorbe indirectamente en el túbulo proximal en el intercambio de sodio e hidrógeno. Este es el principal amortiguador que contribuye a conservar el pH sanguíneo. El túbulo distal regula el equilibrio final de agua y ácido básico.

La hormona antidiurética (ADH) influye en los túbulos distal y colectores al estimular la difusión de urea y agua hacia el intersticio medular, lo cual forma la orina concentrada. Por tanto la falta de ADH de por resultado orina diluida.

La concentración de sodio en el túbulo estimula la secreción de *hormona renina* (enzima proteolítica) que convierte el angiotensinógeno (proteína plasmática) en angiotensina I, modificada en angiotensina II en los pulmones potente vasoconstrictor y estimulador de la secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal. La aldosterona influye en la capacidad de secreción de potasio de las células del túbulo distal. La orina normalmente es estéril, tiene un pH de 4.5 a 8.0. sus componentes son: sodio, cloruro, potasio, calcio, magnesio, sulfatos, fosfatos, bicarbonatos, ácido úrico, iones amonio, enzimas, urea, hormonas y medicamentos modificados, creatinina, urobilinógeno, células epiteliales, cristales. La densidad va des 1.008 a 1.030.

## B) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1.1 CONCEPTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL: es la pérdida de la función de los riñones, independientemente de cual sea la causa. En ella se aumentan los niveles de nitrógeno ureico en sangre (BUN) y la concentración de creatinina. La IR se clasifica en aguda y crónica dependiendo si el deterioro de la función renal es de evolución corta o prolongada. La IRA es el resultado de la hipoperfusión renal que produce lesión isquémica y vasoconstricción con disminución de la velocidad de filtración glomerular que impide la excreción de los productos metabólicos de desecho. Puede o no existir disminución del volumen urinario inferior a 400ml/día. La IRC presenta un curso progresivo hacia la IRCT. Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y de un paciente a otro.

En la IRC a pesar del tratamiento con éxito de la hipertensión, de la obstrucción e infección de vías urinarias y de las enfermedades sistémicas, muchas formas de lesión renal progresan inexorablemente hacia una insuficiencia renal crónica. La reducción de la masa renal produce hipertrofia estructural y funcional de las nefronas que quedan. Esta hipertrofia "compensadora" se debe a la hiperfiltración adaptativa mediada por aumentos de las presiones y flujos capilares glomerulares.

Estas adaptaciones terminan por demostrar que son una mala adaptación dado que predisponen a la esclerosis glomerular, un aumento de la carga funcional sobre los glomérulos menos afectados, que a su vez se conduce a su destrucción final. (Harrison, 1994, p. 1964)

La IRC, es el resultado final de una serie de situaciones patológicas que finalmente ocasionan daño irreversible sobre las diversas estructuras del riñón y pérdida progresiva de la función renal hasta ocasionar la muerte del paciente, si no se recibe tratamiento de reemplazo renal o trasplante renal. La IRC se caracteriza por el deterioro progresivo e irreversible de la función renal y por reducción permanente e importante de la filtración glomerular (5 a 30ml/minuto); esta reducción se debe a que disminuyen el número de nefronas funcionantes y a que se reduce la filtración de cada una de ellas, presentándose así la necesidad de un tratamiento sustitutivo (diálisis o hemodiálisis) ó trasplante renal.

## 1.2 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Existen enfermedades que potencialmente pueden ocasionar daño estructural al riñón en forma irreversible. Esta población, se le puede llamar población de riesgo, sin embargo, no toda la población evoluciona hacia la IRC, ya que para cada situación existen marcadores que aumentan los riesgos de progresión de la enfermedad hacia el daño renal y la velocidad del deterioro de la función renal es variable para cada paciente, aún cuando la causa del daño renal fuere la misma.

En la incidencia y prevalencia de las causas de la IRC la glomerulonefritis fue la causa más común. Actualmente, la Diabetes Mellitus y la hipertensión se han convertido en las principales causas de la insuficiencia renal crónica. <sup>2</sup>

<sup>2</sup> La glomerulonefritis, en sus diversas formas, fue la causa más común de inicio de IRC en el pasado. Posiblemente debido al tratamiento más agresivo de la glomerulonefritis y debido al cambio en las prácticas de ingreso de pacientes en programas de tratamiento de enfermedades renales en estadio final. Cfr. Harrison, p. 1964

Otras de las causas son procesos inflamatorios del glomérulo; las nefropatías intersticiales ya que son producidas por infecciones renales de repetición, el abuso de algunos fármacos, las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones presentan degeneraciones quísticas hasta llegar a impedir su función. (Tabla I) Independientemente de su causa, el impacto final de la reducción grave de la masa de nefronas es una alteración de la función de prácticamente todos los sistemas del organismo.

*Tabla 1*  
**CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE LA IRC**

CAUSAS POSIBLES	FACTORES DE RIESGO
Enfermedades hereditarias	Edad: Más frecuentes entre 65 – 75 años Menos frecuente entre 20 – 25 años
Enfermedades inflamatorias de los riñones (nefritis)	Raza: Las personas de raza negra tienen 3 veces más probabilidad de desarrollar IRC
Diabetes	Sexo: Más frecuente en varones
Hipertensión arterial	Antecedentes familiares
Cálculos en riñones	
Infecciones	
Trastornos de la circulación sanguínea	
Tumores	
Ingestión de productos tóxicos	
Complicación post – quirúrgica	

*Dr. Javier Cieza Cevallos, universitaria Peruana, aspectos conceptuales de la IRC*

La grave pérdida de la función renal es conocida como *Uremia*, aunque la o las causas de la uremia no se conocen, el término se adoptó debido a la presunción de que las anomalías resultan de la retención en la sangre de urea y de otros productos finales del metabolismo que normalmente se excreta por la orina.

La uremia representa algo más que el fracaso de la función excretora renal exclusivamente, dado que muchas funciones metabólicas y endocrinas apoyadas por el riñón intacto también se ven alteradas en la IRC. Además, el curso de la IRC suele acompañarse de malnutrición grave, alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, y una defectuosa utilización de energía. El término de uremia se emplea para referirse, en sentido general, a la constelación de signos y síntomas que se asocian a la IRC, independientemente de su etiología.

La presentación y la gravedad de los signos y síntomas de la uremia varían en cada paciente dependiendo de la magnitud de la reducción de la masa renal funcionante, así como de la rapidez con la que se pierde la función renal. Cuando la filtración glomerular (FG) se ha reducido al 35-50% de lo normal, la función global es suficiente para mantener al paciente sin síntomas, aunque la reserva renal está disminuida. Si la FG es de 20-35% se produce *azoemia* y aparecen las manifestaciones iniciales de la insuficiencia renal; puede llegar a presentarse infección recurrente, una deshidratación, obstrucción de vías urinarias. Si se siguen perdiendo nefronas el FG llega a 20-25% se desarrolla insuficiencia renal manifiesta; es decir que las manifestaciones se hacen clínicamente evidentes. (Harrison, 1994, p. 1465)

Fisiopatología de la uremia: En diversas pruebas biológicas se ha tratado de identificar los las toxinas responsables de los efectos tóxicos de la uremia. De los candidatos más probables están los *productos de degradación del metabolismo de las proteínas y de los aminoácidos*, los cuales dependen del riñón para su excreción.

De estos productos la urea es el producto más importante cuantitativamente. La urea representa en torno al 80% del nitrógeno total excretado a la orina. Los compuestos de guanidina son los siguientes productos nitrogenados finales del metabolismo de las proteínas más abundantes y comprenden sustancias como la guanidina, la metil- y dimetilguanidina, la creatinina, la creatinina y el ácido guanidino succínico.

Otros productos metabólicos que son posibles toxinas urémicas, son: los uratos y otros productos finales del metabolismo de los ácidos nucleicos, las aminas alifáticas, una variedad de péptidos, y algunos derivados de los aminoácidos aromáticos triptófano, tirosina, y fenilalanina.<sup>3</sup>

En el caso de la *urea*, puede ser responsable de algunas anomalías clínicas, como la anorexia, el malestar, los vómitos y la cefalea. Por otro lado, los niveles elevados en el plasma de *ácido guanidino succínico*, al interferir con la activación del factor plaquetario III por el difosfato de adenosina (ADP), contribuyen a la alteración de la función plaquetaria; la *creatinina*, puede producir efectos adversos se convierte en metabolitos más tóxicos como la sarcosina y la metilguanidina.

El riñón normalmente cataboliza algunas proteínas plasmáticas y polipéptidos circulantes; al reducirse la masa renal, esta capacidad se puede alterar. Además, los niveles plasmáticos de muchas hormonas polipeptídicas (como la hormona paratiroidea, la insulina, el glucagón, la hormona del crecimiento, la hormona luteinizante y la prolactina), aumentan a medida que avanza la insuficiencia renal, no sólo por la alteración del catabolismo renal, sino también por el aumento de la secreción.

La insuficiencia renal crónica se acompaña de una constelación de signos y síntomas (**Tabla II**) debido a que cuando los glomérulos dejan de funcionar se acumulan las sustancias de deshecho, las sustancias tóxicas y el agua, se altera la producción de glóbulos rojos y el metabolismo normal de los huesos, acompañándose o no de reducción de volumen urinario, pero siempre con elevación de las concentraciones sérica de nitrógeno y ureico y creatinina. En última instancia la IRC da lugar a trastornos de la función de todos los órganos. Con la aplicación de diálisis o hemodiálisis, la incidencia y gravedad de estos trastornos ha sido modificada y han desaparecido casi por completo las manifestaciones evidentes de uremia.

<sup>3</sup> El papel de estas sustancias en la patogenia del síndrome urémico no es claro, los síntomas urémicos se correlacionan de forma inconsistente con las concentraciones de urea en la sangre. Cfr. Harrison, p. 1465.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA II**  
**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA IRC**

SIGNOS	SÍNTOMAS
Hipertensión arterial	Astenia
Retención de líquidos	Fatiga, debilidad
Edema	Entumecimiento
Uremia	Espasmos musculares de brazos y piernas
Anuria	Visión borrosa y disminución de la agudeza visual
Anemia	Pérdida de apetito
Vómito	Náuseas y mareos
Pérdida de peso	Comezon en la piel
Color marrón en la piel	Calambres y dolores musculares
Insuficiencia cardiaca congestiva	
Hemorragias gastrointestinales	
Diversas neuropatías	

*Dr. Javier Cieza Cevallos, Universidad Peruana, aspectos conceptuales de la IRC*

**1.3 ETAPAS DE LA IRC:** puede dividirse en etapas de acuerdo a las manifestaciones clínicas, los trastornos metabólicos y la función renal.

**ETAPA I:** caracterizada por la pérdida silente de la filtración glomerular hasta un 50% aproximadamente. Durante esta etapa no hay manifestaciones clínicas específicas ni manifestaciones bioquímicas de importancia. A nivel metabólico se presenta incapacidad temprana en la capacidad absorbente del calcio intestinal y una temprana pérdida de la capacidad de excreción tubular de fósforo y puede presentarse el desarrollo del hiperparatiroidismo asociado a la enfermedad ósea de I IRC. *(Dr. Javier Cieza Cevallos, Universidad Peruana)*

**ETAPA II:** se da una pérdida del 50% y el 20% de la filtración glomerular, puede haber aumento discreto y sostenido de los valores de úrea y creatinina séricas, una incapacidad de concentrar la orina, leve anemia normocítica y normocrómica, leve pérdida de peso inexplicable y probablemente, una sutil anorexia.

ETAPA III. Se desarrollan manifestaciones específicas de la enfermedad ya que su función renal remanente está entre el 5 y el 20% de lo normal. Hay una notable pérdida de peso, anemia importante, manifestaciones gastrointestinales como estreñimiento severo, diarreas, un sabor metálico en la boca que incrementa la anorexia y la nicturia suele ser la manifestación de la incapacidad para concentrar la orina. Se presentan cambios del carácter, y del humor del enfermo, además de acompañarse de un estado anímico muy irritable. Pueden presentarse manifestaciones de la enfermedad en el área neurológica. Durante esta etapa el paciente tiene una gran labilidad inmunológica y es susceptible a ciertas infecciones, que rápidamente descompensan su medio interno y su función renal, poniéndole en una situación crítica de emergencia con manifestaciones de uremia que requiere usualmente soporte dialítico transitorio.

ETAPA IV: Etapa que se conoce como IRCT en la que generalmente se presentan manifestaciones inequívocas de uremia. La función renal es inferior al 5% de lo normal, la urea y la creatinina están elevadas y el paciente se encuentra con acidosis metabólica, acompañada son hiperkalemia severa, sobrehidratación con hiponatremia e Hipocalcemia sintomática. En esta etapa se presentan manifestaciones múltiples de diversos órganos y sistemas, además de que se requiere obligatoriamente ser sometido con urgencia a tratamiento dialítico de soporte o trasplante renal si las condiciones del paciente lo permiten.

1.4 COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de la IRC son múltiples, lo cual no quiere decir que todas ellas aparezcan en un mismo enfermo<sup>4</sup>.

#### A) ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

- Hipertensión arterial: debido al aumento del líquido extracelular, el incremento de las cifras del Sodio y las alteraciones hormonales.
- Ateromatosis vascular: consiste en la formación de placas en el interior de los vasos sanguíneos que provoca un endurecimiento y una mayor fragilidad. Las placas se forman principalmente por aumento en sangre de lípidos y calcio que se fija en las paredes de las venas. Afecta principalmente a las arterias cerebrales, las del corazón y las de miembros inferiores.
- Pericarditis: derrame en las paredes del corazón provocado entre otros factores por sobrecarga hidrosalina.
- Endocarditis: provocada por infección, que puede provenir entre otras causas, de la fistula, o catéter en subclavia, o cualquier otras vía utilizada para dializar
- Insuficiencia cardíaca: provocada por distintos mecanismos: por hipertensión arterial mal controlada, por edema agudo de pulmón; por anemia grave o por una fistula que se desarrolla en exceso, ambos mecanismos hacen que el corazón trabaje forzado.

---

<sup>4</sup> Cfr. Harrison, 1994, pp. 1469-1471

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**B) ALTERACIONES ÓSEAS:** como consecuencia de la falta de calcio y fósforo.

- Osteodistrofia renal: caracterizada por falta de calcio en los huesos, lo cual hace que se presenten fracturas espontáneas debido a que los huesos se hacen blandos y frágiles.
- Osteosclerosis: el calcio que circula por la sangre, en vez de fijarse de una manera uniforme en el hueso, lo hace de forma desmesurada en algunas zonas, si esto ocurre en las articulaciones, provocará pérdida de movilidad y dolor de las mismas.

**C) ALTERACIONES NEUROLÓGICAS**

- Polineuritis: lesión localizada generalmente en los miembros inferiores, pero que puede generalizarse. Inicia con hormigueos, calambres y sensación de quemazón en la planta del pie. Posteriormente puede aparecer síntoma como impotencia para la marcha.
- Neuropatía periférica: consiste en una disminución de los reflejos.
- Síndrome de las piernas inquietas: con sensación de inquietud constante en las piernas, se debe a elementos tóxicos de la sangre mal dializada.
- Síndrome del túnel carpiano: complicación frecuente que consiste en hormigueo, dolor falta de fuerza en la mano. Se produce un depósito de una proteína que ésta aumentada sobre un nervio a nivel de muñeca. La solución es quirúrgica.
- Encefalopatía urémica: se atribuye al aumento de urea acompañado probablemente por la presencia de otros elementos tóxicos. Alteración caracterizada por astenia, dificultad para mantener la atención, ansiedad, cefalea, y cambios en el ritmo del sueño.

Al progresar se presenta desorientación, confusión y torpeza progresiva con cierto grado de amnesia. Suelen asociarse calambres, temblores y contracciones musculares generalizadas pudiendo llegar convulsionar.

- Trastornos psíquicos: la urea y ciertos elementos que no se utilizan pueden llegar a provocar trastornos psíquicos que tienen su expresión más clara en la demencia dialítica, además el paciente tiende a la ansiedad, a la depresión y neurosis que se expresa en miedos y obsesiones con respecto a todo lo que se refiere a la enfermedad.

#### D) ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

- Anemia: es uno de los trastornos más padecidos, caracterizada por cansancio, disnea, dolor torácico, palidez de la piel. Las principales causas de anemia son:
  - Falta de eritropoyetina: hormona producida por el riñón y es imprescindible en la elaboración de la sangre.
  - Rotura de glóbulos rojos: como consecuencia de los elevados niveles de urea.
  - Pérdida de sangre: debido a la limpieza defectuosa de las líneas, dializador y las continuas extracciones sanguíneas para estudios.
- Déficit inmunitario: se presenta una disminución en las defensas contra las infecciones, por lado a causa de la urea, que altera el sistema inmunitario del organismo.
- Hemorragias: trastorno en la coagulación de la sangre, provocada por sustancias tóxicas que quedan en el torrente sanguíneo, se corrige con la diálisis.

#### E) ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS

- **Pigmentación:** la piel puede aparecer oscurecida a causas de algunas sustancias que no son fácilmente dializables o puede también aparecer pálida cuando el paciente presenta anemia.
- **Prurito:** Se debe a las alteraciones de calcio y fósforo en sangre, también es a causa de la sequedad de piel.
- **Equimosis:** debidos a los trastornos de coagulación y a la fragilidad de los vasos sanguíneos.

#### F) ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

- **Náuseas, vómitos y anorexia:** frecuentes cuando la urea está elevada.
- **Estreñimiento y diarrea:** la diarrea suele estar causada por la elevación de urea, del potasio o por gastroenteritis; mientras que el estreñimiento suele estar producido por la medicación.
- **Gastritis y úlcera péptica:** se debe al incremento de la secreción de jugos gástricos y a la medicación oral, la gastritis se ve potenciada por las cifras de urea. Estos trastornos, unidos a los hematológicos, pueden llegar a provocar hemorragia gastrointestinal.
- **Halitosis:** mal aliento debido a la acumulación de urea en la sangre.

G) PROBLEMAS INFECCIOSOS: la aparición de infecciones en los hemodializados está favorecida por el déficit inmunitario, que se observa en el urémico.

- Infecciones urinarias: Son frecuentes debido a la disminución o incapacidad de miccionar.
- Infecciones del acceso vascular: puede llegar a provocar septicemia.
- Infecciones tuberculosas: ya que es 10 veces más frecuente en los hemodializados que en la población general, y se puede localizar a nivel pulmonar, ganglionar o renal.
- Infecciones virales: las principales son la de hepatitis.

#### F) ALTERACIONES METABÓLICAS

- Metabolismo hidrocarbonado: cuando se llega a un estado grave aparecen trastornos en la glucosa que provoca un fenómeno similar a la diabetes, haciéndose necesario un tratamiento especial.
- Metabolismo lipídico: existe un incremento de algunos lípidos en sangre, que favorece la aterosclerosis.
- Trastornos vitamínicos y nutricionales: con la HD se pierden vitaminas que se recuperan por medio de la dieta y con ayuda de medicación, además se produce un déficit de vitamina D. es frecuente un estado de desnutrición en los hemodializados propiciado por una disminución en la fabricación de proteínas que forman los músculos, además de otras alteraciones como la anorexia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## H) ALTERACIONES ENDOCRINAS

- Déficit de eritropoyetina: es una de las causas de anemia.
- Hipertensión arterial: en ocasiones no se debe con la HD ni con medicamentos antihipertensivos. Esto puede ser debido al exceso de producción de la hormona renina aunado a otros factores.
- Alteraciones sexuales: los niveles altos de urea, afectan la sexualidad, aunque no es la única causa de alteración, ya que en la mayoría de los casos se debe a problemas psicológicos, más que fisiológicos. Dentro de los trastornos fisiológicos los más habituales son:
  - Azoospermia: falta de espermatozoides en el esperma del hombre.
  - Aménorrea y metrorragias: alteraciones en el período menstrual de la mujer.

I) ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS: es frecuente la aparición de signos en la retina, como son la retinopatía hipertensiva, o el síndrome de los ojos rojos.

## 1.5 TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

### 1.5.1 Tratamiento dietético

- Restricción: Sal y agua, potasio, fósforo, magnesio y proteínas: La modificación de la dieta es un aspecto importante del tratamiento conservador.
- La *restricción precoz de sodio* es importante para el tratamiento de la hipertensión. A medida que progresa la Insuficiencia renal deben restringirse los alimentos ricos en fósforo y potasio.

*La reducción del contenido proteico* de la dieta disminuye la anorexia, las náuseas y los vómitos. Los adultos deben recibir un mínimo de 0.6g de proteínas por Kg de peso corporal, a fin de evitar un balance nitrogenado negativo. Las dietas de 0.28 a 0.60g de proteínas por Kg y día deben suplementarse con cetoaminoácidos esenciales, lo que permite la utilización de la urea como fuente de nitrógeno no esencial. A fin de evitar la calcificación visceral y vascular, deberá mantenerse el producto calcio – fósforo por debajo de 60.

*Las restricciones de sodio, potasio, fósforo y proteínas* a menudo son inaceptables por los pacientes y por consecuencia cuando empeoran las complicaciones de la uremia a pesar del tratamiento conservador, las opciones que restan para el mantenimiento prolongado de la vida son la diálisis y el trasplante.

#### 1.5.2 Tratamiento farmacológico

- **Inhibidores de la ECA:** disminuyen la proteinuria y retrasan la progresión de la enfermedad renal. Sus efectos benéficos se relacionan con la capacidad de dilatar las arteriolas eferentes, disminuyendo la presión intraglomerular, así como la restauración de la selectividad sobre la permeabilidad en pacientes con proteinuria.
- **Calcioantagonistas:** el verapamil y diltiazem reducen la presión intraglomerular en forma similar a los IECA. Las dehidropiridinas son agentes antihipertensivos bien toleradas pero no disminuyen la proteinuria, pero retrasan la progresión de la enfermedad renal. Ejercen un efecto renoprotector al disminuir la hipertrofia más que la reducción de la presión intraglomerular.

- **Diuréticos:** la indicación de diuréticos es en caso de: edema, hipertensión, síndrome nefrótico, tratamiento de diálisis, hipernatremia, hiperpotasemia, hipercalcemia. Los más usuales son los diuréticos de asa. Los diuréticos derivados de la tiazida y sus análogos, los antagonistas de la aldosterona, la amilorida están contraindicados alteran la filtración glomerular y la perfusión renal.
- **Agentes fijadores de fosfato, suplementos del calcio y vitamina D** para mantener niveles séricos adecuados de calcio y fósforo.

### 1.5.3 Tratamiento dialítico

**Diálisis:** la diálisis no acelera la recuperación de la IRC. En consecuencia se reserva para el tratamiento de los síntomas o signos de la uremia y para el control de la sobrecarga de volumen, la Hiperpotasemia y la acidosis refractaria del tratamiento conservador.

**1.5.3.1 Hemodiálisis:** se realiza mediante un acceso vascular a corto plazo que se obtiene mediante un catéter de doble luz insertado en la vena subclavia, yugular interna o femoral o por medio de una fistula arteriovenosa.

Emplea el proceso de difusión a través de una membrana semipermeable para retirar sustancias no deseadas en la sangre mientras se añaden componentes deseables, en la que por medio de un flujo constante de sangre a un lado de la membrana y una solución limpiadora de dializado al otro permite la retirada de los productos de deshecho de forma similar a la de la filtración glomerular.

El equipo de hemodiálisis esta formado por tres componentes: *el sistema de suministro de sangre, el sistema de composición y suministro del dializado.*

La sangre es bombeada al dializador mediante una bomba a través de cables equipados de forma adecuada para medir el flujo y las presiones de entre 300 y 450ml/min. Es posible manipular la presión hidrostática negativa del lado del dializador del sistema para obtener la deseada extracción de líquido, la denominada **ultrafiltración**.

Con las técnicas actuales de diálisis la mayoría de pacientes necesita entre 9 y 12 horas de diálisis por semana, divididas en varias sesiones, el tiempo depende del tamaño corporal, de la función renal residual, de la ingesta dietética, de las enfermedades complicantes y del grado de anabolismo y catabolismo. El tiempo, la frecuencia de los tratamientos, el tipo y el tamaño del dializador y la composición del dializado, de la sangre o del flujo de dializado se pueden alterar para satisfacer necesidades específicas.

El tipo de membrana y el tamaño de la superficie son determinantes de la ultrafiltración y de la depuración, e importantes para la respuesta inmunitaria del paciente.

Son muchas las complicaciones del paciente sometido a hemodiálisis ya que tienen que ver con la enfermedad subyacente o con aquellas situaciones urémicas que no se corrigen con este tratamiento.

Otra complicación es en relación a la fistula arteriovenosa ya que en muchos de los casos se presenta infección o trombosis y formación de aneurismas, llegando en algunos casos hasta septicemia y embolia séptica. La infección por *Staphylococcus aureus* es la complicación más común.

**La depresión y la alteración de la propia imagen** son problemas psiquiátricos frecuentes. El rápido flujo de osmolaridad puede producir un síndrome de desequilibrio, consistente en **confusión, obnubilación de la conciencia y convulsiones**; además los rápidos cambios de electrolitos (especialmente el potasio) pueden ocasionar **arritmias** durante la diálisis.

- La hipotensión es frecuente y se debe a muchos factores:
- El tamaño de la circulación extracorpórea
  - El grado de ultrafiltración
  - El cambio de osmolaridad en el suero
  - La presencia de neuropatía autónoma
  - El uso de agentes antihipertensivos
  - El recambio de catecolaminas o la infusión de acetato (depresor cardíaco y vasodilatador, guisado para amortiguar el dializado)

Los síndromes de demencia y osteomalacia pueden ser secundarios a la contaminación por aluminio del agua del dializado o la ingestión oral de hidróxido de aluminio.

El aumento de antigenemia (Antígeno de superficie de la hepatitis B) se relaciona con el descenso de la integridad inmunitaria y una mayor velocidad de transfusión, los pacientes con antigenemia suele cursar asintomáticos con ligero trastorno de la función hepática. El uso de la eritropoyetina disminuye la necesidad de transfusiones, y con ello se reduce el riesgo de hepatitis.

Con la exposición de la sangre a algunas membranas de diálisis se produce elaboración de citocinas (IL-1, IL-6 y factor de necrosis tubular), probablemente esta producción de citocinas y la estimulación del sistema del complemento participan en la producción de anorexia y hiperatabolismo.

Además participan en la aparición de artropatía amiloide, constituida por el síndrome del túnel de carpo y degeneración quística de la columna cervical, de la cabeza y cuello y una lesión infiltrativa del hombro.

La heparina necesaria durante el proceso de hemodiálisis para evitar la coagulación en las líneas y en el dializado puede provocar hematoma subdural y hemorragia retroperitoneal, digestiva, pericárdica y pleural.

Uno de los mayores problemas en los pacientes sometidos a hemodiálisis de larga duración es la mortalidad relacionada con el IAM y los accidentes cerebrovasculares, a causa de la existencia previa de síndrome urémico, hipertensión, hiperlipidemia, calcificación vascular debido al hiperparatiroidismo y gasto cardíaco alto debido a la anemia y a otros factores.

El control de la hipertensión es esencial y se consigue en el 80% aproximadamente de los pacientes de hemodiálisis mediante la ultrafiltración y reducción del volumen extracelular hasta alcanzar una hipotensión leve, en el caso de no responder a la ultrafiltración, está justificado el uso de antihipertensivos.

Los dilatadores periféricos y los betabloqueadores agravan la hipotensión por lo que su uso debe ser vigilado. Los inhibidores de la ECA y los antagonistas del calcio producen menos hipotensión pero deben usarse después de la hemodiálisis. La posibilidad de complicaciones debe ser evaluada antes de iniciar el tratamiento.

Las ventajas de la hemodiálisis son el tiempo relativamente corto de tratamiento y la misma interrupción del tipo de vida entre tratamientos. Es más eficaz que la diálisis peritoneal y permite cambios rápidos de los valores séricos anormales.

1.5.3.2 Diálisis peritoneal: se efectúa a través de un catéter intraperitoneal (catéter de Tenckhoff) que beneficia al ser un equipo cerrado que proporciona un dializado en ciclo continuo para lograr depuraciones y una remirada de líquido parecidas a los de la hemodiálisis.

## TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL:

DPAC: En 1978 aparece la DPAC, que es *diálisis peritoneal continua ambulatoria* que es la forma más común, no requiere maquina. Puede llevarse a cabo en cualquier lugar limpio. En este tipo de diálisis la sangre es depurada todo el tiempo. El dializado va de una bolsa de plástico por el catéter al abdomen. El dializado permanece en el abdomen mientras el catéter esta cerrado. Después de las horas indicadas (4 – 6 horas)se dreña el líquido, después por el mismo catéter, vuelve a llenar el abdomen y el proceso de depuración vuelve a iniciar.

DPCC: *la diálisis peritoneal continua cíclica* es similar a la PDCC, excepto que se conecta al catéter una máquina que automáticamente llena y dreña el dializado del abdomen. Esto se hace de noche.

DPi: *la diálisis peritoneal intermitente* emplea el mismo tipo de máquina que la DPCC para incorporar y drenar el dializado. Puede llevarse a cabo en casa, por lo general se hace en hospital y la sesión dura más que la DPCC.

Al igual que en la hemodiálisis el concentrado del dializado puede ser modificado para adaptarse a las necesidades del paciente. La principal diferencia es la mayor cantidad de dextrosa que se emplea como agente osmótico para lograr la retirada del líquido (1.5, 2.5 ó 4.25g/dl)

Las ventajas de la diálisis peritoneal son que evita la heparinización y la cirugía vascular y que tiene un ritmo de depuración más lento, lo que puede ser de ventaja en pacientes con inestabilidad cardiovascular y hay más posibilidad de lograr el autotratamiento total.

La diálisis peritoneal no se puede usar en paciente que les precede alguna cirugía abdominal extensa, o enfermedad pulmonar.

**COMPLICACIONES:** dentro de las principales se encuentra la infección del catéter, la peritonitis, la pérdida de proteínas con malnutrición, la hipertrigliceridemia, la hipercolesterolemia, la obesidad, las hernias inguinales y abdominales.

Para evitar algunas de las complicaciones es necesario llevar a cabo un control de infecciones en la unidad de diálisis, ya que la transmisión por contacto juega un papel importante para la transmisión de enfermedades ya sea a través de la piel del paciente o el acceso directo al torrente sanguíneo. Motivo por el cual es importante un adecuado lavado de manos, el uso de guantes, limpieza y desinfección de todas las superficies.

También la rehabilitación a través de un programa de ejercicios es de gran importancia para evitar complicaciones, ya que tienen ventajas como:

- Mejora la tensión arterial, la fuerza muscular y ósea
- Control de peso y sueño
- Psicológicamente disminuye la ansiedad
- Mejora la autoestima

1.5.3.3 Transplante renal: sin duda es el mejor tratamiento sustitutivo en la IRC. Sin embargo, no todos los pacientes son aptos para ser transplantados. Existen riesgos inherentes al transplante ya que el riesgo de la intervención quirúrgica y el tratamiento posterior para evitar el rechazo es superior a los posibles beneficios del transplante. El paciente debe ser sometido a una serie de estudios que por un lado descartan la existencia de enfermedades que contraindiquen el transplante, y por otro van a definir el perfil de histocompatibilidad del paciente.

El transplante consiste en implantar un riñón humano sano de otra persona, que puede ser un familiar directo (donador vivo relacionado) o de una persona recién fallecida.

En algunas ocasiones la Ley de Transplantes contempla la donación de personas allegadas directas como el caso de esposa o esposo (donador vivo no relacionado.) Para realizar el transplante, se coloca el riñón entre la parte superior del muslo y el abdomen, conectándose la arteria del nuevo riñón a una arteria y vena del cuerpo de receptor, al fluir sangre por el nuevo riñón, se producirá orina aunque no siempre de inmediato, sino que puede tardar varias semanas. Los riñones dañados se dejan en su lugar a no ser que produzcan infección o subida de la presión arterial. El transplante no es la cura al la IRC, siempre existe la posibilidad de rechazo, ya que la probabilidad de una adecuada aceptación del riñón depende de:

- Edad
- Raza
- Condición médica

El paciente con transplante renal tendrá que tomar inmunosupresores para disminuir el riesgo de rechazo, los cuales provocan efectos colaterales ya que debilitan el sistema inmunitario y facilitan el desarrollo de infecciones.

Algunos de estos medicamentos provocan cambios en el aspecto de la persona: pueden ganar peso, desarrollar acné, o vello facial, cataratas, acidez gástrica trastornos de la articulación de la cadera, pueden dañar el hígado o el riñón.

## CAPÍTULO II. LA AUTOESTIMA COMO MANIFESTACIÓN PSICOSOCIAL

### 2.1 LA AUTOESTIMA

El comportamiento del hombre como "*ser biopsicosocial*" está determinado por factores biológicos, psicológicos, espirituales y sociales que interactúan de manera muy estrecha. Uno de esos factores es la autoestima, puesto que refleja el valor personal que el individuo se da; además de que determina en gran parte el comportamiento individual y la manera como se relaciona con los demás, independientemente de la fase del crecimiento y desarrollo por la que esté pasando.

El concepto de autoestima se interpreta de diferentes formas. Lara y colaboradores señalan que es la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Agregan que es una experiencia subjetiva que se trasmite hacia los demás por reportes verbales o conducta manifiesta y establece que la baja autoestima puede llevar sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad; mientras que la alta autoestima se relaciona a individuos con vidas más activas, sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosos y mejor capacitados para el tolerar el estrés interno o externo; son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutar de sus relaciones interpersonales y valorar su independencia. (*Lara, Verduzco, Acevedo, Cortés, 1993 pp. 245 - 255*)

Otros autores hablan de la autoestima como la percepción (sentimiento) valorativa de nuestro ser, de quienes somos, del conjunto de los rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. (*Salud y Nutrición - La autoestima*) Un adecuado nivel de autoestima es la base de la salud mental y física del organismo.

El concepto que tenemos de nuestras capacidades y nuestro potencial no se basa sólo en nuestra forma de ser, sino también en nuestras experiencias a lo largo de la vida; todo influye en nuestro carácter y por tanto en la imagen que tenemos de nosotros mismos. (*Mongrafias.com - Autoestima*) Desde el momento de nacer recibimos mensajes a distintos niveles de nuestro entorno. Recibimos caricias, abrazos, palabras, castigos, silencios, represiones. Así vamos comprendiendo quienes somos según el trato que recibimos. Los primeros años de nuestra vida son básicos para la formación de la autoestima. Así, la familia es la primera encargada de enseñarnos lo que somos, si tenemos baja autoestima por nuestra historia personal, podemos aprender a cambiarla, tenemos que aprender a conocer nuestros puntos fuertes y débiles. Los primeros nos dan confianza en nuestra capacidad. Los otros, nos hacen dirigirnos hacia lo que debemos cambiar o fortalecer. El conocimiento de sí es fundamental para fortalecer la autoestima.

La autoestima forma parte inherente del autoconcepto, y se desarrolla con las apreciaciones que las personas importantes para el sujeto aportan al mismo. El tener una autoestima elevada ayuda al individuo a desarrollarse en un entorno determinado y a enfrentarse a las crisis de madurez y situaciones de la vida. Una autoestima baja deteriora el proceso de adaptación. En conjunto el objetivo de la autoestima es mantener una alta opinión de sí mismo ante puntos de vista en continuo proceso de cambio. Cuando se logra, este objetivo contribuye a la calidad de vida de los individuos. Los trastornos de la autoestima surgen cuando los sujetos experimentan una disminución en su autovalía, el autorespeto, la autoaprobación o la autoconfianza. (*García Ortega Verónica*)

El autoconcepto y la autoestima juegan un papel importante en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos, la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su sello. Tener un autoconcepto y una autoestima positiva es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El auto concepto favorece el sentido de la identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación, contribuye a la salud y al equilibrio psíquico.<sup>5</sup> La autoestima no es estática, se asemeja a un termómetro que puede subir o bajar de acuerdo a los acontecimientos y experiencias que un individuo tiene en la vida. Por ello es importante resaltar los niveles de autoestima por los cuales el individuo puede pasar.

**AUTOESTIMA ALTA:** Es el resultado deseado del proceso de desarrollo humano. La persona con autoestima positiva experimenta un sano sentimiento de agrado y satisfacción consigo misma. Se conoce, se acepta y valora, con todas sus virtudes, defectos y posibilidades. Siente que las limitaciones no disminuyen su valor esencial como persona y descubre su valor esencial como persona y se descubre como alguien "querible" por lo que es en sí, y descubre la importancia de cuidar de sí. Una autoestima alta impacta en forma positiva la salud física y psicológica. Por ello, es una persona que tiene el valor de asumir riesgos y enfrentar fracasos y frustraciones como oportunidades para aprender a crecer, y los asume como desafío, separándolos de sí mismos, se muestra segura de sí misma, puede expresar sus opiniones, tomar decisiones firmes a pesar de la incertidumbre y las presiones.

Una buena autoestima es el motor que desencadenará actividad en las funciones afectivas y sociales, la cual va a permitir que se obtenga como resultado: la sensación de sentirse amado, aceptado, atractivo, valioso, útil y digno de respeto. A su vez, éstas últimas sensaciones generan una retroalimentación que recaerá nuevamente sobre la construcción de la autoestima positiva que se ha generado, aumentando de esta manera su potencial también positivo que le llevará a una mayor satisfacción personal.  
*(García Ortega Verónica)*

---

<sup>5</sup> Resulta falsa la noción de que la autoestima es simplemente una función de cómo nos ven y evalúan los demás. Es entirne un ser adecuado para la vida, sus exigencias y desafíos: consiste en la disposición a un encauzamiento hacia sí mismo. Cfr. Nathaniel Branden. "La autoestima en la vida humana", 1996, pp. 19-28

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De los elementos más importantes que ayudan a elevar la autoestima son:

- El sentido propio de valer, de significar.
- El sentido de capacidad, de poder realizar.
- El sentido de pertenecer, de tener un grupo que nos acepte.
- La sensación de meta, de un sentido y propósito de la vida, respeto a nuestros valores.

**AUTOESTIMA MEDIA:** estado en el que la persona experimenta un cierto grado de autovaloración positiva de sí misma y de sus capacidades. En la que puede haber factores que influyen a disminuirla o aumentarla.

