



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA: SUS EFECTOS PSICOLÓGICOS”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ANA MARITZA SOTO ARELLANO

Directora: Dra. Laura Evelia Torres Velázquez

Dictaminadores: Lic. Adriana Guadalupe Reyes Luna

Mtra. Adriana Garrido Garduño



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme dado la vida y la sabiduría para poder realizarlo.

A mi madre por su fe, su aliento y su apoyo incondicional en todo momento.

A mi padre por su fortaleza, por haberme servido como sostén a lo largo de toda mi vida y por la esperanza que tuvo en mí de que algún día concluyera mi proyecto de titulación.

A mis hermanos Carlos y Paty por la confianza brindada en cada etapa de mi vida.

A la Dra. Laura por su apoyo y por ser mi guía en la elaboración de mi trabajo, pero también a la Maestra Garrido y a la Licenciada Reyes por su tiempo y su dedicación. Gracias.

Pero especialmente a mi segunda madre, a mi hermana Nora que su vida, su enfermedad y su experiencia me han servido para aprender de ello, para valorizar más la vida, a luchar y ser fuerte ante todas las adversidades, a no tenerle miedo a lo desconocido. Gracias infinitas a ti, que eres mi motivación en cada paso que doy.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1 Psicología de la salud.....	11
Capítulo 2. La Insuficiencia Renal Crónica (IRC).....	17
2.1 ¿Qué es la IRC?.....	17
2.2 Causas y síntomas de la IRC.....	19
2.3 Tratamiento médico.....	24
Capítulo 3. El paciente con Insuficiencia Renal Crónica.....	29
Capítulo 4. Efectos psicológicos en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.....	35
4.1 Negación.....	36
4.2 Ira.....	37
4.3 Ansiedad.....	38
4.4 Depresión y Duelo.....	40
4.5 Estrés.....	43
4.6 Afrontamiento.....	45
4.7 Miedo.....	46
4.8 Celos y Envidia.....	47
4.9 Culpabilidad y Vergüenza.....	48
4.10 Autoimagen y Autoestima.....	49
4.11 Calidad de vida.....	50
Capítulo 5. Alternativa de tratamiento psicológico.....	51
Conclusiones.....	64
Bibliografía.....	68
Anexos.....	72

RESUMEN

Actualmente se considera que la problemática que existe en nuestro país se va acrecentando cada vez más. Por ello existe la preocupación por la salud y la enfermedad que ha sido constante para el hombre, ya que son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su perspectiva. Sin duda la concepción que se tenía de salud no es la misma a la que hoy en día se concibe, ya que la OMS definía a la salud como “ausencia de enfermedad”. Convirtiéndose actualmente en que “la salud es el completo bienestar físico, mental y social de un individuo”

Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades se han transformado conforme pasa el tiempo, convirtiéndose en las temibles “enfermedades crónico degenerativas”, las cuales para Oblitas (2006), son causadas por factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales, siendo en la actualidad evidencia de que la salud está sumamente influenciada por la conducta, los pensamientos y las relaciones sociales de los individuos.

A partir de ello, las enfermedades crónicas degenerativas juegan un papel muy importante en el sector salud del país. En la actualidad las enfermedades más comunes que presenta la población son diabetes, hipertensión, e insuficiencia renal entre otras. En este sentido el presente trabajo tratará de dar una conceptualización amplia de la insuficiencia renal crónica como enfermedad que ocasiona diferentes estados psicológicos en la persona que la padece, influyendo en su salud física y emocional. Por ello, el papel tan importante de la psicología de la salud que trata de estudiar entre su amplia variedad las enfermedades crónicas que, como la insuficiencia renal no sólo afectan a la persona que la padece, sino también a sus familiares y amigos, cambiando totalmente su calidad de vida en toda la extensión de la palabra.