**AUTOESTIMA BAJA:** cuando las apreciaciones de la autoevaluación y autovaloración le hacen daño y hay carencia de estima hacia sí misma. El individuo se ve enfrentado a situaciones o experiencias desagradables, a errores e insatisfacciones, provocando repercusiones con una carga afectiva negativa, la persona está convencida que no tiene aspectos positivos para enorgullecerse, tiene conciencia de sus defectos, pero tiende a sobredimensionarlos. Es frecuente encontrar una actitud quejumbrosa y crítica, triste, insegura, inhibida y poco sociable, perfeccionista, con necesidad compulsiva de llamar la atención y de aprobación son personas con una gran necesidad de sentirse queridas y valoradas.

El nivel de autoestima en el paciente es un tema importante para el profesional de salud, ya que con la enfermedad puede peligrar el nivel de autoestima. El enfermo se enfrenta a la pérdida de autonomía, lo que puede reducir sus autoestima y producir cambios en las expectativas de los demás respecto a su conocimiento y capacidad. Las pérdidas relativas, la dependencia, las consecuencias de los tratamientos son causas que alteran el nivel de autoestima, y son factores que deben ser conocidos por el profesional de salud a fin de brindar un apoyo al paciente.

El nivel de autoestima es un factor importante en la respuesta de la enfermedad, y la baja autoestima puede afectar negativamente al comportamiento del paciente durante la enfermedad y afectar toda su vida.

Con los factores ya mencionados puede presentarse una serie de alteraciones en la autoestima de las cuales destacan las siguientes:

- Expresiones verbales negativas hacia uno mismo.
- Expresiones de vergüenza o de culpa.
- Sensación de incapacidad para controlar los acontecimientos.
- Rechazo o negación de las respuestas positivas hacia sí mismo y exageración de las respuestas negativas.
- Capacidad escasa o casi nula para solucionar problemas.
- Racionalización de los fracasos personales.
- Hipersensibilidad a la menor crítica.
- Falta de seguridad.
- Conformismo excesivo.
- Indecisión.
- Pasividad.
- Búsqueda excesiva de aprobación o consuelo.
- Presentación corporal inadecuada desde el punto de vista cultural. (postura, contacto ocular, movimientos)
- Negación de problemas que son obvios para los demás.
- Proyección de la culpa o de la responsabilidad ante los problemas.

La imposibilidad de resolver un problema o una sucesión de varios factores de estrés pueden dar como resultado una baja autoestima crónica.

## FACTORES FISIOPATOLÓGICOS

- Cambios en el aspecto físicos secundarios a:
  - Pérdida de partes del cuerpo
  - Pérdida de funciones del cuerpo
  - Desfiguración

## FACTORES PERSONALES Y AMBIENTALES

- Necesidades de dependencia no satisfechas
- Sentimiento de fracaso secundario a:
  - Pérdida de empleo
  - Aumento o disminución de peso
  - Desempleo
  - Problemas económicos
  - Problemas de relación ( separación, desacuerdos conyugales, etc.)

## FACTORES DE MADURACIÓN

- Falta de estímulos o de familiaridad
- Separación de personas allegadas
- Apoyo familiar insuficiente
- Respuestas negativas repetidas
- Pérdida de independencia y autonomía
- Ruptura de relaciones interpersonales

De los aspectos psicológicos individuales más alterados son la autoestima, los síndromes psíquicos como la depresión y ansiedad; viéndose afectada también el área familiar, social y laboral; es decir el entorno total del individuo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

EN EL ÁREA FAMILIAR: la autoestima, además de ser el aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende del ambiente familiar en que se encuentra y los estímulos que se brindan. Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona, producidas en una persona, producidas en su niñez pueden causar trastornos psicológicos emocionales y físicos produciendo dificultades en la vida de las mismas. La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora valores, reglas y costumbres.

Al presentarse una enfermedad en alguno de los miembros de la familia se da la necesidad de convivir diariamente con el tratamiento, las modificaciones especiales e higiénicas, la adecuación de horarios muchas veces determinan conflictos familiares; a esto se agrega la significación que para el paciente tiene que desempeñar el rol de enfermo en la familia.

Es una situación difícil el sentirse dependiente de la familia en todas las cuestiones; esto cuando no se le brinda el apoyo necesario para conducir al enfermo a la independencia para lograr el autocuidado; en el que el paciente se sienta útil a pesar de la enfermedad y que se preocupe por el estado de su salud.

Por otra parte, la diálisis y la hemodiálisis requiere un alto grado de autonomía y responsabilidad en el paciente, lo cual, en cierto sentido puede resultar beneficioso ya que le otorga cierto grado de control sobre su cuerpo y su enfermedad, pero en muchos casos el tratamiento se convierte en una fuente de estrés.

EN EL AREA LABORAL: el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretudo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos la persona afectada puede quedar inhabilitada para trabajar viéndose afectado por importantes repercusiones psicológicas y sociales.

Este hecho puede conducir al individuo a sentirse una carga para la familia, a sentirse menos que los demás o a un estado depresivo por no poder realizar su rol laboral debido a las implicaciones de su tratamiento.

EN EL AREA SOCIAL: la sociedad cumple una función muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura de esta, la familia adopta pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y determinan a formar la personalidad de cada uno, teniendo a esta como modelo social. En nuestra sociedad el nivel de autoestima de una persona está en cierta medida, está ligada a lo que hace para ganarse la vida. Los criterios mediante los cuales, las personas, se valúan a sí mismas son culturales. Toda persona se ve a sí misma desde el punto de vista de los grupos en que participa y todo aquello que piensen de uno influye positiva o negativamente en la personalidad o forma de pensar.

Ante los cambios físicos que la enfermedad y el tratamiento implican, el paciente tiende a aislarse en forma progresiva de su entorno habitual, ya sea para evitar compartir espacios de su vida que le incomodan al compartir con los demás, o porque teme ser rechazado o discriminado por sus compañeros.

Esta conducta terminará por llevar al paciente a tener poco contacto con los demás y a ocultar sus sentimientos; además de que entorpecerá la relación con el personal de salud.

## 2.2 FACTORES QUE CONDICIONAN EL NIVEL DE AUTOESTIMA

Toda persona tiene en su interior sentimientos, que según su personalidad puede manifestarlos de diferentes maneras. Muchas veces estas manifestaciones dependen de otros factores, éstos pueden influir positiva o negativamente en la formación y desarrollo de la persona.

2.2.1 Personalidad del paciente: hablar de la personalidad es un tema conflictivo, pero es de notar que los pacientes con mayor coeficiente intelectual y un nivel de mayor de educación se adaptan mejor al tratamiento. Al mismo tiempo se conoce que los pacientes que han pasado por diferentes métodos dialíticos están más motivados hacia la independencia hay creatividad tanto en el trabajo como en el hogar.

2.2.2 Status socioeconómico: los pacientes con bajo nivel socioeconómico tienen mayores dificultades y por lo tanto menos aceptación y éxito con el tratamiento dialítico. Sin embargo, este factor no debe condicionar el tratamiento que se le ofrece al paciente; lo que debe llevarse a cabo es plantear un programa de educación sobre la enfermedad en todos los pacientes independientemente del nivel socioeconómico y cultural.

2.2.3 Cualidades del entorno familiar: entre estos factores se encuentran la capacidad para tolerar el estrés, la capacidad de asumir responsabilidades, la capacidad de entrega hacia el paciente y la capacidad de sublimación de sus necesidades. Cuando la pareja del paciente o la familia se ve afectado por el estrés, es más difícil brindar apoyo al paciente. La relación entre el paciente y su familia permite, en muchos casos, predecir la tolerancia y calidad del tratamiento del paciente. Una buena relación de pareja es clave para los pacientes que se ven sometidos a tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria continua.

2.2.4 Relaciones interpersonales: como en cualquier enfermedad crónica, las relaciones intrafamiliares se ven afectadas. Los pacientes se sienten socialmente aislados del núcleo familiar como de su comunidad. La sexualidad disminuye en parte por problemas físicos y psicológicos, lo cual hace la vida de pareja más difícil.

2.2.5 Situación de trabajo: la enfermedad renal usualmente se presenta en la época más productiva de la vida. Por consiguiente altera seriamente el trabajo u ocupación del paciente y limita los ingresos económicos del núcleo familiar. El hecho de asistir a las sesiones de hemodiálisis interfiere con el rendimiento en el trabajo.

## 2.3 TRASTORNOS FÍSICOS

2.3.1 Alteraciones de autoconcepto: el concepto que tiene uno de sí mismo es relativamente estable pero puede modificarse y es útil para comprender a los individuos y su comportamiento. Influye en la forma en que reaccionan las personas y hacen frente a los problemas de la vida diaria. En el campo de la enfermería el autoconcepto debe ser tomado en cuenta si es que se brindan cuidados que giran alrededor de la totalidad del individuo; de lo contrario pueden ser ineficaces. El autoconcepto es el concepto que los individuos tienen de sí mismos. Los pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar desesperación, abatimiento, aceptación pasiva, ira y hostilidad (impacto.) Las respuestas inmediatas pueden ser ansiedad, insensibilización y sentimiento de ausencia de realidad, negación; (retirada) después pueden presentarse emociones conflictivas asociadas al reconocimiento de los cambios o pérdidas que han ocurrido o que ocurrirán; hasta que por fin puede presentarse el momento en que el paciente intenta dar un nuevo enfoque a su vida. Los factores que pueden afectar al autoconcepto son:

- La percepción previa de la apreciación de sí mismo procedentes de sus allegados.
- La experiencia en las crisis situacionales y la forma de solucionarlas.
- La experiencia con el éxito, el fracaso y las expectativas actuales de sí mismo.
- Los sentimientos positivos y negativos sobre la propia valía originados en las experiencias interpersonales.
- Nivel del funcionamiento fisiológico.

2.3.2 Trastornos de del la imagen corporal: está basada en las percepciones pasadas y presentes, es la imagen mental, incluyendo actitudes y sentimientos, que se tienen del cuerpo y del desarrollo físico. La imagen corporal parte de la sensación interna, el contacto con los demás y los objetos del entorno, las experiencias emocionales y las fantasías.

Aunque la imagen corporal forma parte estable del autoconcepto, con el tiempo se transforma y se ve influida por el crecimiento cognitivo y los cambios físicos experimentados en el cuerpo.

Un cambio en el aspecto, estructura o función corporal precisa un cambio en la imagen del mismo. La causa del trastorno de la imagen puede ser biofísica, perceptual, cognitiva, psicosocial, cultural o espiritual; estos trastornos tienen lugar cuando se produce una ruptura en la percepción física del individuo; dichas alteraciones se manifiestan mediante respuestas verbales o no verbales frente al cambio percibido de la función. (*Urden, 1999, pp. 38 – 39*)

El papel del personal de enfermería en este aspecto es ayudar al paciente a adaptarse a los cambios físicos y psicosociales, auxiliarles para que reconozcan, la capten y vivan con los cambios, lo que hace necesario el reconocimiento de que también se afecta el nivel de autoestima y la función que se desempeñaba.

2.3.3 Alteraciones del afrontamiento: el afrontamiento es una estrategia de adaptación, que es utilizada cuando las personas se enfrentan a problemas serios que no pueden dominarse con comportamientos habituales.

Los mecanismos que acompañan al afrontamiento son la ansiedad y el duelo; además se ve afectado por la edad, el sexo, y precisa de apoyos sociales.

2.3.4 Proceso del duelo: es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona, cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática, por lo cual siempre es dolorosa. Requiere un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo.

2.3.4.1 FASES DEL PROCESO DEL DUELO: se dan cuatro fases secuenciales:

1. Experimentar pena y dolor. (*Negación*)
3. Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento. (*Ira*)
4. Experimentar apatía, tristeza y desinterés. (*Regateo*)
5. reparación de la esperanza y reconducción de la vida. (*Aceptación*)

2.3.4.2 MANIFESTACIONES DEL DUELO: aparecen:

- Sentimientos: tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche.
- Sensaciones físicas: estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca.
- Pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones visuales y auditivas.
- Comportamientos o conductas: trastornos del apetito, retirada social, suspiros, hiperactividad, llanto fácil.

El duelo termina cuando las tareas del proceso han sido finalizadas. Por lo tanto no hay una respuesta concreta. Dos años es la fecha aceptada, pero por ser un proceso nunca se termina o no se completa.

2.4 MECANISMOS DEL AFRONTAMIENTO

**2.4.1 Confianza:** la confianza se manifiesta en los pacientes como la creencia de que la persona les librará de la enfermedad, solucionando cualquier percance que se pueda presentar. Este es un proceso inconsciente que no sólo reduce el miedo a la muerte sino que permite a los pacientes ponerse en manos del personal de salud, favoreciendo en consecuencia el cumplimiento de todos los pasos del cuidado.

**2.4.2 Esperanza:** es un factor significativo en la recuperación y supervivencia del paciente, recibe poca atención hasta que los pacientes se desesperan. La esperanza presta apoyo a los enfermos y les ayuda a soportar las dificultades físicas y psíquicas que forman parte de la experiencia diaria.

**2.4.3 Creencias y prácticas religiosas:** las creencias y prácticas religiosas pueden facilitar a los pacientes la aceptación de la enfermedad, la sensación de dominio y control, una fuente de esperanza y confianza más allá de los límites de lo que el personal pueda aportar y fortaleza para resistir el estrés, ya que pueden comentar sus creencias y preocupaciones religiosas abiertamente o considerar que esta cuestión es un asunto privado. Los pacientes que confían por completo en las creencias religiosas se benefician cuando el personal respeta su crechitas y son sensibles a su deseo o resistencia a comentarlas.

**2.4.4 Función del apoyo familiar:** para los pacientes es de gran importancia el apoyo de la familia para afrontar la enfermedad. Aquellos que cuentan con una familia que les presta apoyo saben que sus componentes comparten con ellos un pasado y la esperanza de un futuro. Al disponer del apoyo familiar, los pacientes pueden saber que realmente se comprende su experiencia, incluso cuando se hable poco de ésta. El paciente busca en su familia amor, comprensión, apoyo y cuidado de los asuntos que ellos no pueden atender personalmente; en estos casos la enfermera puede apreciar la calidad de las interacciones que el paciente tiene con la familia y puede formular intervenciones que les ayuden a prestarle apoyo. (Se llevará a cabo por el proceso de enseñanza – aprendizaje.)

**2.4.5 Compartir experiencias y preocupaciones:** el compartir experiencias y preocupaciones con interlocutores que demuestren interés y comprensión pueden aliviar el distrés emocional de algunos pacientes. Pueden compartir sus preocupaciones y encuentran consuelo al saber que no están solos en su experiencia.

## 2.5 VALORACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

Por medio de su comportamiento, los pacientes pueden demostrar un afrontamiento ineficaz. La hostilidad excesiva, la regresión grave y el incumplimiento del tratamiento también pueden sugerir un afrontamiento ineficaz. Pueden comunicar problemas como ansiedad grave o desesperación. La observación del comportamiento puede ser incómoda para el personal de enfermería, especialmente cuando esta actitud negativa se dirige hacia éste. La valoración que debe realizar el personal de enfermería es si el afrontamiento ineficaz (aceptación ineficaz) pone en peligro su cuidado o el cuidado de otros, o si es capaz de proporcionar métodos de apoyo para realizar el afrontamiento con mayor eficacia. (*Urden, 1999, pp. 41 - 43*)

### CAPÍTULO III. ATENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON IRC

La atención holística comprende todo el ejercicio de la enfermería que tiene como meta sanar a la persona como un todo, reconociendo dos puntos de vista con respecto al holismo: que este incluye el estudio de las interrelaciones de las dimensiones biopsicosociales de la persona, y reconoce que el todo es más que la suma de sus partes y que el holismo implica entender al individuo como un todo integrado que interactúa y recibe las influencias de circunstancias tanto internas como externas. (*O' Brien – Kennedy – Ballard, 2001, p. 210*)

El cuidado enfermero desde una atención holística permite al individuo transformarse y transformar su medio ambiente, ya que el personal de enfermería responde a las necesidades del paciente de acuerdo a sus necesidades, al proceso de autorrealización y crecimiento del paciente.

La atención holística intenta abarcar las dimensiones emocionales, físicas y espirituales del paciente en armonía y estimular el proceso de curación de todas las áreas de la persona, lográndose así, una satisfacción tanto para el paciente como para el personal de enfermería. Actualmente el materialismo es una de las corrientes que afecta la visión del ser humano, además el activismo, el adelanto de la ciencia y la tecnología conducen a una percepción de la enfermedad del paciente como un fenómeno de interés y como tal se brindan cuidados, pero se deja de lado al ser humano como un todo, como un ser holístico. Partiendo de la raíz de la palabra “holística” que viene del griego “holos” que significa “Completo” la atención holística de enfermería tiene como base el analizar, entender y atender al ser humano en su totalidad, con la finalidad de descubrir y proporcionar alternativas de solución para los problemas que afectan al paciente y llevarlos a un estado de armonía, equilibrio y salud.

La psicopatología en los pacientes de IRCT, se vuelve difícil de evaluar debido a la coincidencia de muchos de sus síntomas con aquellos propios de los trastornos psicológicos. Por ello se vuelve necesario indagar con mayor profundidad y otorgar relevancia a la sintomatología de tipo ideacional y afectiva, como el descenso de autoestima, deseos de muerte, pesimismo, pérdida de interés y la capacidad de disfrute, temores o preocupaciones excesivos. (Bettina, 2000) Siendo aquí donde el personal de enfermería ha de tomar en cuenta la sintomatología mencionada ya que el enfermo es una persona integral y que en su totalidad sufre desequilibrio físico, emocional, espiritual, social, etc.

### 3.1 IMPORTANCIA DEL APOYO ENFERMERO A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON IRC

La insuficiencia renal crónica y el tratamiento dialítico ocasionan conflictos tanto en el paciente como en el grupo familiar. El sufrimiento del enfermo se expresa mediante una amplia gama de manifestaciones somáticas y emocionales en respuesta a los problemas médicos, psicológicos y sociales asociados a la enfermedad, que para poder enfrentarlos necesita del apoyo de su entorno, básicamente su familia y el personal de salud.

La relación entre enfermera – paciente, debería desarrollarse de una forma operativa e instrumental que garantice un vínculo saludable terapéutico y desde una distancia óptima. Sin embargo, la relación oscila entre el extremo de adoptar con el paciente una distancia máxima, remitida a la mera ejecución de los aspectos técnicos de la tarea, hasta el opuesto de establecer con él una relación indiferenciada, simbiótica, asumiendo masivamente los roles que el enfermo le adjudica.

Ante esta situación se ve la necesidad de que la enfermera posibilite una comprensión más cabal e integradora de su quehacer diario para con el paciente, tomando en cuenta la información teórica de los aspectos psicológicos relacionados con la IRC, la aplicación de los tratamientos, la creación de actividades grupales; lo cual permitirá optimizar la relación con el paciente y acceder con él al establecimiento de patrones vinculares más propios para lograr una rehabilitación integral. *(María del Carmen Neira, 2000)*

La relación interpersonal enfermera – paciente – familia es de gran importancia para la atención holística ya que se establece a partir de la necesidad de ayuda que ocasionan los problemas de salud del paciente con IRC, y se hace necesario que el personal de enfermería valore la *presencia de déficit de autoestima* ya que la propia enfermedad o sus efectos producen con frecuencia sentimientos de incapacidad que influyen e inciden en su autopercepción y autoaceptación.

En el quehacer enfermero debe tomarse en cuenta el apoyo necesario que debe brindar para lograr el manejo de aspectos relacionados con la autoestima, ya que ello permitirá establecer con los pacientes y sus familias, relaciones que promuevan el desarrollo personal y con ello, podrá elaborar y dirigir estrategias dirigidas a promover la autoestima del paciente.

La atención integral de enfermería brindada al paciente ha de tomar en cuenta la valoración e identificación de problemas relacionados con la autoestima, ya que ello permitirá establecer con los pacientes y sus familias, relaciones que promuevan el desarrollo personal y con ello, podrá elaborar y dirigir estrategias dirigidas a promover la autoestima del paciente. *(Begoña Carbelo Baquero, 1998- 1999)*

Las actividades de enfermería abarcan la prevención, promoción y educación de la salud, y como parte central de su quehacer, las ha de llevar a cabo a través de la atención holística del paciente e incluso de la familia.

La enfermería holística describe "quien es" la enfermera y no sólo "qué hace", es decir que es la calidad de su presencia y ser, (su capacidad para el cuidado) lo que en esencia describe a la enfermería holística, a través de su atención ofrece calidad de su presencia, contacto, cuidado, compasión, consejo, habilidad, curación y sabiduría.

### 3.2 EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA

La familia es parte esencial dentro del equipo multidisciplinario de salud, no como miembro sino como ayuda directa para lograr los objetivos del equipo de salud. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción para no influir negativamente en el paciente. La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se le instruye de una manera adecuada en el control de los síntomas y los cambios físicos provocados por el proceso de la enfermedad

La educación del paciente y familia es parte esencial del quehacer enfermero, debido a que en la mayoría de las veces el paciente percibe el servicio como algo extraño y amenazante. Además, el personal de enfermería tiene la responsabilidad legal y ética de satisfacer las necesidades indispensables relativas a la educación del paciente (*Urden, 1999, p. 25*)

El paciente y su familia tienen el derecho a ser informados del diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos comprensibles. Para ello, el personal de enfermería debe reconocer la individualidad de cada paciente, así como sus métodos de aprendizaje, habilidades y motivaciones, los cuales también deben individuales, debido a que estas diferencias presentadas en los enfermos causan respuestas diferentes ante las mismas estrategias de enseñanza.

La finalidad de brindar una atención holística es lograr llevar a cabo intervenciones de enfermería que logren dar respuesta a las necesidades del paciente.

De este modo las intervenciones de enfermería constituyen la piedra angular de la enfermería, ya que constituyen el enfoque del tratamiento ante un trastorno o una necesidad de salud identificada, las cuales son seleccionadas para satisfacer la necesidad y prevenir problemas potenciales.

Las intervenciones de enfermería deben designar actividades terapéuticas que ayuden al paciente a realizar una transición desde un estado de salud o de estado de ánimo a otro. Además, para que se consigan resultados favorables para un paciente, se han de estudiar cuidadosamente los factores de los problemas que presenta el paciente y seleccionar las intervenciones que se han de llevar a cabo a fin de modificarlos.

La atención holística brindada al paciente con IRC se concretiza en las intervenciones de enfermería a fin de modificar el nivel de autoestima, además de ofrecerle alternativas para un mejor afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias; motivo por el cual es de gran importancia hacer una valoración de las alteraciones que se presentan el paciente con relación a la autoestima.

### 3.3 LA ATENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON IRC

La relación interpersonal enfermería – paciente se establece a partir de la necesidad que ocasionan los problemas de salud, y se hace necesario que el personal de enfermería valore la presencia de déficit de autoestima ya que el proceso de la IRC y sus efectos producen con frecuencia sentimientos de incapacidad, que inciden en su autopercepción; además de verse afectadas todas las dimensiones de la persona afectada.

En el campo de la práctica de la enfermería, se considera de gran importancia que se brinde una atención holística, en la que no centren sólo en los signos y síntomas que se presentan a causa de la enfermedad, sino que se valore a la persona tomando en cuenta todas sus dimensiones; ya que no se puede atender sólo la enfermedad cuando ésta afecta todo su ser.

Las intervenciones de enfermería que son la práctica de la atención de enfermería van guiadas a satisfacer las necesidades básicas del paciente. Maslow (Urden, 1999, p. 39) hace una propuesta de los niveles de necesidades humanas:

1. Las necesidades fisiológicas. (comer, dormir, respirar, etc.)
2. Necesidades de seguridad.
3. Necesidades de afecto. (recibir apoyo y cariño de los demás, pertenecer a grupos sociales)
4. *Necesidades relacionadas con la autoestima.* (autorespeto, manejo de la propia vida)
5. Necesidades a desarrollar las potencialidades propias.

Según ésta escala de necesidades la autoestima se relaciona en forma parcial con las condiciones personales, familiares, económicas ó sociales. El tener una autoestima elevada ayuda al individuo a desarrollarse en un medio determinado y a enfrentarse a las crisis dadas por la enfermedad. Una autoestima baja deteriora el proceso de adaptación. He aquí la importancia del incorporar en las actividades de enfermería la identificación del nivel de autoestima a fin de brindar cuidados de enfermería dirigidos a promover la autoestima del paciente con IRC.

## **CAPÍTULO IV. LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON IRC**

**4.1 IMPORTANCIA DE LAS MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE DIALIZADO:** toda enfermedad crónica representa una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica; así como la sensación irreversible de convivir en forma permanente con la idea de la muerte, ya que la repentina pérdida de salud, los cambios en el estilo de vida y las alteraciones corporales pueden llevar al paciente a un estado de crisis, frustración o deterioro psicológico. La IRC es una enfermedad que requiere tratamiento imprescindible como la Diálisis o el Transplante Renal, tratamientos que ocasionan un impacto en la vida del paciente. El cual deberá enfrentarse no solo al hecho de padecer la enfermedad incurable sino también a la necesidad de la instalación de un catéter ó conectarse a una máquina para seguir viviendo, o bien someterse a una intervención quirúrgica para ser transplantado.

El paciente durante el transcurso de la enfermedad se encuentra frente a una gran variedad de estresores; la respuesta a estos estresores depende de diferencias individuales tales como:

- Edad
- Género
- Apoyo social
- Trasfondo cultural
- Pronóstico de la enfermedad

Además, existen otros factores que juegan un papel importante en la respuesta del paciente en situaciones de estrés y enfermedad como:

- Autopercepción
- La relación con otras personas
- Los valores espirituales
- La autocompetencia en los roles

sociales

Si bien el tratamiento de diálisis y hemodiálisis permite al paciente mantenerse con vida y en muchos casos rehabilitarse adecuadamente; sin embargo se presenta un deterioro en su nivel de autoestima en su calidad de vida. (*Rebollo.*) Entre las principales fuentes de malestar psicológico se encuentra la dependencia del tratamiento; de la familia; del personal de salud y de la propia enfermedad, ya que si bien el paciente puede encontrarse asintomático por periodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo es inevitable. Todo éste cúmulo de circunstancias repercutirá en el paciente y en su entorno familiar a distintos niveles: En el plano somático apreciará complicaciones tales como la anemia, la osteoporosis, etc., y el paciente será sometido a una dieta y a la restricción de líquidos.

- En lo psicológico la personalidad del paciente matizará el contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos; en lo que se verá la capacidad para hacer frente a las dificultades de la vida, su vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos.
- En el plano social la enfermedad repercutirá en el entorno familiar y social del individuo ya que se producirán cambios familiares y profesionales y sufrirá sentimientos de pérdida en diferentes áreas.
- En el plano laboral: la enfermedad produce en el paciente distintas formas de incapacidad en relación a su rol o función; se presenta como un ataque a la autoestima que se va acrecentando por todos los caminos. Se presenta una inminente pérdida laboral con la consiguiente variación de estabilidad económica por lo que se presentan sentimientos de marginalidad, exclusión: a nivel familiar por los cambios de roles operados y en el ámbito laboral. Depende del nivel de autoestima que el individuo posea para poder afrontar los cambios en su estilo de vida o hábitos que ha de adquirir.

El sujeto puede adaptarse a su situación de vulnerabilidad buscando alternativas y estrategias terapéuticas que le permitan un afrontamiento de la enfermedad.

#### 4.2 ACTITUD DEL PACIENTE ANTE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD

4.2.1 ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD: La enfermedad entendida como experiencia o sea la manera en que alguien enferma, la manera en que su grupo familiar y la red social perciben y responden a los síntomas de la enfermedad. La enfermedad como alteración bio-psico-social, entendiéndolo biológico como el sustrato anatomopatológico de la enfermedad, lo psicológico como la respuesta emocional del enfermo y lo social como las condiciones ambientales entre las que se podría considerar el ciclo vital del individuo que enferma y el momento de ese ciclo vital en el que aparece la enfermedad. El paciente toma conciencia de la gravedad de la enfermedad y del peligro de muerte, según transcurre el proceso de la enfermedad. Así la enfermedad supondrá un sentimiento de pérdida a todos los niveles:

- Pérdida de la salud y bienestar
- Pérdida de la libertad y autonomía personal
- Pérdida del status familiar y profesional

La pérdida de la salud y bienestar en el paciente con IRC existe sólo una realidad que es la necesidad de dializarse para permanecer con vida. La realidad de éstos paciente gira en torno a un tratamiento en el que según la periodicidad supone para el enfermo un constante enfrentamiento a la enfermedad sin favorecer la elevación del duelo, provocando y manteniendo pues, un duelo permanente y una ansiedad continua. Esta ansiedad se refleja en la constante observación corporal como reflejo de posibles complicaciones. La sexualidad de paciente se ve afectada, ya que presentan una disminución del deseo sexual, de la potencia, de la actividad y de la satisfacción, lo cual lógicamente supone un descenso de la autoestima, de la calidad de vida y bienestar.

La dieta restrictiva del paciente con IRC es también un tema importante ya que les ocasiona un aumento de pérdidas y limitaciones. El tema de la muerte está presente en el vivir de cada día:

- En las complicaciones que pueden ser mortales
- En el descenso de la esperanza de vida
- En el fallecimiento de los compañeros de diálisis

La pérdida de la libertad y la autonomía se ven afectadas por la pérdida de la función miccional ya que supone una herida narcisista, punto de partida de sentimientos de baja autoestima, de inferioridad y sobre todo de impotencia. Esto puede conducir al paciente a actitudes de pasividad, de dependencia, de tal manera que la relación con la persona de salud será el reflejo de sus necesidades y de búsqueda de seguridad. La familia también tiene un papel primordial en el soporte y apoyo al paciente, aunque en ocasiones en un intento de ayudar potencian aún más los sentimientos de inutilidad y las actitudes regresivas de los pacientes. El paciente por su parte, se resiste frente a esta sumisión y lucha para reivindicar su propia autonomía o independencia. Esta dualidad entre rechazo-aceptación y/o dependencia-independencia también se refleja en su relación con la diálisis.

La pérdida del status social y profesional es afectada debido a al deterioro físico con los sentimientos de inferioridad ya que van limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio será vivido con hostilidad favoreciendo en egocentrismo así como el retraimiento y la introversión de los pacientes, todo ello como resultado del control de la afectividad.

**4.2.2 ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO:** el paciente sometido a diálisis se encuentra ante una situación especial tanto frente a la vida como a la muerte.

La diálisis o hemodiálisis supone una muerte evitada y a la vez un continuo renacimiento; pero a la vez se convierte en traumático por el constante recuerdo de su fracaso personal, de su salud, de su muerte anunciada. Por lo que se da una relación ambivalente donde se pone en juego tanto los sentimientos de dependencia y a la vez surgen deseos de conseguir autonomía personal.

Un aspecto primordial en el caso de pacientes sometidos a hemodiálisis es la fistula arteriovenosa que es el acceso que permite la conexión a la máquina. Es el punto de reorganización de la imagen corporal y se convierte en objeto de constante observación y vigilancia por parte del paciente. El constante flujo sanguíneo a través de la fistula y del catéter de diálisis en el caso de pacientes sometidos a diálisis peritoneal puede dar lugar a representaciones imaginarias de desgaste corporal pero sobre todo es indicativo del buen funcionamiento del tratamiento. Así pues los sentimientos de pasividad e inferioridad tanto físicos como psicosociales vividos por el paciente lo colocan en una posición de dependencia y sumisión frente al personal de salud, pero también es un punto de proyección de todos sus fracasos y agresividades considerando a éstos en muchos de los casos como responsables de la enfermedad; ante ello el paciente en muchos de los casos se convierte en una persona exigente e intransigente.

#### 4.3 ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LOS CAMBIOS FÍSICOS

4.3.1 MODIFICACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL: la IRC se refleja sobre la imagen corporal en un evidente deterioro y transformación. Aspectos tales como la palidez, la impotencia sexual, el cambio de color, la fistula, el catéter para hemodiálisis o diálisis peritoneal, contribuyen a que el paciente tenga una percepción de su cuerpo poco satisfactoria.

El fracaso de la función miccional altera la orientación de sus motivaciones e intereses desplazando su atención de la mitad inferior de su cuerpo.

Durante la hemodiálisis o diálisis peritoneal ven a la máquina o al catéter como parte de su imagen corporal convirtiéndolos en un órgano más de su organismo; ante esta situación, nuevamente se nota una situación ambivalente ya que representan simbólicamente por un lado una fuente de vida y por el otro lado, el rechazo a la innegable sumisión y dependencia.

#### 4.4 ACTITUD ANTE LA DIÁLISIS

4.4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE DIALIZADO: la angustia desencadenada por la vivencia con la enfermedad y la muerte lleva al paciente a la utilización de mecanismos de defensa intensos y rígidos en un intento de mitigar la angustia. Uno de los mecanismos más utilizados es la *negación* total y en ocasiones parcial.

El encontrarse en constantes situaciones estresantes e inestables vividas por el paciente permite la formación de un caparazón rígido y hermético en respuesta a la realidad diaria, provocando una inhibición emocional con escasos contactos afectivos y empobrecimiento en las relaciones interpersonales (llega a afectar la relación terapéutica.) La regularidad del tratamiento, la meticulosidad de los cuidados conduce al paciente hacia la obsesivización, con el empleo de rituales y aislamiento. La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más comunes en la IRC. El síndrome depresivo está influido por vivencias de pérdidas de gran importancia para el paciente como son:

- La pérdida de la salud
- Complicaciones orgánicas
- Pérdidas afectivas

4.5 DIFERENCIA DE GÉNERO: al hablar del género se refiere a la estructura social, no solo a nivel personal, sino a todo nivel y se apoya en valores, legislación, religión y otros. Se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos a través de un proceso de construcción social.

Desde pequeños a los hombres se les inculca que no deben mostrar fragilidad sino al contrario, ser fuertes aún bajo circunstancias adversas. Sin embargo, lejos de ayudarlos a afrontar los problemas, esta obligación implícita (a veces explícita) es para muchos representantes del sexo masculino, causante de conflictos y problemas de salud.

El temor de parecer débil y vulnerable hace que los hombres representen forzosamente un papel que en la mayoría de las ocasiones no va con su personalidad, lo cual sumando al temor de fracasar, les pesa y les angustia. Ante esta situación las actitudes que adopta es la de esconder, reprimir emociones, demostrar frialdad, distanciarse, etc., lo cual afectará directamente su estado emocional.

- En el género femenino la depresión es más notoria, ya que tienen menos vergüenza en manifestar sus aspectos depresivos; las que no presentan ésta actitud sostienen un posicionamiento marcadamente masculino. Las mujeres suelen ser más cuidadosas en cuanto al tratamiento se refiere.
- En el sexo masculino se tiende a una negación intensa hacia la enfermedad, sobreactuando en cuanto a su optimismo; es más temeroso, agresivo, ansioso, irritable y demandante. La agresividad, la irritabilidad se evidencian más en éste género. En el hombre el factor económico se erige como el más relevante entre los condicionantes del estrés, la pérdida de trabajo es vivida de manera violenta como un ataque a su dignidad y es más difícil el proceso del duelo de la pérdida de status a que conlleva.

#### 4.6 EL AMBIENTE FAMILIAR EN EL PROCESO DE ENFRENTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD: el ambiente se desarrolla en etapas: (*Problemas psicológicos del paciente renal*)

A) ETAPA DE CRISIS: se presenta el contacto con la enfermedad renal y los sistemas de salud, etapa en la que se recibe o solicita información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad; se inicia el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad. Se presenta el primer momento de desorganización, confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad y angustia; que de alguna manera conduce a una reorganización negativa o positiva para el paciente y familia. Es una situación crítica con elevación de tensión que lleva a activar mecanismos habituales y sentimientos de trastorno e ineficacia. La inestabilidad y la desorganización inicial están determinadas por el tiempo, ya que la situación de crisis puede durar semanas o meses; sin embargo el restablecimiento del equilibrio no garantiza la funcionalidad de la respuesta del paciente y de la familia, ya que ésta no sólo supone una amenaza a la integridad física del enfermo, sino que constituye también una amenaza a su salud psíquica y a del grupo familiar. La resolución de la crisis es el proceso que se dirige a la integración de la experiencia, el logro de un dominio cognitivo de la situación, un desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento y cambios de conducta de modo que permita que el enfermo y la familia puedan estar abiertos y preparados para enfrentar las circunstancias a las que lleve la enfermedad.

B) ETAPA CRÓNICA: se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que desempeñaba el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros de la familia y se ha de permitir que el enfermo la reasuma dichas funciones en los momentos de estabilización de la enfermedad. Es la etapa en la que se designa un cuidador principal y se planean estrategias para tratar de hacer compatibles los cuidados del enfermo con la reanudación de la vida normal, intentando que se interrumpa lo menos posible el ciclo vital de la familia y de cada uno de sus miembros.

En el caso de la IRC al igual que en otras enfermedades crónicas se produce alteraciones tanto en el enfermo como en la familia, las cuales se pueden clasificar en tres tipos:

1. ALTERACIONES ESTRUCTURALES: en las que se da un desarrollo de patrones rígidos se presenta la necesidad de someter las necesidades del paciente a las de la familia.; estos cambios suponen una movilización intensa de recursos físicos y emocionales, con el consiguiente desgaste y deterioro de las relaciones personales. Dentro de estas alteraciones la sobreprotección del enfermo y la dependencia que se da entre éste y su cuidador conduce en la mayoría de las ocasiones a problemas familiares, como el separarse ambos del resto del grupo familiar.

El enfermo puede vivir la sobreprotección como limitadora e la vida normal pero a la vez como un amparo necesario para superar el desgaste que supone enfrentar la minusvalía que produce la enfermedad. En estos casos, la tarea de la familia será evitar tratar al enfermo como un minusválido y ayudarle a que progresivamente recupere algunas de sus responsabilidades acordes al grado de déficit que ha producido la enfermedad.

Otro de los puntos de importancia en esta alteración es la tendencia al aislamiento del entorno social. Esta reacción adaptativa ante las situaciones de crisis, interrumpe un ciclo de vida familiar, ya que las demandas de cambio, el temor a la enfermedad y la muerte estarán siempre presentes, pero que dependen de la cultura y el ambiente familiar.

Durante esta etapa es cuando el enfermo y la familia requieren apoyo emocional, información clara respecto a la enfermedad, además de un apoyo directo por el equipo multidisciplinario de salud.