En el primer capítulo se abordará un panorama general de la Psicología de la Salud, misma que servirá como marco para entender los cambios que ha habido a lo largo del tiempo de la salud y en consecuencia de las enfermedades, así

como los procesos psicológicos por los que pasa el paciente con insuficiencia renal crónica. En el segundo capítulo se detallarán las características biomédicas más importantes de la insuficiencia renal crónica, con el fin de tener mayor claridad sobre el padecimiento. Por otra parte, en el tercer capítulo se le dará importancia al papel que tiene el paciente con insuficiencia renal, señalando los estilos de vida del paciente con una enfermedad crónica degenerativa. De ahí que en el cuarto capítulo se describirán los efectos psicológicos más característicos que posee el paciente con insuficiencia renal crónica, para así conocer cómo es que esta enfermedad afecta psicológicamente al enfermo, originando estilos de vida y una calidad de vida menos óptima. Finalmente en el último capítulo se propondrá una alternativa del tratamiento psicológico para estos enfermos, con el fin de ayudar y de conservar la vida de una forma saludable física y emocional.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la problemática de la salud va creciendo día con día, donde un elevado porcentaje de la población padece una enfermedad crónica degenerativa que afecta el bienestar físico y psicológico de la persona. Las enfermedades más frecuentes que presenta la población mexicana son diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, hígado, cerebrovasculares, pulmonares, tumores malignos, afecciones perinatales, influenza, neumonía, insuficiencia renal, malformaciones congénitas y desnutrición. En el caso de la insuficiencia renal crónica según Méndez, D., Méndez, B., Tapia, Muñoz y Aguilar (2009), ésta se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad general en el IMSS, ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad reproductiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años. En consecuencia a lo anterior el presente trabajo pretende dar una conceptualización de la insuficiencia renal crónica, como enfermedad que ocasiona diferentes estados psicológicos en la persona que la padece, influyendo en su salud física y emocional.

El surgimiento de la psicología de la salud, que aparece por el cambio del modelo biomédico que anteriormente se tenía, ha logrado focalizar aspectos psicológicos y sociales, además de considerar que por el cambio en la norma de la enfermedad, estas pasaban de ser de tipo infeccioso a ser crónicas degenerativas, causadas comúnmente por malos estilos comportamentales. Por ello, la psicología de la salud trata de estudiar entre su amplia variedad, las enfermedades crónicas, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), son afecciones de larga duración con una progresión lenta, representan la causa de defunción más importante en el mundo, ya que ocurre un 63% de defunciones anualmente, son las causantes de más de 36 millones de muertes cada año de los cuales 9 millones son menores de 60 años.

Además no sólo afectan a la persona que la padece, sino también a sus familiares y amigos, afectando totalmente su calidad de vida en toda la extensión de la palabra, empujan a muchas personas a la pobreza, o las mantienen dentro

de ella, provocado por el gasto médico que conllevan. Así la psicología de la salud trabaja mediante diferentes áreas: la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y el conocimiento de las causas conductuales y sociales de la salud-enfermedad.

En este sentido la insuficiencia renal crónica (IRC) es considerada como un problema mundial de la salud, la cual es catastrófica e irreversible para quien la padezca. Treviño (1984), señala que el término de insuficiencia renal crónica se identifica con lo que antiguamente se conocía como “coma urémico”, ésta hace referencia a la reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho de la sangre y así poder excretarlos a través de la orina. Cuando la excreción de los residuos no se lleva a cabo, se observa un conjunto de síntomas que suelen ser múltiples y variados, como: pérdida de peso, adelgazamiento, fatiga, astenia, adinamia, perdida de sueño, anorexia, náusea, vómito, digestión deficiente, evacuaciones diarreicas, trastornos de coagulación, entre otros. La IRC es un padecimiento que por lo general, antes de ser diagnosticado está relacionado con una enfermedad crónica previa, como la diabetes mellitus o la hipertensión, las cuales son algunas de las causas más comunes para padecer dicha enfermedad.