2. ALTERACIONES PROCESUALES: la enfermedad produce un impacto emocional, produciéndose una interrupción del ciclo vital individual y familiar. La enfermedad impone una serie de tareas y un desgaste emocional que conducen al paciente a adaptarse a una nueva situación por la pérdida de capacidades. La enfermedad física y la lesión son sucesos que interactúan con los recursos de afrontamiento del individuo, estructura e vida, autoimagen, autoestima y la percepción a futuro; los cuales son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia para enfrentarlos y adaptarse.

3. ALTERACIONES EMOCIONALES: la enfermedad de uno de los miembros del grupo familiar, supone una reorganización emocional. La enfermedad renal determina una respuesta emocional de acuerdo a su curso, los recursos individuales, familiares y con la calidad de ayuda que se recibe de las Instituciones de Salud y del personal multidisciplinario. Las respuestas emocionales que pueden presentarse tienen múltiples orígenes; el propio núcleo familiar, historia previa, tipo de lazos afectivos, recursos individuales, los tratamientos prescritos, el éxito o fracaso de los mismos, los problemas surgidos en las Instituciones de Salud, el tipo de información recibida, el apoyo social y económico, dando siempre la oportunidad de superar, aprender y crecer a nivel individual y familiar. En este apartado es de importancia mencionar las relaciones enfermo – familia, entre las cuales destacan:

- **AMBIVALENCIA:** en la que se presenta una discrepancia entre los sentimientos que los familiares deberían tener de acuerdo a sus razones sociales, culturales, religiosas e incluso personales y lo que de hecho tienen.

En la que la familia desea por un parte ayudar al miembro enfermo y al mismo tiempo, se le percibe como una carga que dificulta el ambiente familiar.

En el caso de enfermo manifiesta de una u otra forma, su sentimiento de impotencia y todas la repercusiones emocionales que despierta la enfermedad, lo cual en muchos caso resulta insoportable para el resto de la familia.

- **CONSPIRACIÓN DE SILENCIO:** en la familia existen contenidos que son mantenidos en silencio, por creer que la manifestación de sus verdaderas emociones en torno a la enfermedad, pueden resultar incompatibles con la situación física y psíquica del enfermo.

Se da la sensación de que no se pueden manifestar sentimientos negativos por temor a hacer daño al enfermo y aumentar su percepción de ser una carga para todos. El hecho de ocultar sentimientos considerados negativos, lleva a un importante problema de comunicación entre los miembros de la familia, que puede ser percibido como abandono o desamor por parte del propio enfermo; además esta situación termina marginando al enfermo de los mecanismos de participación y toma de decisión en el núcleo familiar.

- **LA SOBREPOTECCIÓN:** es otro de los mecanismos de defensa que se activan y que se refiere a trata de evitar al paciente desde esfuerzos físicos, desgaste emocional, interacción con el exterior, tratándoles como una persona mucho más incapacitada de lo que realmente está; lo cual genera en el miembro enfermo un sentimiento de inutilidad e invalidez.

Cuando este mecanismo cae en el extremo lleva al enfermo a la regresión infantilizándose, aumenta la dependencia del grupo familiar, obstruyendo el desenvolvimiento normalizado del paciente, produciendo una importante interrupción y regresión del ciclo vital den enfermo.

- **DUELO O PÉRDIDA DE IDENTIDAD DE PERSONA O FAMILIA SANA:** se tienden a perder objetivos vitales; y se presenta la creencia de que una vez que la condición crónica ha disuelto la confianza en el correcto funcionamiento del cuerpo, se pierde la idea o esperanza de un buen funcionamiento e inicia la captación de una realidad difícil, en contradicción con la realidad deseada.
- **ETAPA TERMINAL:** etapa en la que la familia se centra fundamentalmente en el apoyo emocional y físico al enfermo estableciendo mecanismos de duelo anticipado. En la que ante el inminente cambio y reestructuración de vida, el paciente y su familia inician dicho proceso para continuar adaptándose al desarrollo de la enfermedad. En la *negación* se da un rechazo de una parte o del todo con el fin de minimizar el dolor y la ansiedad. La etapa de la *ira* se acompaña de resentimiento y coraje; en el regateo el paciente y familia llegan a prometer algo significativo a cambio de obtener la curación o prolongación de la vida; se presenta depresión al darse cuenta de la realidad; al final se presenta la aceptación de la enfermedad iniciando el proceso de vivir, día a día con la enfermedad. El éxito de la adaptación depende de la forma en la que el paciente afronte los factores de estrés, la disposición personal, la personalidad, las ideas culturales, religiosas y la filosofía de la vida.

## **VI. TIPO DE ESTUDIO**

La investigación para el diagnóstico del nivel de autoestima del paciente con IRC se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" en el servicio de Nefrología, que cuenta con 16 camas censables, divididas en cuatro salas; dos para mujeres y dos para varones. Además cuenta con 8 máquinas para hemodiálisis. Las características de la investigación serán las siguientes:

- **PROSPECTIVO:** la información se recogerá de acuerdo a los criterios ya estipulados por el investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta.
- **OBSERVACIONAL:** a través del tiempo estipulado se observará a los pacientes con la finalidad de identificar el nivel de autoestima.
- **LONGITUDINAL:** se tomarán dos periodos de tiempo para la realización de la investigación. Un primer periodo será para propiciar un ambiente de confianza con el paciente que abarcará dos o tres visitas; un segundo tiempo para la aplicación de un cuestionario para identificar los factores que aumentan o disminuyen el nivel de autoestima del paciente con IRC.
- **TRANSVERSAL:** Se realizarán en dos periodos de tiempo: que abarcan los meses de Mayo a Junio de 2003.
- **ANALÍTICO:** A través de los resultados se analizará el nivel de autoestima, la calidad de vida del paciente con IRC y la problemática existente en la falta de apoyo por parte del personal de enfermería en esta área.

- **COMPARATIVO:** se contemplarán a los pacientes con IRC que tengan como tratamiento diálisis peritoneal y hemodiálisis; de lo cual se podrá valorar en cual tipo de paciente se presenta un mejor nivel de autoestima y capacidad para afrontar la enfermedad.

## **VII. UNIDADES DE OBSERVACIÓN**

La unidad de observación será el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" en el servicio de Nefrología, tomando como unidades de análisis, a pacientes de sexo masculino y femenino con tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis; hospitalizados durante los meses de Mayo y Junio 2003.

## **VIII. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra será de acuerdo al número de pacientes hospitalizados durante el tiempo establecido para aplicar los instrumentos para la recolección de datos, que tengan como tratamiento la diálisis o la hemodiálisis. Esto, debido a que no es posible establecer un número determinado de pacientes a quienes se les aplicará la entrevista y el cuestionario porque es variada la cantidad que se hospitaliza. La muestra será se tomará de acuerdo a los criterios de selección ya mencionados.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** todos los pacientes de sexo masculino y femenino con diagnóstico de IRC que tengan de los 18 a 60 años de edad, con tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis, que tenga disponibilidad para la realización de las entrevistas e instrumento elegido para la recolección de datos. Sin importar el tiempo que tenga con el tratamiento, el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico ni lugar de procedencia.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** los casos de pacientes hospitalizados por menos de 5 días, aquellos que no tengan los tratamientos ya mencionados.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** los casos en que los interrogados sean renuentes al contestar las preguntas de la entrevista o no tengan la capacidad física y / o mental para contestar.

### IX. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES
AUTOESTIMA	Percepción valorativa que tiene el individuo de su propio ser, de quien es, del conjunto de los rasgos corporales, mentales y espirituales que configura su personalidad.	<p><b>AUTOESTIMA ALTA:</b> es el resultado deseado del proceso de desarrollo humano que llevar a seriedad en las funciones afectivas y sociales, aumentando de esta manera el potencial de la persona que le llevara a una mayor satisfacción.</p> <p><b>AUTOESTIMA MEDIA:</b> estado en el que la persona experimenta un cierto grado de autovaloración positiva de sí misma y de sus capacidades.</p> <p><b>AUTOESTIMA BAJA:</b> se presenta cuando las apreciaciones de la autoevaluación y autovaloración llevan a una carencia de estima hacia sí mismo.</p>	<p>PERSONAL</p> <p>PSICOLÓGICO</p> <p>FAMILIAR</p> <p>SOCIAL CULTURAL</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
SEXO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 – 28 años</li> <li>• 29 – 38 años</li> <li>• 39 – 49 años</li> <li>• 50 – 60 años</li> </ul>
ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Separado</li> <li>• Madre soltera</li> </ul>
TIPO DE TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálisis peritoneal</li> <li>• Hemodiálisis</li> </ul>
TIEMPO DE PADECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año</li> <li>• 1 – 4 años</li> <li>• 5 a 8 años</li> </ul>
TIEMPO DE TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 – 15 días</li> <li>• 1 – 11 meses</li> <li>• 1 – 3 años</li> </ul>

## X. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevará a cabo por medio de dos entrevistas en la que se valorará el área personal, familiar, laboral, social y las metas a futuro con la finalidad de obtener datos más objetivos que ayuden a valorar de un modo más real el nivel de autoestima del paciente, los datos reunidos no se tabularán, solo servirán como medio para favorecer la relación interpersonal entre enfermera – paciente y enriquecer los resultados.

Además, se aplicará un cuestionario para valorar el nivel de autoestima en el que durante su aplicación el investigador estará presente para aclarar dudas e inquietudes; además ayudará a hacer una valoración de las diferentes actitudes del paciente frente a las preguntas.

**PRUEBA PILOTO:** el cuestionario que se aplicará a los pacientes se sometió a una prueba piloto, aplicado a 15 personas elegidas al azar; lo cual fue positivo, ya que los resultados ubicaron en un nivel de autoestima medio y alto.

## XI. TABULACIÓN DE DATOS

Se realizará por medio de una técnica estadística y se representará por medio de cuadros y gráficas a partir de los resultados del cuestionario aplicado.

La puntuación dada a cada cuestionario aplicado a los pacientes se realizará de la siguiente manera: sumándose el total de los reactivos, cambiando el valor a (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) en las siguientes preguntas: 1, 2, 5, 11, 13, 16, 17, 20, 22, 23, 25, 27, 31, 31, 33, 34, 38, 39 y 40 y a partir de los resultados el nivel de autoestima se definirá de acuerdo a las siguientes percentilas:

RESULTADO	PERCENTIL	NIVEL DE AUTOESTIMA
180 - 165	85	Alta
164 - 148	70	Alta
147 - 131	50	Media
130 - 115	30	Baja
114 - Menos	15	Baja

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XII. ANÁLISIS E INTERPETACIÓN DE RESULTADOS**

En el servicio de Nefrología durante el período que abarcó los meses de Mayo – Junio de 2003; se dió seguimiento a 14 (100%) pacientes, por medio de visitas en las que se brindó el tiempo necesario para lograr un ambiente de confianza y armonía, por medio de charlas y entrevistas. De esta actividad se determinó que el paciente requiere más tiempo del que se le brinda rutinariamente en la atención de enfermería; ya que el paciente tiene dudas, inquietudes, necesidades que no siempre expresa directamente, sino que requiere de atención continua para hacer una adecuada valoración de sus problemas y necesidades.

### **B) ANÁLISIS DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN (VARIABLES DEPENDIENTES)**

Después se aplicó el cuestionario por medio del cual se determinó el nivel de autoestima en que según los resultados los pacientes se encuentran en un nivel de autoestima. Del total de los pacientes, 7 (50%) fueron del sexo masculino, y 7 (50%) del sexo femenino. De los 7 hombres, 5 (35.7%) tienen como tratamiento la HD, 2 (14.3%) DP; de las mujeres 5 (35.7%) DP y 2 (14.3%) HD. Del total de pacientes sin distinguir sexo, 5 (35.7%) pacientes tienen entre 4 y 8 años con el padecimiento, 4 (28.6%) se encuentran entre 1 y 3 años; 5 (35.7%) tienen de 1 a 7 meses. Con relación al estado civil 6 (42.8%) pacientes son casados, 6 (42.8%) solteros, 1(7.2%) madre soltera, 1 (7.2%) separada. Por grupo de edades 8 (57.1%) pacientes se encuentra entre los 18 y 28 años, 2 (14.3%) entre los 29 y 38 años, 2 (14.3%) entre los 39 y 49 años, y 2 (14.3%) pacientes entre los 50 y 60 años.

Se hace mención de los datos anteriores ya que son las variables que se tomaron como factores determinantes para identificar el nivel de autoestima en que se encuentra cada paciente.

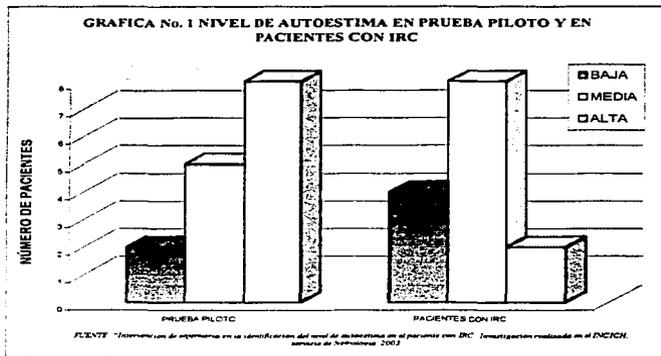
#### A) INTERRELACIÓN DE VARIABLES Y AUTOESTIMA

Del total de pacientes 4 (28.6%) se encuentran en un nivel de autoestima bajo, 8 (57.1%) en nivel medio, y 2 (14.3%) en un nivel alto.

Para el análisis se partirá de la prueba piloto, la cual dio resultados favorables pues mostró la eficiencia del instrumento para la valoración del nivel de autoestima.

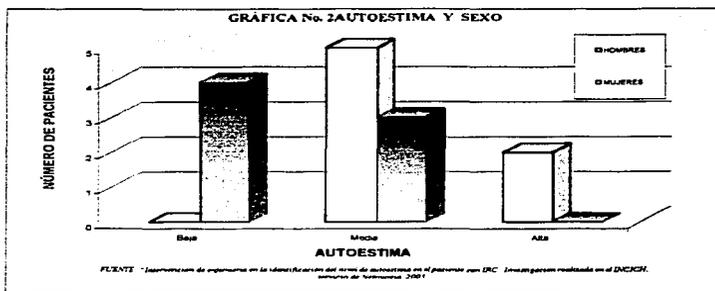
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El cuestionario se aplicó a 15 personas aparentemente sanas, de las cuales 2 (13.4%) se encontraron en un nivel de autoestima bajo, 5 (33.3%) en el nivel medio, y 8 (53.3%) en el nivel alto. Mientras que los pacientes con quienes se llevó el seguimiento en el servicio de Nefrología del INCICH, presentaron una tendencia hacia el nivel de autoestima medio y bajo. (Gráfica No. 1) Esto debido a que la enfermedad trae como consecuencia una alteración importante en todas las áreas de la persona, como se menciona en el Capítulo II del Marco Teórico. (Urden, 1999, pp. 38 –39)



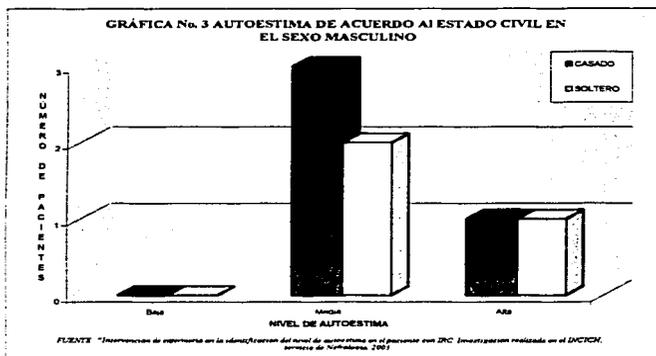
La gráfica muestra la diferencia que se encontró en relación a las personas a quienes se les aplicó el cuestionario, como prueba piloto, quienes presentan un mejor nivel de autoestima que los pacientes con IRC.

En ésta investigación se encontró que a pesar de que la fisiopatología de la IRC afecta más al sexo masculino, en el sexo femenino se encuentra una tendencia más evidente hacia la baja autoestima. En el sexo masculino influye la cultura y el ambiente social ya que se le identifica como el sexo fuerte; además, en él la enfermedad afecta marcadamente en cuestión a lo económico y laboral, mientras que en el sexo femenino afecta de gran manera los cambios físicos que se dan como consecuencia de la IRC, así como de sus tratamientos. La cultura en la que se desenvuelve la mujer es dentro de la estética, tan es así que al presentarse cambios notorios como la palidez, resequeidad de la piel, edema, aumento de peso, entre otros, la mujer llega a avergonzarse de sí misma y no se acepta con los cambios que se le presentan. Algo que resulta favorable en el sexo femenino es que busca mantenerse cerca de alguien con quien pueda compartir sus sentimientos; mientras que en el sexo masculino en su mayoría prefieren mostrarse fuertes aún en los momentos más difíciles, pero presentan más tendencia a la ansiedad, agresividad, ira, etc. (Gráfica No. 2)



Muestra el nivel de autoestima con relación al sexo, se observa que 4 pacientes del sexo femenino presentaron tendencia a la baja autoestima, mientras que 2 pacientes del sexo masculino se observaron con tendencia a una alta autoestima; Por lo que se deduce que el sexo femenino tiene a la baja autoestima.

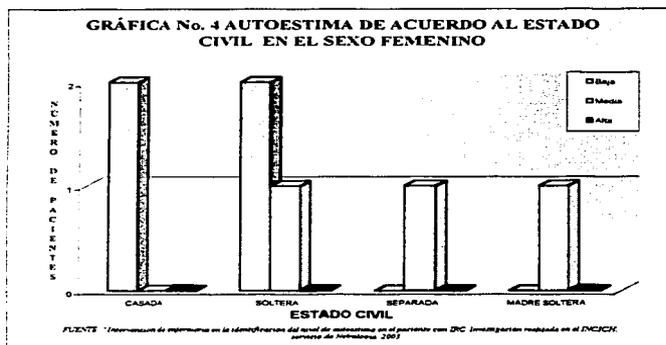
En la gráfica No. 3 se determina la relación que existe entre el estado civil y el nivel de autoestima. En la presente investigación se encontró que el estado civil también es un factor determinante en el nivel de la autoestima. En los pacientes del sexo masculino casados se ubicaron en un nivel de autoestima medio y alto; esto se explica con el hecho de recibir comprensión, apoyo y acercamiento de su pareja; desde luego al ser él, la base del aporte económico se presenta una alteración en los roles de la familia, pero es más importante el sentirse querido por su pareja.



La gráfica muestra que en el nivel de autoestima media se encuentran 3 hombres casados y 2 solteros, lo que refleja que el paciente casado se encuentra en un mejor nivel de autoestima que el soltero.

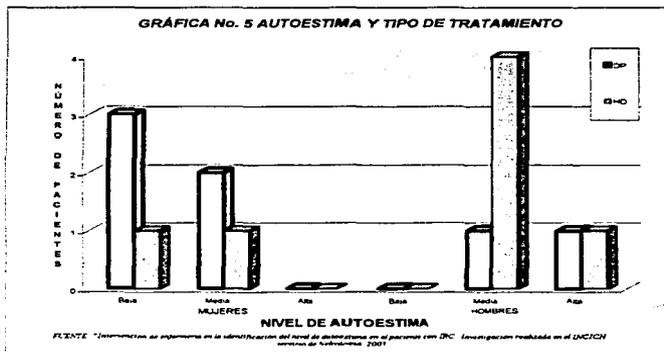
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta al sexo femenino se encontró que las mujeres casadas presentan tendencia a la baja autoestima puesto que no se sienten apoyadas por su pareja, se creen una carga económica, no pueden cumplir con sus funciones de esposas, madres y amas de casa, y sobre todo con los cambios físicos que se presentan con el padecimiento dejan de sentirse atractivas para la pareja, (como se refiere en el capítulo IV del Marco Teórico) estos y muchos otros factores llevan a la mujer a un nivel de baja autoestima. (Gráfica No. 4)



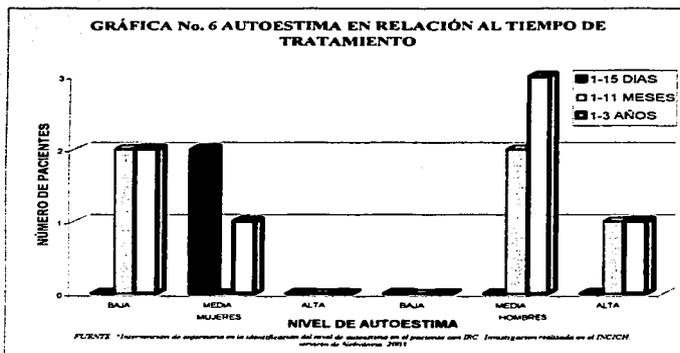
La gráfica muestra la autoestima en relación al sexo femenino, de lo que se observa que 1 madre soltera, 1 separada y soltera se encuentran en el nivel de autoestima medio, lo que indica que al sentirse dependientes del sexo opuesto mejora su nivel de autoestima.

En cuanto al tipo de tratamiento las repercusiones y complicaciones tanto de la DP como de la HD resultaron determinantes en el nivel de la autoestima. Se encontró que los pacientes con DP presentan manifestaciones de baja autoestima debido a la instalación del catéter peritoneal y lo que éste representa, (Aspectos psicológicos del paciente dializado en el capítulo IV) les hace sentirse incómodos por la sensación de distensión abdominal, el riesgo de peritonitis les mantiene en un estrés continuo; este hecho se encontró notoriamente en el sexo femenino; Mientras que el sexo masculino no se ve tan afectado por los factores mencionados y se encuentran ubicado en un nivel de autoestima medio y alto. (Gráfica No. 5)



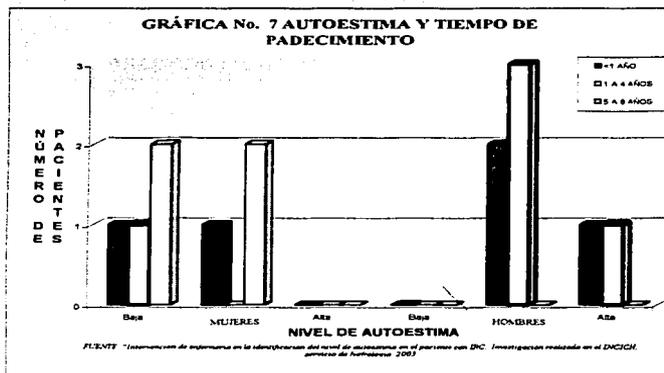
La gráfica muestra el nivel de autoestima en relación al tipo de tratamiento, en la que 4 mujeres entran en el nivel de autoestima bajo, de las cuales 3 tienen como tratamiento DO, por lo que se denota que el sexo femenino con DP presentan tendencia a la baja autoestima.

La gráfica No. 6 representa la relación dada entre la autoestima y el tiempo que se tiene con el tratamiento de DP ó HD. Para una adecuada valoración influyen factores, como es el tiempo de padecimiento, tipo de tratamiento, los cuidados y complicaciones que ambos provocan, etc., ya que la mayoría de los pacientes han pasado por los diferentes tipos de tratamiento como son la DP, HD y el mismo trasplante, algunos de ellos han sido transplantados y al presentar rechazo del injerto nuevamente reciben DP o HD; Éste es el hecho que afecta más a los pacientes: el darse cuenta que ninguno de los tratamientos ofrecen una cura total de la IRC.



La gráfica muestra que entre más tiempo se tenga con el padecimiento se tiende más a la baja autoestima, lo cual es más notorio en el sexo femenino.

Un hecho que me llama la atención es en relación al tiempo del padecimiento (Gráfica No. 7) ya que la impresión primera que tuve al iniciar la investigación fue que las personas que más tiempo tienen con el padecimiento se encontrarían en un mejor nivel de autoestima, ya que el mayor tiempo les llevaría a una mejor aceptación y afrontamiento de la enfermedad.



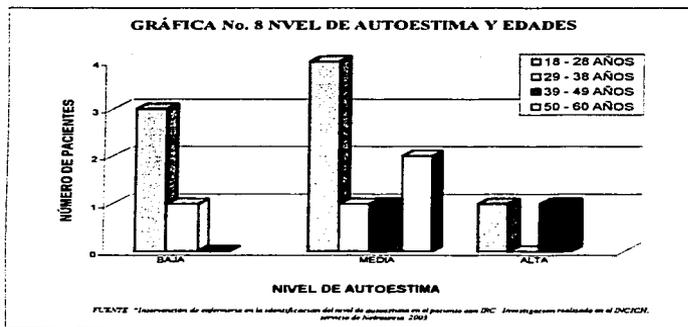
Muestra el nivel de autoestima en relación al tiempo de padecimiento en las que los 4 pacientes que más tiempo tienen con el padecimiento, 3 de ellas se encontraron en el nivel de autoestima bajo.

Sin embargo los resultados fueron contrarios ya que el paciente que más tiempo con la IRC y que han pasado por los diferentes tipos de padecimiento, al darse cuenta que entre más tiempo transcurre es más notorio su deterioro físico y emocional, están en un nivel bajo de autoestima, este hecho es más marcado en el sexo femenino, mientras que en el sexo opuesto se mantienen en un nivel medio.

Con el paso del tiempo, las experiencias del paciente sobre las repetidas hospitalizaciones, complicaciones, los cambios del estado de ánimo, los problemas económicos para poder continuar con el tratamiento, los problemas familiares, y todo aquello que la enfermedad implica; no son las mismas de un paciente que tienen meses o un año con la evolución del padecimiento tiempo en el que probablemente no han asimilado la dimensión de su padecimiento.

Por lo que aquellos pacientes que más tiempo tienen con el padecimiento son quienes más apoyo deben recibir para ayudarles a encontrar un sentido a su vida.

La gráfica No. 8 presenta los grupos de edad que se ven más afectados al presentar la IRC y su relación con el nivel de autoestima del paciente con IRC. Se estudió a pacientes entre los 18 a los 60 años. Los pacientes que se encuentran entre los 18 y 28 años se encuentran con más tendencia a un nivel de autoestima media, ya que en su mayoría son solteros, no tienen grandes responsabilidades, y sienten muy latente el apoyo de sus padres y familia; tienen metas aspiraciones a pesar de las barreras que les presenta la enfermedad.



La gráfica muestra el nivel de autoestima en relación a la edad, en la que se observa que los pacientes que pertenecen al grupo de entre los 18 – 28 años de edad tienen un mejor afrontamiento del padecimiento.

Sin embargo, un número importante de pacientes dentro de ésta etapa de edad caen en un nivel de autoestima bajo, pero coincidentemente son pacientes de sexo femenino que se encuentran casadas, y en ellas se presentan factores como los antes mencionados en el análisis de la autoestima con relación al estado civil.

Quienes se encuentran en las etapas medias de los 29 a 49 años, es decir la etapa de la madurez, a pesar de las crisis depresivas que manifiestan por edad tratan de asimilar el proceso de la enfermedad, pero debido a que es la etapa de la plenitud de la vida porque es cuando más pudieran hacer y planear, la enfermedad viene a truncar sus metas, motivo por el que se mantienen con tendencia al nivel de la baja y media autoestima. En los pacientes que se encuentran entre los 50 y 60 años, influye el hecho de que sienten que ya vivieron su vida, ya no tienen muchas perspectivas a futuro, son menos las responsabilidades que tienen sin embargo caen en un nivel de autoestima media.

Son muchos los factores que pueden valorarse en el paciente con IRC por el personal de enfermería, ya que el proceso de la misma involucra todas las dimensiones de la vida del ser humano afectado. Llevando a cabo una atención de enfermería centrada en el holismo, considero que se puede brindar apoyo tanto al paciente como a la familia a fin de ofrecerles una mejor calidad de vida a pesar del proceso de la enfermedad.

## XII. CONCLUSIONES

La investigación realizada sobre el nivel de autoestima del paciente con IRC, confirma la hipótesis planteada que dice: *"La identificación del nivel de autoestima del paciente con IRC está relacionada con la atención holística de enfermería"*, cumple con los objetivos planteados referentes a la relación interpersonal entre el paciente y el personal de enfermería, la atención holística y las intervenciones que puede llevar a cabo el personal de enfermería fin de hacer una valoración del nivel de autoestima del paciente y poder brindar una atención de acuerdo a sus necesidades y para modificar el nivel de autoestima. Partiendo de los resultados de la investigación se encontró que:

- En el paciente con IRC se presenta una tendencia hacia el nivel de autoestima bajo notoriamente marcado en el sexo femenino, ya que los cambios provocados por la enfermedad la llevan a una devaluación de su autoconcepto y su autopercepción.
- Los pacientes con tratamiento alternativo de DP presentan más alteraciones en la autoestima por lo que tienden a mantenerse en un nivel bajo.
- El tiempo de evolución de la IRC conduce al paciente a un deterioro físico y emocional, de tal modo el paciente asimila que la DP, la HD y el mismo trasplante no curan la enfermedad, realidad que les conduce a un nivel de autoestima bajo.
- De igual manera el tiempo que dura el paciente con el tratamiento es un factor determinante para un nivel de autoestima bajo, ya que las complicaciones son varias, además la mayoría de los pacientes son sometidos a los diferentes tratamiento alternativos debido a la disfunción de los mismos.

- El estado civil influye en el nivel de autoestima. Tan es así, que es notorio el nivel de autoestima en el que se encuentran quienes son casados y los solteros. La influencia en pacientes casados se presenta de manera diferentes en ambos sexos; ya que la situación de ambos es diferente, el rol, la autoaceptación, autopercepción son determinantes para el logro de una autoestima media o alta.
- Los pacientes que se encuentran en los rangos de edad entre los 18 y 28 años de edad son quienes se encuentran en un nivel de autoestima medio, sin embargo en el sexo femenino es la etapa en la que más se tiende a la baja autoestima.

Los resultados de la investigación, además de haber valorado el nivel de autoestima en el paciente con IRC de acuerdo a las variables dependientes, detectó otros factores que influyen en la autoestima ya que son a partir de lo que el paciente percibe de la enfermedad. A pesar de que los objetivos no contemplan otros factores se consideran de importancia pues de ellos también dependen las intervenciones de enfermería.

- Los pacientes consideran la enfermedad como:
  - Fuente de estrés tanto para él y su familia.
  - Enfermedad que amenaza la vida.
  - Enfermedad que les lleva a manifestar incertidumbre hacia un futuro incierto.
  - Enfermedad que presupone una modificación de hábitos y planes de futuro.
  - Problema en las relaciones interpersonales y reducción de los actos sociales.
  - Modificación de roles.

- Los trastornos más identificados son:
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Estrés
  - Trastornos adaptativos
  - Asilamiento
  - Demanda de atención, amor y protección excesiva
  - Regresión a estados inferiores

De las entrevistas y los cuestionarios aplicados a los pacientes se encontró que:

- La familia es determinante para valorar el nivel de autoestima en el que se encuentra el paciente, del apoyo o rechazo que reciba de ella depende su capacidad de afrontamiento de la enfermedad así como evolución favorable de la enfermedad y del tratamiento.
- La comunicación entre la familia y el paciente ayuda a lograr una estabilidad intrafamiliar, una mejor distribución de roles, y favorece a la autoestima y aun mejor afrontamiento de la enfermedad a nivel familiar.
- La sociedad y la cultura a la que la persona pertenece ofrecen a la persona modelos efectivos o inefectivos para percibir y enfrentar la enfermedad.

La familia, la sociedad y la comunicación son factores que se entrelazan para proporcionar al paciente actitudes, valores, y capacidades de afrontamiento de la enfermedad, para la autoaceptación y autopercepción de sí mismo, las cuales influirán en el nivel de autoestima del paciente.

## COMENTARIOS PERSONALES

La realización de ésta investigación me deja grandes satisfacciones; primeramente, la relación tan cercana con el paciente, el conocer su forma de ser, sus metas, deseos, dudas, angustias, etc., me dieron la oportunidad de ver la enfermedad desde una perspectiva más amplia, a conocer las ideas del paciente sobre la vida.

Ante los resultados ya analizados me doy cuenta que los cambios psicológicos que se presentan en el paciente con IRC son influenciados por una gran variedad de factores debido a la fisiopatología de la misma; Por ello, en la presente investigación se llevó a cabo la valoración del nivel de autoestima, ya que ésta repercute directamente sobre la evolución de la enfermedad. De aquí la importancia de realizar un adecuado diagnóstico en forma precoz, ya que la atención holística redundará en una mejoría tanto psíquica como física del paciente, de igual modo favorecerá a un mejor afrontamiento de la enfermedad, así como una reincorporación a su medio familiar y social.

Así pues, considero que en la práctica de la enfermería, entendida como una atención holística, es de gran importancia el manejo de aspectos relacionados con la autoestima, ya que ello nos permitirá establecer, con los pacientes y sus familias, relaciones que promuevan el desarrollo personal, de tal modo que la definición del problema y de las necesidades por parte del personal de enfermería, así como las actividades dirigidas a promover la autoestima y la reincorporación a su medio sociofamiliar resultarán benéficas para el paciente y su familia. Motivo por el cual se hace una propuesta de intervenciones de enfermería como medio alternativo de apoyo para satisfacer las necesidades del paciente y con ello contribuir a la modificación del nivel de autoestima del paciente con IRC, partiendo siempre de la atención holística de enfermería.

#### **XIV. PROPUESTAS DESDE UNA ATENCIÓN HOLÍSTICA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A FIN DE FAVORECER NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON IRC**

*Contemplar los misterios de la vida y la muerte, encontrar sentido al sufrimiento; cultivar la esperanza, la paz; Las creencias; tratar con el cambio, la pérdida, el caos, la enfermedad, la salud constituyen dimensiones que forman parte de la enfermería holística.*

*Estas experiencias de la vida son las que han de llevar al personal de enfermería a ver y valorar al ser humano como un "todo".*

Las actividades de la enfermería holística recurren al conocimiento, las teorías, la experiencia y la intuición para orientar las terapéuticas de los pacientes, de manera que fortalezcan las respuestas de éstos y faciliten el proceso de curación, y logren la totalidad de su ser como personas. El ejercicio de la enfermería holística requiere que el personal de enfermería integre el autocuidado a sus propias vidas, ya que la responsabilidad de ella misma conduce a una mayor conciencia de interconexión con todos los individuos y en especial con el equipo multidisciplinario y permite facilitar la atención y curación del paciente.

Al plantear esta dimensión importante de la enfermería holística, nos enfrentamos con retos personales, profesionales e institucionales que nos han de hacer reflexionar sobre nuestras propias convicciones y ejercicio profesional de enfermería. Posiblemente, la gran mayoría del personal de enfermería no sé de cuenta de la importancia de ésta reflexión; es parte de lo que les ayuda a reconocer, aceptar y afirmar la continuación de nuestra contribución a la curación y el cuidado de la salud.

Reflexionar sobre nuestra comprensión de lo que es la enfermería y lo que no es, nos ayuda a articular lo que debe ser la atención de enfermería para nuestros pacientes, motivo por el cual se hace la siguiente propuesta de actividades, que por sencillas que parezcan requieren iniciativa, dinamicidad, creatividad y responsabilidad de nuestro ser y quehacer enfermero a fin de ayudar al paciente a vivir con una mejor calidad de vida.

ACTIVIDADES QUE PUEDEN FAVORECER EL NIVEL DE AUTOESTIMA, EL  
AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD E INCORPORACIÓN AL MEDIO  
SOCIO - FAMILIAR DEL PACIENTE CON IRC

La valoración de enfermería global y holística constituye la base de las intervenciones terapéuticas, la valoración de los grados de desarrollo actuales y pasados y el desempeño de tareas correspondientes se integran para pronosticar cada etapa de la vida del paciente.

La autoestima, el control de sí mismo y la independencia surgen durante la infancia y constituyen aspectos clave de la valoración de la capacidad del adulto para afrontar el estrés de la enfermedad. El grado en que las necesidades de dependencia sean satisfechas determina la capacidad del individuo para aceptar un estado de dependencia o ejercer su independencia adecuadamente.

La capacidad de un paciente para aceptar la dependencia forzada por una enfermedad, al mismo tiempo que avanza hacia el autocuidado y una creciente independencia demuestra un estilo de afrontamiento interdependiente saludable. La valoración del afrontamiento es crucial para encaminar la intervención de enfermería y demás equipo multidisciplinario.

## CARACTERÍSTICAS DE LA VALORACIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DIMENSIÓN FÍSICA – BIOLÓGICA:</b> se destacan todos los aspectos relacionados a la enfermedad y sus implicaciones en relación a los síntomas y tratamientos.<ul style="list-style-type: none"><li>- Antecedentes personales de salud y de la familia</li><li>- Actividades cotidianas: alimentación, eliminación, ejercicio, actividad, sueño, descanso, actividades recreativas.</li><li>- Aspecto general</li><li>- Imagen corporal</li><li>- Sexualidad</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DIMENSIÓN EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA:</b> o el impacto de la enfermedad en el mundo emocional, se valua la experiencia de la propia persona, su necesidad de explicar la realidad de las cosas y del mundo que la rodea.<ul style="list-style-type: none"><li>- Estado y estabilidad de animo</li><li>- Metas futuras</li><li>- Apariencia física</li><li>- Afectividad</li><li>- Sensaciones de bienestar o sufrimiento</li><li>- Patrones emocionales: emociones y factores de estrés predominantes</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DIMENSIÓN INTELECTUAL</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Estado mental: memoria a corto y largo plazo, juicio, discernimiento, atención.</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DIMENSIÓN SOCIAL:</b> o el desafío del mundo en torno.<ul style="list-style-type: none"><li>- Concepto de si</li><li>- Relaciones interpersonales: familia, ambiente laboral y social</li><li>- Factores culturales: creencias, costumbres, tradiciones, normas culturales sobre la enfermedad y la curación.</li><li>- Antecedentes profesionales.</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DIMENSIÓN ESPIRITUAL:</b> todas las creencias deben ser exploradas, el ser humano siempre tendrá una sutil necesidad de explicar la realidad de las cosas y del mundo entero<ul style="list-style-type: none"><li>- Relación con Dios: creencias, prácticas religiosas y rituales.</li><li>- Filosofía de la vida</li><li>- Función de las creencias espirituales para afrontar la enfermedad y otras crisis.</li></ul></li></ul>

*O'Brien - Kennedy - Ballard, Enfermería Psiquiátrica, 2001, p. 604*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- **REALIZAR UNA ADECUADA VALORACIÓN DEL PACIENTE:** que requiera atención psicológica o en otra área. Es importante que se establezca una relación terapéutica con el paciente.
  - Mediante preguntas claras y directas
  - Por entrevistas y conversaciones con el paciente para explorar:
    - Su sentido de bienestar, fortalezas internas (paz, felicidad, plenitud en la vida, etc.)
    - Sistemas de apoyo de los que dispone en la actualidad. (familia, apoyo espiritual o religioso, trabajo, etc.)
    - Rituales tradicionales o culturales.
  - Analizar su objetivo en la vida, opinión sobre el sufrimiento y la enfermedad.
  - Su experiencia sobre el autocuidado.
  - Su capacidad para perdonar, creencias en la religión, en Dios, aceptación de prácticas espirituales.
  - Incluir al paciente en la planeación de la atención.