Existen tres formas de tratamiento para la IRC, la primera de ellas es la diálisis peritoneal, la cual tiene el objetivo de sustituir todas las funciones perdidas de los riñones, usando medios artificiales. La segunda es la terapia de hemodiálisis la cual es la técnica que permite eliminar los productos de desecho de la sangre y el exceso de líquido en el organismo. Finalmente, el trasplante renal forma parte de los tipos de tratamiento para la IRC, el cual consiste en la implantación de un nuevo riñón que puede proceder de un donante vivo o de cadáver. Este procedimiento es el tratamiento ideal para la mayoría de los pacientes, pues actualmente se obtienen resultados positivos en cuanto a la supervivencia del injerto y sobre todo en la mayor calidad de vida de los pacientes. De acuerdo con el Informe del 3er. trimestre del Centro Nacional de Trasplantes, en el 2013 se han realizado 1958 trasplantes de riñón en el país, de los cuales

1412 fueron de donantes vivos y 546 de fallecidos. Con respecto al estado en donde se lleva a cabo un mayor número de trasplantes, se estima en el Distrito Federal se realizaron 443 trasplantes, mientras que en Durango se llevaron a cabo 2 implantes. Por otro lado, del total de trasplantes, el 57% son personas con seguridad social, el 16% llevaron a cabo el procedimiento con servicios privados y el 27% de manera pública.

En este contexto, el padecer una enfermedad como la insuficiencia renal crónica no es tarea sencilla para las personas que viven con ella, ya que muchas de las ocasiones, la enfermedad se maneja con altos niveles de estrés que produce el tratamiento, ocasionando cambios en su esfera personal, además de convivir con situaciones de amenaza en contra del bienestar de la persona, lo cual va a producir alteraciones en su salud física y emocional. Todo esto reforzado por algunas sensaciones que presenta el individuo ante la enfermedad como peligro y miedo para su vida, pérdida de su bienestar físico, problemas económicos, alteraciones en el círculo familiar y pérdida de la autonomía. Sin embargo, estas varían de acuerdo a cada persona, ya que la enfermedad se vive de forma individual dependiendo de la concepción que se tenga de ésta, y por lo tanto las emociones se van a experimentar de diferentes maneras (Cornago, 2007); es decir se dice que hay enfermos, más que enfermedades.

En el momento en el que las personas se enteran de su enfermedad crónica, experimentan una pérdida (de salud/ autonomía) ante la que reaccionarán inicialmente mediante una negación, enojo, desesperación, depresión y reconciliación o aceptación de la enfermedad. Todas estas, entre otras reacciones emocionales, son pre-causas de insatisfacción por el tratamiento recibido, lo que significa que un mal estado psicológico afecta la calidad de vida del paciente (Oblitas, 2009).

Así pues, es importante señalar que para determinar los efectos psicológicos que implica la IRC, es necesario conocer las modificaciones que el paciente y la familia tienen que hacer para obtener un bienestar óptimo. Por ello existen factores que influyen en una rehabilitación más idónea y completa, los

cuales tienden a considerar aspectos físicos, psicológicos, familiares y socioeconómicos en pacientes sometidos a diálisis peritoneal, a hemodiálisis o trasplante renal.

Entonces, el objetivo del presente trabajo es analizar y describir los efectos psicológicos que presenta el paciente con insuficiencia renal crónica, abordando aspectos como la depresión, la autopercepción, el miedo, la ansiedad, estrés, entre otras, proponiendo una alternativa de tratamiento psicológico para este tipo de pacientes, los cuales requieren de atención especializada para una mejora en la calidad de vida.

Para llevar a cabo este objetivo, el trabajo se presentará en cinco capítulos, en el primero se menciona un panorama general de la psicología de la salud, misma que servirá como marco para entender los cambios que ha habido a lo largo del tiempo en la concepción de la salud y en consecuencia de las enfermedades, así como los procesos psicológicos por los que pasa el paciente con IRC.

En el segundo capítulo se explicarán las características biomédicas más importantes de la IRC, con el fin de tener mayor claridad sobre el padecimiento, por ejemplo: saber cuáles son las causas, cuáles son los síntomas, cuál y cómo se lleva a cabo el tratamiento, etc. Por otro lado, en el tercer capítulo se le dará importancia al papel que tiene el paciente con insuficiencia renal, con el fin de adherirnos a la forma y a los estilos de vida del paciente con una enfermedad crónica degenerativa.

De ahí que en el cuarto capítulo se describirán los efectos psicológicos más característicos que posee el paciente con insuficiencia renal crónica, con el objetivo de conocer cómo es que esta enfermedad afecta psicológicamente al enfermo, causando un deterioro más rápido en su salud física y emocional, originando estilos y una calidad de vida menos óptima.

Teniendo este marco de referencia bien claro, en el último capítulo se propondrá una alternativa del tratamiento psicológico para estos enfermos, con el fin de ayudar y de conservar la vida de una forma saludable física y emocional.

1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En la vida cotidiana del ser humano una de las preocupaciones más alarmantes es la conservación de la salud, siendo totalmente vulnerable como una característica inherente a su naturaleza. Muchas de las personas tienen la creencia de que al no haber dolor, no hay sufrimiento y por consiguiente va haber un estado de salud óptimo, esto porque se encuentran encapsuladas dentro del marco biomédico que se les ha impuesto durante toda su vida, dejando de lado el aspecto emocional y social que muchas de las veces enferma al individuo sin saber. Actualmente la problemática de la salud va creciendo día con día, pues la sociedad se va enfermando cada vez más, en donde se encuentran diversas explicaciones del porqué se construyen las enfermedades que deterioran el cuerpo humano.

Anteriormente se pensaba que toda persona enferma se debía a cuestiones de demonios u otras fuerzas espirituales que tomaban posesión del enfermo. Fueron los griegos los primeros en comprender la enfermedad como un fenómeno natural, y durante el Renacimiento se dieron las primeras explicaciones naturales de la enfermedad. Luego entonces a lo largo del siglo XX, con los cimientos de la medicina moderna y con los avances espectaculares del desarrollo de los fármacos se logró que la importancia de la salud física fuera en aumento cada vez más; sin embargo, en los últimos años el modelo de salud se ha transformado a un esquema en donde la salud paso a considerarse como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar (Oblitas, 2006).

De ahí que se debe conocer e identificar la transformación que ha tenido el concepto de salud, de los cambios sufridos a lo largo de los años y de cómo ha sido conceptualizada. Anteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía a la salud como ausencia de enfermedad, sin embargo de acuerdo con el preámbulo de la Constitución de la OMS que fue aceptado por la conferencia sanitaria internacional en 1948 y no ha sido modificado, el concepto se transformó por: el completo bienestar físico, mental y social de un individuo. En este sentido,

se entiende que la salud no solo se adentra a un esquema biomédico, sino que va más allá, abarcando el universo subjetivo y del comportamiento.

Para Oblitas (2009), la salud es un proceso dinámico cambiante, en donde el cuerpo sufre alteraciones en su medio interno, físico y psicológico, no dejando de lado las relaciones interpersonales, que tienen una gran influencia en la construcción de los esquemas internos del individuo. Así pues, el paradigma actual señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende principalmente de los hábitos de vida, lo cual significa que éstos así como las creencias, las actitudes y el comportamiento de los seres humanos constituyen los ejes centrales de dicha problemática.

En este sentido, se deja claro que para tratar el amplio campo de la salud-enfermedad no solo el paradigma biomédico tendrá la tarea completa de dar explicación del porqué del padecimiento, sino que con la aplicación de ciertas ciencias se tiene el compromiso de aclarar y solucionar la problemática del paciente. Por esta razón Oblitas (2006) considera que el surgimiento de la psicología de la salud aparece por diversos factores, en primer lugar como ya se ha mencionado, el cambio en la concepción de la definición de salud. En segundo lugar, radica el cambio del modelo biomédico como el modelo dominante en medicina, pues éste focaliza solamente los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales. En un tercer lugar, está el cambio en la norma de la enfermedad, ya que en pleno siglo XIX la sociedad enfrentaba el serio problema de mortandad causado por epidemias de tipo infeccioso, contaminación, insalubridad, alimentos adulterados, etc., siendo las causantes de la muerte de muchas personas de países industrializados, dicho cambio surge a nivel mundial y en particular México vive cambios en su patrón epidemiológico y de mortalidad. Sin embargo, con el descubrimiento de los fármacos como antibióticos y vacunas se contribuyó a erradicar el número de víctimas por dichas enfermedades, lo cual ha dado paso a las enfermedades crónicas, éstas son de larga duración y comúnmente de progresión lenta. Se estima que para el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad

crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años.

Amigo, Fernández y Pérez (1998), refieren que las enfermedades crónicas con las cuales los pacientes deben de convivir durante muchos años, traen consigo una serie de factores que afectan la calidad y los estilos de vida de las personas, por ejemplo, mantener una buena adhesión al tratamiento.

Esto quiere decir que la mayoría de las enfermedades están relacionadas con la conducta, ya que el ser humano nace con buena salud y con el transcurso del tiempo desarrolla una enfermedad como resultado de un inadecuado comportamiento.

Así pues, la psicología fue abriéndose campo en el ámbito de la salud, para tratar de dar solución a problemas que estaban afectando cada vez más a la sociedad. Además de tener presente que los individuos están y siempre estarán vulnerables a diferentes factores, siendo la enfermedad una de las más alarmantes. Matarazzo (1980, citado en Oblitas, 2006), definió la psicología de la salud como: “El agregado de la contribución educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (pág. 21), dicha definición es ampliamente aceptada por la división 38 de la American Psychological Association (APA) denominada Psicología de la Salud.

La psicología de la salud comprende varias áreas de importancia, estas son: la promoción y el mantenimiento de la salud, donde se incluyen todas las campañas relacionadas a promover hábitos saludables en las personas; la prevención y el tratamiento de la enfermedad, aquí se enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con el objetivo de prevenir la enfermedad. En tercer lugar la psicología también se centra en la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones, es decir, el psicólogo se encarga de conocer las

causas conductuales y sociales de la salud y de la enfermedad. Finalmente, se atribuye el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud, donde se analiza el impacto de las instituciones sanitarias y de su personal sobre el comportamiento del paciente (Amigo y colaboradores, 1998).

Oblitas (2006), mencionaba que el objetivo de esta área es que los psicólogos especialistas orienten al individuo a mejorar su calidad de vida, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica, así como modificar la probabilidad de la ocurrencia de procesos mórbidos. Las tareas principales del psicólogo de la salud se basan en tres grupos, el primero de ellos es la investigación en donde dicha área deberá estar orientada a cuestiones del mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad (prevención del tabaquismo, programas para la prevención del embarazo adolescente, etc.). Un segundo grupo es en donde el especialista deberá aplicar evaluaciones psicológicas en términos de salud (métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta etc.). Y finalmente los psicólogos de la salud también pueden involucrarse en la educación y el entrenamiento, transmitiendo los conocimientos de los diferentes factores psicológicos respecto a la salud.

No se debe olvidar que tradicionalmente las perspectivas que se tenían recaían en lo curativo, dejando de lado lo preventivo y la promoción de la salud, siendo los ejes fundamentales de esta área. Hoy en día cuando nos referimos a la salud, pensamos en un bienestar físico, psicológico y social, que a su vez son factores que están ligados al entorno, a las interrelaciones y a los estilos de vida como a los factores del sistema sanitario.

Así pues los profesionales sanitarios deben establecer una relación próxima, humana y técnicamente adecuada que ayude de forma positiva al enfermo. Si bien, López (2010), menciona que la Secretaría de Salud, tiene la principal función de la promoción de la salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, es la principal institución de seguridad social que cubre actualmente al 45.8% de la población en México. En este contexto, de acuerdo con las

modificaciones de la pirámide poblacional, la mortalidad aumentará cada vez más por problemas de enfermedades crónico degenerativas, de manera que los hábitos de la vida moderna incluyen factores de alto riesgo, como el sedentarismo, la obesidad, el estrés, el consumo de alimentos enlatados, la desintegración familiar, etc., lo que enmarca según las estadísticas de morbilidad en México, en el 2007, que las principales enfermedades crónicas son: enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos, enfermedades del hígado, cerebrovasculares, pulmonares, afecciones perinatales, influenza y neumonía, insuficiencia renal, malformaciones congénitas y desnutrición, todas estas causantes de un número total de defunciones en México. En el caso de la insuficiencia renal crónica según Méndez, D., Méndez, B., Tapia, Muñoz y Aguilar (2009), ésta se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad general en el IMSS, ya que ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad reproductiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó en el 2012 que, la IRC ha sido la causante de 11955 defunciones en todo el país, y particularmente en el Estado de México 1484 muertes.

Shelley (2007), considera que en cualquier momento el 50% de la población tiene un problema crónico, los cuales varían de acuerdo a rangos, por ejemplo, desde los que son menores como pérdidas parciales de la audición, hasta los que son severos que amenazan la vida como el cáncer, la insuficiencia renal y la diabetes, entre otros. Asimismo Brannon (2001), refiere además de que estos problemas son una amenaza para la vida, no solamente van a afectar a la persona que la padece sino también a sus familiares y amigos. A diferencia de lo que ocurre con las enfermedades de tipo infeccioso que duran un tiempo relativamente corto, las crónicas duran años, hasta toda la vida del paciente. Éstas comúnmente suelen provocar una crisis en la vida de las personas, causando que cambie la forma de concebirse del propio enfermo, lo que genera problemas de índole económico, familiar y social, puesto que va a presentar necesidades fisiológicas, sociales y emocionales distintas a las de una persona sana.

En este sentido el presente trabajo tratará de dar una conceptualización amplia a una de las enfermedades crónicas que actualmen4te ha causado un alto nivel de mortandad en la sociedad, la “insuficiencia renal crónica”, la cual es una afección que ocasiona diferentes estados psicológicos en la persona que la padece, influyendo en su salud física y emocional. Por ello, el papel tan importante de la psicología de la salud que trata de estudiar entre su amplia variedad las enfermedades crónicas que, como la insuficiencia renal no sólo afectan al enfermo, sino también a las personas que están a su alrededor, cambiando su calidad de vida en toda la extensión de la palabra.

2. LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrenta el sector salud, esto por su creciente contribución a la mortalidad en general, por la notable incapacidad prematura al enfermo y por los costos tan elevados del tratamiento. Así pues la insuficiencia renal crónica es una resultante de diversas enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, padecimientos que son comunes en casi todo el mundo y que, desafortunadamente pasan a ser parte de un desenlace fatal (Córdova, Barriguet, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, León y Aguilar, 2008).

2.1 ¿Qué es la IRC?

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que es considerada como un problema mundial de la salud, ya que de acuerdo con el Noticiero Mensual del Programa de enfermedades crónicas de la Organización Panamericana de la Salud, Hospedales (2008), menciona que ésta así como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, y diabetes mellitus han reemplazado las enfermedades transmisibles como la principal amenaza de salud pública y al presupuesto para la salud en todo el mundo. En el caso particular de la IRC, el costo de los tratamientos representa una amenaza a la salud y a los recursos para la atención a nivel mundial, ya que se requieren tratamientos que sustituyan al riñón, para hacer su función permitiendo la supervivencia de quien la padece logrando tener una calidad de vida lo más parecida a la de una persona totalmente sana.

De acuerdo con Méndez y colaboradores (2009), la IRC es considerada como una enfermedad catastrófica debido al creciente número de casos, por la detección tardía y las altas tasas de morbilidad y mortandad en los programas de sustitución. Se estima una incidencia de pacientes con esta enfermedad de 377 casos por millón de habitantes, de los cuales 52,000 pacientes se encuentran con

terapias sustitutivas como la diálisis y/o la hemodiálisis, de los cuales el 80% son atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En casos recientes la Secretaría de Salud señaló que de acuerdo con el estudio epidemiológico de la IRC en México en el 2010, hay al menos 40,000 casos de personas con IRC cada año.

Ahora bien, teniendo un marco general de cómo está establecida la insuficiencia renal crónica en nuestro país, es definida de distintas formas: coma urémico, enfermedad renal avanzada, enfermedad renal permanente, insuficiencia renal irreversible o insuficiencia renal en etapa terminal. Dicha enfermedad hace referencia a la reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho de la sangre y así poder excretarlos a través de la orina, regulando la cantidad de agua en el cuerpo, la sal y la presión arterial. Cuando la excreción de los desechos no se lleva a cabo, siendo la principal función de los riñones, se observa un conjunto de síntomas de intensidad variable que es lo que se conoce como uremia, la cual se observa cuando los productos nitrogenados derivados del metabolismo proteico comienzan a acumularse en el cuerpo, ésta inicialmente es asintomática, pero conforme el cuerpo se vaya intoxicando los síntomas clínicos aparecen paulatinamente, pues éstos son derivados del aumento de urea en la sangre. De acuerdo con Brown (1985), la uremia es un síndrome que consiste en anemia, acidosis, neuropatía y debilidad general, acompañados de hipertensión arterial, edemas y susceptibilidad a las infecciones, este cuadro sintomático aparece como consecuencia de la reducción del funcionamiento de los riñones. Cabe señalar que el síndrome urémico se manifiesta por la retención de sustancias (toxinas urémicas) y trastornos metabólicos y hormonales.

Así pues, Andreu (2001), menciona que la IRC es el deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción de las nefronas, siendo ésta la unidad estructural y funcional de los riñones, responsable de filtrar la sangre para regular el agua, y así reabsorber lo que es necesario y eliminando el resto por la orina. La IRC evoluciona en periodos de tiempo variables, desde unos meses a muchos años, hasta llegar a una fase

terminal, en la que tratamientos sustitutivos permitan la supervivencia del enfermo. Del mismo modo señala que la enfermedad puede ser asintomática por largos periodos de tiempo, esto debido a que el número de nefronas va reduciéndose progresivamente, logrando que las nefronas intactas se incorporen funcionalmente, para compensar la disminución del filtrado glomerular, lo cual permite que el riñón no se descompense totalmente. Cuando la función de las nefronas no se lleva a cabo completamente, se comienza a observar un conjunto de síntomas variados en el cuerpo de la persona.

2.2 Causas y síntomas de la IRC

Se sabe que una vez diagnosticada cualquier enfermedad renal crónica, independientemente de su etiología no es curable ni irreversible, este es el caso de IRC. Esta tiene diversas causas Treviño (1984) señala que en primer lugar se encuentra el padecimiento glomerular, en el cual los filtros de los riñones se dañan y su función de filtrar los desechos y líquidos de la sangre se pierde. Una segunda causa es la pielonefritis crónica retráctil, es decir, las repetidas infecciones urinarias que alcanza la pelvis renal. La nefropatía diabética es otra de las causas principales, que se caracteriza por el daño en las nefronas por el exceso de glucosa en la sangre y por otra parte las nefropatías causadas por analgésicos y por el consumo de productos lácteos.

También es cierto que personas con IRC en tratamiento sustitutivo que posteriormente se explicará o con injerto renal fallecen por padecimientos cardiovasculares o por infecciones, las cuales son dos de las principales causas de muerte de este padecimiento. Sin embargo en la actualidad las principales causas son la nefropatía diabética y nefroangiopatía hipertensiva, para los cuales hay cada vez más fármacos como la insulina y los antihipertensivos (Treviño y colaboradores, 2008).

El deterioro de la insuficiencia renal hace que los pacientes experimenten una cantidad de síntomas que paulatinamente afectarán su calidad de vida en

todos los aspectos, teniendo como consecuencia que el paciente llegue a la muerte. La IRC es un padecimiento que por lo general antes de ser diagnosticado está relacionado con una enfermedad crónica previa como diabetes mellitus o hipertensión, siendo que los pacientes que la padecen tengan poco control de su enfermedad.

Si bien es cierto, existen una gran cantidad de causas de la insuficiencia renal definidas por muchos autores, Van Der Adrian (1979, citado en Muñoz, 2010), considera que el origen de esta enfermedad se encuentra en la forma de vida de la persona desde que nace, dividiendo las causas en primarias y secundarias, cabe señalar que las primeras no dañan al riñón directamente, sino que colaboran al enfermar éste u otros órganos, generando las causas secundarias.

Causas primarias:

- Alimentación antinatural: carne, alimentos adulterados, sal en exceso, condimentos e irritantes, refresco, pobreza en vitaminas, entre otros.
- Alcoholismo
- Diversas sustancias y tóxicos
- Vida sedentaria: la cual va a favorecer la obesidad y la diabetes, logrando forzar más a los riñones a desechar los residuos tóxicos y venenosos para el cuerpo.
- Anormalidades en el sexo: se refiere a un desgaste en los órganos sexuales (vejiga, próstata, etc.), reflejándose en las infecciones urinarias que a su vez afectara a los riñones.
- Falta de estímulos naturales: la piel tiene una función depurativa, y en el caso de la falta de sol y de agua, obliga a los riñones a esforzarse en eliminar y depurar lo que al cuerpo no le sirve.
- Estado mental y emocional: se sabe que el ser humano forma una unidad entre su cuerpo y su mente estando en una íntima relación, por ello un mal estado mental puede hacer enfermar al individuo. Campos (2011) señala que las emociones tienen una expresión en los diferentes órganos y

viceversa, por ejemplo: la ira y la firmeza están interconectadas con el hígado, la alegría con el corazón, la ansiedad y la templanza con el bazo, la tristeza y el valor con el pulmón y el miedo con la vejiga y el riñón. Entonces al definir un padecimiento crónico y degenerativo como un proceso corporal, fruto de una ruptura de la unidad órgano-emoción, es debido a los malos estilos de vida de una persona, ocasionando que sean sus conductas y sus emociones las que enfermen el cuerpo humano.

Causas Secundarias:

- Endurecimiento de las arterias y vejez prematura
- Enfermedades del corazón: se pierde fuerza al llevar sangre al riñón, impidiendo que éste haga su trabajo de depurador.
- Infecciones
- Enfermedades del hígado: éste órgano es el primero que hace la función de purificar la sangre antes del riñón, por lo que al estar enfermo el hígado, el riñón se encargará de hacer una doble función teniendo un mayor desgaste.

Por lo general, cuando el paciente con IRC llega al servicio de urgencias llega inconsciente y con un número escalofriante de síntomas, sin embargo la sintomatología de los enfermos renales es múltiple y variada pero inespecífica, por lo cual es frecuente encontrar en los servicios médicos a enfermos renales que sin saberlo no presentan manifestaciones características de este padecimiento y no son diagnosticados oportunamente, a fin de dar freno a un síndrome urémico fatal que por lo sorprendente que es, requiere hospitalización inmediata y muchas veces no ayuda en que la familia tome una decisión oportuna para el bienestar del enfermo. Lamentablemente es una enfermedad silenciosa que dificulta que quienes la padecen comprendan su diagnóstico aceptando un nuevo estilo de vida.

Los principales síntomas de la insuficiencia renal se inician de forma lenta y progresiva, siendo contraproducentes pues el enfermo puede habituarse a vivir con los valores de toxinas acumuladas en su sangre. Estos síntomas generales son: pérdida de peso, adelgazamiento, fatiga, astenia, adinamia, pérdida de sueño, anorexia, náusea, vómito, digestión deficiente, evacuaciones diarreicas, trastornos de coagulación, entre otros (Treviño, 1984).

Autores como Adreu y Force (2001), dividen las distintas manifestaciones que tiene el paciente con insuficiencia renal en: cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicas, neurológicas y óseas del síndrome urémico, que se definirán a continuación:

Manifestaciones cardiovasculares:

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente la mitad de las muertes en los pacientes con IRC.

- Hipertensión arterial: es secundaria a dos factores, el primero es la retención de líquidos que suele ser la causante de la insuficiencia cardiaca congestiva con la que se complica frecuentemente la fase terminal de la insuficiencia renal. Y el segundo factor es excesiva producción de renina.
- Pericarditis: se caracteriza por una reacción inflamatoria del pericardio con exudación serosa o serohemática.

Manifestaciones gastrointestinales:

- Anorexia, signos de desnutrición
- Náuseas
- Vómitos
- Sabor amargo, metálico en la boca
- Estomatitis
- Gingivitis
- Parotiditis, especialmente cuando la higiene es deficiente

- Hemorragias: causadas por úlceras pépticas o por erosiones superficiales de la mucosa gastrointestinal.

Manifestaciones hematológicas:

- Anemia: comienza a aparecer con cifras de creatinina plasmática superiores a 3,5mg/dl y se intensifican a medida que avanza la IR. Es la causa del déficit de eritropoyetina, del hierro y del ácido fólico.
- Trastorno de coagulación: alteración de la agregación plaquetaria, predisponiendo las hemorragias.

Manifestaciones neurológicas:

- Encefalopatía urémica: dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, trastorno del sueño y labilidad emocional. En estadios más avanzados se encuentran los calambres, convulsiones, coma y