Una vez llevada a cabo la valoración se determinan las actividades a realizar.

- **BRINDAR COMODIDAD:** Al paciente durante su hospitalización, ya que la situación de estímulos y tensiones negativas originan necesidad de comodidad por medio de intervenciones, moviendo la tensión en una dirección positiva. Es decir, satisfacer las necesidades básicas, por medio de medidas de comodidad, las cuales deberán ser evaluadas a través de la valoración de la percepción del paciente, tanto objetiva como subjetivamente; se valorará si las medidas aumentaron la comodidad o si se tiene que implementar una nueva medida. Las medidas de comodidad que se han de brindar son:

- Mantener al paciente limpio, seco
  - Brindar cambios de posición
  - Ofrecer alimentos
  - Brindar un ambiente fresco y agradable
  - Manejo adecuado de la luz y de los ruidos
  - Facilitar la privacidad del paciente
  - Permitir que el paciente tome sus propias decisiones
  - Facilitar el acceso de la familia
  - Brindar cuidado emocional
  - Mejorar el sentimiento de individualidad de la persona
    - Estar atento
    - Respetar el espacio de la persona
    - Ayudar a la persona a expresar verbalmente lo que diga en forma no verbal
    - Prestar atención a la persona, en especial a las conductas nuevas.
    - Fomentar los hábitos físicos sanos (adecuada alimentación, ejercicio, sueño apropiado, etc.)
    - Proporcionar una respuesta positiva y realista cuando se consigan logros
    - Enseñar y fomentar ejercicios que favorezcan la autoestima (autoafirmaciones, trabajo con espejo, uso del sentido del humor, meditación u oración, relajación)
    - Respetar la necesidad de intimidad
- FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE ENFERMERA – PACIENTE: una buena relación sólo es posible a través de una buena comunicación, que es un proceso multidireccional y multidimensional. De ahí la importancia de individualizar la intervención.

- Crear ambiente de confianza a fin de facilitar un clima adecuado para la expresión emocional.
  - Respetar los derechos del paciente.
  - Transmitir esperanza.
  - Mostrar siempre capacidad de escucha activa.
  - Elegir lugares adecuados para el diálogo.
  - Evitar dar mensajes impositivos y respuestas anticipadas.
  - Utilizar un lenguaje de acuerdo al paciente de acuerdo a su edad, cultura y valores.
- FOMENTAR LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE AFRONTAMIENTO
    - Identificar las cualidades de la persona. (deportes, aficiones, manualidades, trabajo, formación, educación, imaginación, creatividad, relaciones interpersonales)
    - Compartir las observaciones con la persona.
    - Brindar a la persona la oportunidad de participar en actividades.
- AYUDAR A LA PERSONA A EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS
    - Mostrar empatía, no ser crítico
    - Escuchar, no impedir las expresiones de enojo, llanto
    - Utilizar expresiones y preguntas abiertas.
    - Fomentar tanto las manifestaciones positivas como las negativas.
    - Utilizar el arte, el movimiento y la música como medios de expresión.
    - Crear una relación cercana y de confianza entre enfermera – paciente.
    - Proponer la redacción de un diario.

- **PROMOVER UN AMBIENTE DE SOCIALIZACIÓN POSITIVA:** para que el paciente se sienta apoyado y descubra su capacidad de comunicación.
  - Fomentar las visitas y contacto con familiares y compañeros (teléfono, cartas, etc.)
  - Promover las relaciones interpersonales de la persona.
  - No permitir que la persona se aísle
  - Proponer la participación en grupos terapéuticos de apoyo.
  - Favorecer la comunicación con otros pacientes que compartan experiencias parecidas.
  
- **ORGANIZAR REUNIONES DE GRUPO ENTRE PACIENTES Y FAMILIARES:** para explicar el proceso de la enfermedad, cuidados de catéter, fistula, riesgos y signos de complicaciones y promover la integración y afrontamiento de la enfermedad.
  - Motivar a los pacientes y familiares para que conozcan todo lo relacionado a la enfermedad.
  - Elegir los temas principales de la IRC para darlos a conocer a los pacientes y familia de forma sencilla y clara.
  - Crear un ambiente de confianza para que aclaren sus dudas.
  
- **DAR A CONOCER POR MEDIO DE SESIONES EJERCICIOS FÍSICOS:** que favorezcan a la disminución del estrés, angustia, miedo y desesperación.
  - Ejercicios de respiración de inhalación y exhalación: constituyen una práctica sencilla y un ejercicio terapéutico para los pacientes, ya que brinda mayor tranquilidad, conciencia de relajación, reducción del estrés y del malestar.
  - Ejercicios aeróbicos.

- **BRINDAR TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:** a aquellos pacientes que sean identificados con tendencia a la ansiedad, inquietud, angustia y depresión para favorecer a un ambiente interno de tranquilidad, ya que ayuda al descanso profundo, tranquiliza la mente, el cuerpo, las emociones y el espíritu. Los ejercicios de relajación incluyen las dimensiones de respiración, conciencia y atención al cuerpo. Ayuda a tranquilizarse y calmar las crisis de ansiedad, dificultad para dormir, estrés, inquietud, etc.
  - Relajación muscular progresiva: tensar y relajar cada grupo muscular de manera secuencial.
  - Ejercicios respiratorios de inhalación y exhalación.
  - Imaginación guiada: a través de ésta puede percibirse, sentirse, oírse, visualizarse, saborearse, etc. Ayuda a reducir el dolor, la ansiedad, y a trabajar con el discernimiento.
  - Masaje: se ha observado que el empleo terapéutico de las manos y el contacto es importante para el crecimiento y desarrollo. Frotar suavemente, sostener y dar masaje ofrece nutrimento táctil, mejora la circulación y fortalece el sentimiento de seguridad, tranquilidad. Facilita el sueño, aminora el dolor, la fatiga, reduce el edema, mejora la movilidad, disminuye la ansiedad y la depresión, fortalece el bienestar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXOS

18-A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HISTORIAS CLÍNICAS

**Caso 1** Sra. A de 25 años de edad, originaria de México, D. F. con diagnóstico médico de IRC con 5 años de evolución, quien como primer tratamiento sustitutivo recibe DP normofuncionando por 1 año; manteniéndose durante el mismo en lista de espera para trasplante renal. Se lleva a cabo trasplante renal cadavérico, el cual le ofrece una vida estable por 2 años 8 meses, al presentar rechazo de injerto es sometida a HD a través de catéter Mahurkar el cual disfunciona y se realiza fistula arteriovenosa, dicho tratamiento dura 1 año; actualmente fue nuevamente instalado catéter peritoneal con el cual siente que puede llevar una vida más organizada. Los problemas de infección y el riesgo de rechazo de injerto la llevan a la necesidad de requerir hospitalizaciones continuas. Durante una de las hospitalizaciones que tuvo abandonada por su esposo, acontecimiento que provocó desequilibrio emocional y físico, ya que él era la persona propuesta para donar. Actualmente vive con su madre de 50 años de edad y con su hijo de 9 años; ambos son los motivos que le impulsan a seguir luchando por la vida.

A es una persona a la que no le gusta compartir sus sentimientos, prefiere mostrarse fuerte en las situaciones difíciles, la paciente refiere menciona que su infancia y adolescencia influyeron en su actitud reservada (padres separados); al fallecer su padre la Sra. Por ser la mayor asume el cuidado de sus hermanos y más tarde toma responsabilidad de trabajar para ayudar a su madre económicamente; motivo por el cual sólo estudio 1 semestre de la carrera de enfermería. Actualmente se dedica a vender artículos para dama (joyas, ropa, zapatos, etc) y con ello se siente útil y disminuye la idea de sentirse una carga para su madre. Al inicio d su enfermedad, menciona que sufrió varias depresiones, tenía miedo a sentirse rechazada por los demás, le ha costado trabajo asimilar el proceso de su enfermedad y a aceptar los cambios de color en su piel. Se le propuso apoyo al cual sólo acudió en una ocasión, considera que es importante el apoyo psicológico pero ella no sintió confianza con la psicóloga. Se encuentra en un nivel de autoestima medio.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** Paciente aparentemente con buen estado anímico, disponibilidad y apertura para el diálogo, aunque aclara que de sus sentimientos no le gusta hablar. Su proceso de enfermedad ha sido difícil por las varias complicaciones que se le han presentado, a pesar de ello y de la separación de su esposo ha ido asimilando lentamente su proceso con la ayuda y apoyo de su madre y su hijo que es el motivo de que le impulsa a luchar por la vida. Ha pesar de ser una persona que prefiere mostrarse fuerte ante los demás y no compartir sus sentimientos, es muy sensible a los acontecimientos; y cae fácilmente en la depresión y en la agresividad. Requiere gran atención por parte del personal de salud, a fin de que continúe en su proceso de afrontamiento de la enfermedad. Se encuentra en un nivel de autoestima medio, según los resultados de su cuestionario.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Caso 2** Sr. B de 18 años de edad, soltero, originario de Veracruz, con estudios de secundaria sin terminar. 2 años de evolución de IRC con 1 año de HD como tratamiento alternativo. Al inicio de su padecimiento se mantuvo en estado depresivo a pesar de apoyo recibido por parte de sus padres y hermanos; lo cual le llevó al aislamiento y a no expresar sus sentimientos y experiencias, después de superar parte de esta etapa, ahora no le gusta estar solo. Siempre ha estado presente la idea de la muerte, pero reconoce que varios aspectos de su enfermedad han sido superados, pero al presentar complicaciones fácilmente vuelve a la depresión, actualmente le agrada hablar de su enfermedad y dar pistas a los demás para prevenir en ellos la enfermedad o en los que ya la tienen compartir sus experiencias para animarlos a seguir luchando.

B Refiere que el catéter de HD le hacía sentirse mal, actualmente con la fistula arteriovenosa y se siente mejor físicamente; se encuentra en protocolo de transplante por parte de prima, de quien ha recibido mucho apoyo, tiene gran esperanza en que funcione el injerto, considera que su vida puede ser diferente a pesar de las complicaciones que se puedan presentar. En relación a la máquina de HD siente rechazo, y a la vez la considera como parte de él, ya que realiza la función de sus riñones; se siente mal por no poder miccionar como lo hace el resto de personas.

Ha pesar de sentir el apoyo de sus padres se siente una carga económica para toda la familia; nunca a recibido ni buscado apoyo psicológico pero considera que es importante para poder superar las etapas depresivas que produce la enfermedad. Durante sus hospitalizaciones refiere recibir apoyo y atención por parte de la persona de enfermería, pero le gustaría que pudiera ser una relación más cercana. Tiene muchos deseos de continuar sus estudios a pesar de su enfermedad; se encuentra en un nivel de autoestima medio.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** persona con disponibilidad para compartir sus experiencias sobre su enfermedad, se siente querido y apoyado por su familia, con deseos de vivir y poder realizar sus metas, se percibe con semblante triste a pesar de referir que no fácilmente cae en depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Caso 3 Sr. B** de 46 años de edad, casado, con 4 hijos (se desconocen edades) estudiantes todos, se dedica al comercio, originario de la Cd. De México, radica en Michoacán. IRC con 3 años de evolución, mismos años con tratamiento de DP.

La enfermedad provocó un giro de 90 grados en su forma de ser y cambio su perspectiva de valorar la vida; sus deseos son vivir a lo máximo con su familia, sin embargo no comparte sus sentimientos, ya que los considera como algo propio y personal; además cree que sabe controlar y equilibrar los sentimientos negativos. El miedo a morir está siempre presente, se encuentra en protocolo de trasplante y ello le produce estrés pues sabe que un trasplante no el fin de la enfermedad, sino el inicio de muchas complicaciones.

Mantiene una relación cercana con su esposa y de gran armonía con sus hijos; el hecho de no haber dejado su trabajo le hace sentir bien, pues él es quien continua dando el sustento económico a su familia; desde luego con el apoyo de todos los miembros de la misma. Le agrada compartir experiencias de su enfermedad con otros pacientes y ayudar a aquellos que se encuentran en las fases iniciales de la IRC. Se encuentra en un nivel de autoestima medio. Se encuentra en nivel de autoestima alto.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** persona con grandes metas e ilusiones que ha encontrado un nuevo valor de la vida a través de su enfermedad y de las pérdidas que ésta conlleva. Abierto al diálogo, y dispuesto a enfrentar nuevas situaciones, un hombre dinámico con gran sentido del humor; maduro y seguro de sí mismo. Manifiesta a través de su forma de ser el apoyo recibido por parte de su esposa e hijos; sin embargo no deja de manifestar a través de su rostro miedo y angustia. Se le observa de acuerdo al nivel de autoestima en el que quedo ubicado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Caso 4** Sr. B. De 43 años de edad, casado con 3 hijos, con estudios de primaria; dedicado al comercio, actividad que aún realiza y que sólo ha dejado de realizar durante los tiempos de hospitalización. Radica en la Cd. De México. Diagnosticado con IRC hace 2 años, tras el diagnóstico recibió tratamiento de HD por un año y medio, posteriormente se realiza trasplante renal de donador vivo no relacionado. (DVNR)

El proceso de la enfermedad al inicio fue muy negativo, debido a que no recibió apoyo de su familia (padres y hermanos); ya que de sus hermanos (se desconoce número) ninguno quiso ser donador. Presentó por largo tiempo crisis depresivas, con deseos de morir y con la idea de que la muerte podría presentarse en cualquier momento. Se sintió siempre visto con lástima y como una carga económica para su familia. El deseo de su cuñado para ser donador le estimulo y espero ansioso el momento del trasplante. Posterior al trasplante presentó rechazo de injerto, causándole éste un estado orgánico y anímico crítico; fue sometido a tratamiento con inmunosupresores que le causaron grandes desequilibrios. La depresión en la que se encontró fue al grado de no aceptar tratamiento alguno, pues sus esperanzas se habían terminado y la vida ya no tenía sentido. Por la disfunción del injerto fue necesario ser sometido nuevamente a HD y es el tratamiento actual de mantenimiento. Gracias al apoyo de su esposa, cuñado (el donador) compañeros del mismo Instituto, personal de enfermería y médico salió delante de la crisis depresiva en la que se mantuvo por largo tiempo.

Su relación de pareja se ha visto favorecida desde su padecimiento; refiere sentirse comprendido y amado por su esposa e hijos; actualmente refiere tener deseos de vivir y aprovechar la oportunidad que Dios le ha dado de vivir. Se encuentra en un nivel de autoestima medio.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** se ve pensativo, preocupado, su rostro expresa tristeza; gran disponibilidad para el diálogo durante las visitas y para el cuestionario. Paciente con tendencia a la depresión debido a los grandes problemas que se le presentaron antes y después del trasplante, a pesar de ello, se le percibe con deseos de vivir. Paciente requiere atención durante sus hospitalizaciones ya que tiende mucho a la depresión y a la soledad. Durante las charlas se le observa con una autoaceptación de acuerdo al nivel en que queda estratificado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Caso 5 Sr. D** de 21 años de edad, soltero, dedicado a dar cursos de alfabetización, diagnosticado con IRC de 1 año de evolución y DP como tratamiento durante el tiempo ya mencionado. Y se encuentra en espera de trasplante renal. Al inicio del padecimiento, los cambios provocados por la IRC le hicieron sentirse menos que los demás y avergonzado de sí mismo; los cual lo llevo a alejarse de su familia y compañeros.

Una gran variedad de actitudes se presentaron como la agresividad, la ira, acompañadas de estados depresivos, con la idea de: "Prefiero morir que vivir de esta manera". Refiere recibir mucho apoyo por parte de su madre (se desconoce su edad) y gracias a ello ha presentado una evolución favorable con relación a la aceptación de la enfermedad. El apoyo que le brinda su familia le hace sentirse útil e independiente, en ningún momento se ha sentido sobreprotegido, sino que le han ayudado a luchar y enfrentar juntos el proceso de la enfermedad.

Al inicio del padecimiento sintió que Dios era el culpable de lo que le sucedía, con el tiempo lo ha experimentado como un padre que le escucha y está a su lado. Cuando no quiere hablar con nadie, lo hace con Dios y refiere sentirse tranquilo. El proceso de su enfermedad ha sido un subir y bajar, ya que cuando ha sentido haber aceptado la enfermedad, nuevamente se encuentra triste y rechazándola; a pesar de todos los acontecimientos negativos que la enfermedad ha provocado en su vida, considera ésta como normal ya que le permite estar vivo y realizar en gran parte sus deseos. Se encuentra en un nivel de autoestima medio. Actualmente ya fue transplantado de donador cadavérico, el cual ha evolucionado favorablemente. Se encuentra en un nivel de autoestima medio.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** Es un joven que ha enfrentado favorablemente las etapas de su enfermedad, ya que su familia le ha dado la oportunidad de valerse hasta donde le es posible por sí mismo. Tiene grandes perspectivas sobre la vida, sabe bien que el trasplante no curará su enfermedad, pero sí que le ofrece una mejor calidad de vida durante el tiempo que funcione el injerto. Refleja tranquilidad y paciencia, aunque menciona que en ocasiones vuelve a decaer en el estado de ánimo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Caso 6** Sra. G de 34 años de edad, madre soltera con 3 hijos (sin datos de edad), IRC con 7 años de evolución, tratamiento de DP durante los últimos 3 años. Al inicio de su padecimiento presentó crisis depresivas, con trastornos de la conducta. , acudió a apoyo psicológico, el cual considera benéfico; a pesar del apoyo recibido no le gusta compartir sus sentimientos, prefiere mostrarse fuerte a pesar de su sensibilidad hacia los problemas que se le presentan. Después de ser diagnosticada con IRC, continuo trabajando por un año (trabajos domésticos) desde entonces depende económicamente de sus padres.

Lo económico representa para ella un problema importante pues se siente una carga para sus padres, pero no siente el deseo ni la capacidad para afrontar una responsabilidad en relación al trabajo; en casa ayuda a su madre con el aseo de la casa.

Continuamente siente miedo a la muerte, y a dejar solos a sus hijos. Durante el tiempo de hospitalización se deprime fácilmente, pues sabe que creará un problema económico para sus padres. Desde la instalación del catéter peritoneal siente rechazo de su cuerpo, pues percibe al catéter como ajeno a su ser, pero reconoce que depende de él para seguir viviendo. Se encuentra en un nivel de autoestima bajo.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** apática, con pocos deseos de compartir sus experiencias, considera su enfermedad como un proceso negativo en su vida, le molesta el compartir el cuarto con otras pacientes, es una persona que se desespera y se deprime fácilmente.

**Caso 7** Sr. C de 53 años de edad, con estudios de secundaria, jefe de seguridad como empleo; originario de Veracruz, radica actualmente en Celaya, Gto. Casado con 3 hijos ya profesionistas. Diagnosticado hace 1 mes con IRC, sometido urgentemente a HD, se encuentra en protocolo de trasplante de donador vivo relacionado. Los cambios físicos provocados por la enfermedad no han sido aceptados fácilmente, esto ha provocado grandes cambios emocionales, con tendencia a la agresividad y depresión; el apoyo de su familia le ha ayudado para salir de estas crisis. C refiere haber recibido poca información sobre su padecimiento y tratamiento, esto despierta en él miedo, angustia y desesperación. Considera necesario el apoyo psicológico y más apoyo por parte del personal de enfermería ya que no lo ha recibido. Se encuentra en un nivel medio de autoestima.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** refleja desesperación, miedo y a la vez agresividad, con poca disponibilidad para el diálogo, cortante en las preguntas. Con gran inestabilidad emocional por la poca información que ha recibido de su padecimiento. Durante la segunda charla se percibe un poco más abierta y con disponibilidad para dialogar.

**Caso 8** Sra. E de 28 años de edad, soltera, con estudios de secundaria, radica en Cuatlitlán, Estado de México. Con 6 años de evolución de IRC. Después de 3 años de saberse con el padecimiento acude a recibir atención médica. Se instala catéter para HD que normofunciona por 8 meses, cambiándosele a DP como tratamiento alternativo. Los primeros años de su enfermedad fueron completamente negativos, presentando rechazo, agresividad y depresión; con gran temor a la muerte. Refiere que después de tres años del padecimiento comienza a aceptarlo y por ello acude al médico; las complicaciones manifestadas por la IRC han sido continuas, hecho que le provoca depresión y la lleva a alejarse de los demás, incluso de su familia; no le gusta compartir sus sentimientos, ni hablar de su enfermedad. Por medio del llanto y por actitudes agresivas refiere que expresar sus muchos sentimientos reprimidos. Nunca ha recibido atención psicológica por falta de información. Se considera una carga para su familia; al someterse a la DP siente enojo y malestar, refiere que el cateter es ajeno a su cuerpo y solo lo acepta por ser el medio de seguir viviendo. Se encuentra en nivel de autoestima bajo.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** Paciente que refleja tristeza, melancolía, y miedo a compartir las experiencias de su enfermedad; lo cual expresa a través del llanto y del silencio durante la primera visita. En la segunda charla la percibo más tranquila y dispuesta a dialogar. No le es fácil expresar los sentimientos, ya que refiere que desde niña nunca lo ha hecho, es una persona con afrontamiento negativo de la enfermedad, con gran tendencia a la depresión y a la soledad.

**Caso 9** Sra. D de 27 años de edad, casada con 3 hijos (se desconocen edades), dedicada al hogar, con estudios de secundaria. IRC con 4 años de evolución. Al inicio de la enfermedad recibió HD por 9 meses, posteriormente transplantada en 2 ocasiones, una de cadáver y la segunda de donador vivo; de ambos transplantes presentó rechazo; actualmente tiene como tratamiento DP con el cual ha permanecido ya por 11 meses. En espera nuevamente de transplante renal. Al inicio de su enfermedad tenía miedo a ser rechazada, lo cual le llevó al aislamiento, se sentía avergonzada por los cambios físicos, además de sentirse una carga para su familia, percibía que los demás le tenían lástima; para sentirse mejor ante este hecho a preferido mostrar a los demás que todo está bien, que es fuerte y que la enfermedad no le afecta. La relación con su esposo desde el inicio de su padecimiento funcionó mal, refiere que ha recibido el apoyo económico, pero no el afecto, amor y comprensión de pareja; motivo por el cual, durante sus hospitalizaciones se siente bien, pues su esposo no puede visitarla por su trabajo, refiere no sentirse atractiva por el peso que ha ganado. No ha tomado una decisión de separación por miedo a la inestabilidad económica y por sus hijos. Tiene miedo a nuevos problemas a causa de las complicaciones de la IRC. Con un nivel de autoestima bajo.

**PERCEPCIÓN:** Paciente que durante la primer entrevista refleja tranquilidad estabilidad aparente y durante el resto de las charlas se le ve triste, con miedo al nuevo transplante, con tendencia a la depresión y desesperación. Siempre dispuesta al diálogo, con necesidad de ser escuchada y amada.

**Caso 10** Sr. B de 20 años de edad, soltero, originario del estado de Guerrero con diagnóstico de IRC de 2 meses de evolución, con tratamiento de HD al inicio del diagnóstico. Refiere no haber caído en estado depresivo y manifiesta que por parte del personal de enfermería ha recibido poco apoyo, así como información sobre su padecimiento. Refiere que todo está bien, se encuentra en protocolo de transplante renal y considera que después de éste su enfermedad desaparecerá. Debido a la poca información de su padecimiento y la poca asimilación de la enfermedad se encuentra en un nivel de autoestima alto.

**PERCEPCIÓN:** Apático al diálogo ya que contesta solo lo necesario, según las respuestas del cuestionario aplicado, percibo que no ha tenido la oportunidad de asimilar la situación en la que se encuentra, es poco tiempo el que tiene con el diagnóstico y las situaciones favorables para el transplante le hace creer que la enfermedad acabará, a pesar de la poca información que tiene sobre la enfermedad inconscientemente se niega a aceptar su enfermedad y el reflejo es su apatía e indiferencia.

**Caso 11** Sra. E de 23 años de edad, soltera, originaria de Guanajuato, mayor de 5 hermanos, con estudios de secundaria, de profesión comerciante. Diagnóstico de IRC de 8 años de evolución, inicia HD como tratamiento con 6 meses de duración, posteriormente se realiza transplante renal de donador vivo relacionado (mamá) con función adecuada por 1 año tres meses, tiempo durante el cual llevó una vida dentro de rangos normales. Hace 1 año dos meses presentó rechazo de injerto, siendo necesario hacer uso de la DP, ocasionándole tiempos prolongados de hospitalización los cuales le afectan negativamente en cuestión psicológica y animica ya que sus proyectos de vida se ven frustrados. Refiere sentirse una carga económica para su familia, a pesar del apoyo que recibe de sus padres. Cae continuamente en estado depresivo, lo cual le lleva al aislamiento y a reprimir sus sentimientos, lo que aumenta su miedo al tratamiento hospitalario. Ha recibido una adecuada información sobre la enfermedad, lo cual le ha ayudado a asimilar poco a poco su padecimiento, considera que el apoyo psicológico y moral ayudaría a un mejor enfrentamiento de la enfermedad. Sus creencias religiosas le han ayudado a salir adelante ya que siente que Dios ha estado siempre con ella. Se encuentra en un nivel de autoestima bajo.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** tranquila, con disponibilidad al diálogo, con poca apertura con relación a sus sentimientos, se percibe gran tristeza y miedo a las nuevas situaciones, durante las visitas subsecuentes se muestra más abierta a compartir sus sentimientos, percibo que lo que necesita es un ambiente de confianza y tiempo para que ella pueda expresar lo que siente.

**Caso 12** Sra. F de 18 años de edad, soltera, originaria de México, D. F. con diagnóstico de IRC hace 7 meses. Recibe tratamiento de HD durante 3 meses, posteriormente se le instala catéter peritoneal hace 4 semanas. Refiere no haber entrado en estado depresivo, ya que tiene el apoyo de su familia y su novio muy latente; sin embargo se siente una carga económica para sus padres. Considera que este hecho ha ayudado a hacer un buen afrontamiento de la enfermedad. Los cambios y complicaciones de su enfermedad han hecho que se aleje de sus amigas, durante sus hospitalizaciones le gusta ser cooperadora y se siente a gusto pues recibe buena atención por parte del personal de enfermería. Está en protocolo de transplante de donador vivo relacionado (mamá) lo cual le da esperanza de vivir, el saber que su madre no puede donarle por antecedentes de DM, y le deprime tener que esperar. Sus creencias religiosas son importantes y le ayudan a aceptar su proceso de enfermedad, pero se siente amada por Dios y considera que podrá salir delante de manera positiva. Tienen un nivel de autoestima medio.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** Se encuentra en un proceso lento pero positivo de la enfermedad, el apoyo que recibe de sus padres le da valor para continuar. Disponible para el diálogo y para expresar sus sentimientos, a pesar de ello su rostro refleja tristeza y miedo.

TESTS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Caso 13 Sr. E** de 61 años de edad, casado, originario de Cortazar, Gto. Con diagnóstico de IRC de 7 meses de evolución y 2 meses de HD como tratamiento sustitutivo. Considera que la enfermedad es resultado de la edad, ha recibido poca información sobre la misma, pero refiere no querer saber nada más sobre ella, por lo que se percibe que no ha entrado en el proceso de la asimilación de su enfermedad. Dice no percibir los cambios que la enfermedad provoca en su cuerpo y organismo, dice que se siente igual, sólo que los médicos dicen que está enfermo. Se encuentra en protocolo de trasplante de donador vivo relacionado por parte de su hermano, quien se arrepiente y no se lleva a cabo el trasplante, acontecimiento que causa depresión en el paciente e inicia su proceso de asimilación del padecimiento. En nivel de autoestima medio.

**PERCEPCIÓN:** Tranquilo, disponible para el diálogo, con poca percepción de la dimensión de su padecimiento, con rechazo a querer saber más información sobre la evolución de la enfermedad. Aparentemente no depresible, pero en el fondo su rostro manifiesta miedo, tristeza, dudas, paciente que requiere dedicación de tiempo para ser escuchado y para que poco a poco aceptase más información sobre el padecimiento.

**Caso 14 Sra. F** de 29 años de edad, casada, con 3 hijos, originaria de México, D. F. con 10 meses de evolución de IRC y con tratamiento de HD desde hace 2 meses. Desde el inicio de la enfermedad se encuentra en rechazo hacia la misma, no acepta que ella que no ha sido mala esté enferma, se ha negado a recibir apoyo Psicológico. A pesar de apoyo que recibe de su esposo y demás familia, se siente una carga económica, además de sentir que no puede cumplir con sus funciones de ama de casa, de madre y de esposa. Refiere sentirse deprimida con la hospitalización ya que ello no le permite estar con sus hijos. Prefiere mantenerse alejada de los demás pacientes, le da vergüenza su físico, no se acepta con los cambios que la enfermedad ha provocado como es los cambios de color de su piel, especialmente de la cara, el edema palpebral, de miembros inferiores. En la primer visita habla poco y toda su tristeza y desesperación la expresa por medio del llanto. Ha recibido poca información sobre su enfermedad y del tratamiento, no quiere que el personal de enfermería se acerque a ella pues prefiere estar sola y con su esposo. Se encuentra en un nivel de autoestima bajo.

**IMPRESIÓN PERSONAL:** Se percibe notoriamente su depresión y rechazo a la enfermedad, la no-aceptación de la enfermedad le lleva a muchos miedos y dudas, manifiesta dolor, miedo, angustia y desesperación por todo lo que le está aconteciendo. Se nota la angustia que le provoca el dejar a sus hijos debido a su hospitalización. Con poca apertura para compartir sus sentimientos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA  
VALORACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

DURACIÓN \_\_\_\_\_

TIEMPO DE DX. \_\_\_\_\_

ESTADOCIVIL \_\_\_\_\_

PROFESIÓN \_\_\_\_\_

De acuerdo a una evaluación personal contesta de acuerdo a la siguiente escala:

NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

1. \_\_\_\_\_ Siento que yo no le agradaría a los demás si me diera a conocer tal como soy
2. \_\_\_\_\_ Pienso que mis trabajos no son tan buenos como los de mis compañeros de trabajo
3. \_\_\_\_\_ Me acepto con las características físicas que tengo
4. \_\_\_\_\_ Me siento seguro (a) de mi capacidad para relacionarme con otras personas
5. \_\_\_\_\_ Siento que fácilmente fallo en las cosas que hago
6. \_\_\_\_\_ Siento que a las personas realmente les gusta hablar conmigo
7. \_\_\_\_\_ Siento que acepto los nuevos retos
8. \_\_\_\_\_ Cuando estoy con otras personas siento que les agrada mi compañía
9. \_\_\_\_\_ Siento que dejo una buena impresión en las demás personas
10. \_\_\_\_\_ Me siento seguro de que puedo hacer nuevas amistades si las deseo
11. \_\_\_\_\_ Tengo la sensación de ser una persona sin ningún atractivo físico
12. \_\_\_\_\_ Desde que estoy enfermo prefiero mantenerme alejado (a) de mis amigos
13. \_\_\_\_\_ Me siento muy nervioso (a) alrededor de gente extraña
14. \_\_\_\_\_ Me siento seguro de mi capacidad de aprender nuevas cosas a pesar de mi enfermedad
15. \_\_\_\_\_ Me acepto con la enfermedad que padezco
16. \_\_\_\_\_ Me siento avergonzado de mí mismo
17. \_\_\_\_\_ Me causa miedo mi enfermedad y con ella me siento inferior a los demás
18. \_\_\_\_\_ Siento que soy importante para mi familia y me siento apoyado (a) por ella
19. \_\_\_\_\_ Siento que tengo buen sentido del humor
20. \_\_\_\_\_ Me enojo conmigo mismo por mi manera de ser
21. \_\_\_\_\_ Me acepto con todos los cambios dados con mi enfermedad
22. \_\_\_\_\_ Siento que las personas son más inteligentes que yo
23. \_\_\_\_\_ Prefiero no hablar de mis sentimientos
24. \_\_\_\_\_ Conño en mi habilidad para enfrentar situaciones difíciles

109

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

25. \_\_\_\_\_ Los cambios que a provocado mi enfermedad me hacen sentir mal
26. \_\_\_\_\_ Me asusta ser rechazado por mis amigos
27. \_\_\_\_\_ Tengo miedo de ser un estorbo para mi familia y para los demás
28. \_\_\_\_\_ Creo que mi vida es normal
29. \_\_\_\_\_ He tenido deseos de quitarme la vida
30. \_\_\_\_\_ Creo que si no estuviera enfermo mi forma de ser sería diferente
31. \_\_\_\_\_ No me gusta hablar de mi enfermedad
32. \_\_\_\_\_ Me siento realizado como persona
33. \_\_\_\_\_ Siento que si yo pudiera ser más como las otras personas entonces me sentiría mejor conmigo mismo
34. \_\_\_\_\_ Siento que mi enfermedad impide la realización de mis metas
35. \_\_\_\_\_ Siento que las demás personas me encuentran agradable
36. \_\_\_\_\_ Pienso que mi familia me acepta con mi enfermedad
37. \_\_\_\_\_ Me siento seguro de hacer bien lo que se me pide
38. \_\_\_\_\_ Las responsabilidades de la vida son demasiadas para mi
39. \_\_\_\_\_ Me gustaría cambiar mi aspecto físico
40. \_\_\_\_\_ Tengo deseos de vivir

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

- BEGOÑA CARBELO BAQUERO, "LA AUTOESTIMA, UN ELEMENTO FUNDAMENTAL EN LA RELACIÓN DE AYUDA", METAS DE ENFERMERÍA, REVISTA No. 11 – DIC 98/99. DISPONIBLE: [http://www.enfermeria21.com/revistametas/numeros/resumen\\_11.htm](http://www.enfermeria21.com/revistametas/numeros/resumen_11.htm)
- BETINA CAPORALE, "ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL" DISPONIBLE: EN <http://www.compendium.com.ar/cin2000/conferencias/caporale/mredonda.html> CONSULTADA 03/10/2002
- *DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO*, ED. MANUAL MODERNO
- DICCIONARIO DE MEDICINA, ED. OCÉANO MOSBY, ESPAÑA.
- EDITORIAL MEDICA CONTINUA, S. A. DE C. V. "INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA", DISPONIBLE: <http://www.tusalud.com.mx/120503.htm> CONSULTADA 07/08/2002
- EULALIA LÓPEZ IMIDCA, *ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALLATIVOS*, ED. MÉDICA PANAMERICANA, ESPAÑA, 2000.
- FRIAT – FUND. RENAL IÑIGO ALAVAREZ DE TOLEDO, "GENERALIDADES SOBRE LA INSUFICIENCIA RENAL" DISPONIBLE: <http://www.friat.es/general/general.htm> CONSULTADA: 28/08/2002
- HARRISON, *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA*, VOL. II, ED. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA, MADRID, 1994.
- <http://www.seden.org/web/formacion/cuerpo/hum>
- *LA AUTOESTIMA*, DISPONIBLE: <http://www.monografias.com/trabajos5/autoest/autoest.shtml> CONSULTADA 28/09/2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- **LA AUTOESTIMA**, DISPONIBLE: <http://www.psiccoactiva.com/autoesi.htm> CONSULTADA 28/09/2002
- LINDA JUALL CARPENITO, **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN A LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**, ED. MCGRAW – HILL INTERAMERICANA, ESPAÑA, 2003.
- **MANUAL DE TERAPÉUTICA MÉDICA Y PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS**, ED. MCGRAW – HILL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1998
- MARÍA DEL CARMEN NEIRA, **REV. NEFROL. DIÁL. Y TRANS.**, NO. 52, DICIEMBRE DE 2000, PÁG. 13 - 16. DISPONIBLE: [http://www.renal.org.ar/revista/52\(5213.htm](http://www.renal.org.ar/revista/52(5213.htm) CONSULTADA 23/08/2002
- NATHANIEL BRANDEN, **"LA AUTOESTIMA EN LA VIDA HUMANA"**, EN EL RESPETO HACIA UNO MISMO (HONORING THE SELF) )THE PSYCHOLOGY OF CONFIDENCE AND RESPECT, NUEVA YORK, BANTAM BOOKS,1983), TRAD. MAGDALENA L. SENESTRARI DE SALVI, MÉXICO, PAIDOS MEXICANA, 1996, PP. 19-28. REPRODUCCIÓN AUTORIZADA POR EDICIONES PAIDOS IBÉRICA, BARCELONA.
- O' BRIEN – KENNERDY –BALLARD, **ENFERMERÍA PSIQUIATRICA**, ED. MCGRAW. HILL – INTERAMERICANA, MÉXICO, 2001.
- PERIODISMO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, MAYO 2001, **"INSUFICIENCIA RENAL Y LA ATERNATIVA DE TRANSPLANTE"** DISPONIBLE: <http://www.inydes.com.mx/suplmento/anteriores/Mayo2001/hum/renal.htm> CONSULTADO 28/08/2002
- POTTER, 1985, **ESTUDIO CLÍNICO INTEGRAL**, ED. INTERAMERICANA.
- REBOLLO, BOBES, GONZÁLEZ, **"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SLUD DE LOS PACIENTES EN TERAPIA RENAL**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*SUSTITUTIVA*, ESTUDIO ELABORADO EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA - I DEL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS OVIEDO.

- SALUD Y NUTRICIÓN - LA AUTOESTIMA. DISPONIBLE:  
<http://www.pntic.mec.es/recursos/infantil/salud/autoestima.htm> CONSULTADA 28/09/2002
- URDEN. LOUGH, STACY, 1999. *CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERÍA*, ED. HARCOURT BRACE, VOL. 1, ESPAÑA.
- VERÓNICA GARCÍA ORTEGA, "LA AUTOESTIMA", DISPONIBLE:  
<http://www.saludosonline.com/impresora-kewey-autosestima.htm> CONSULTADA 03/01/2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN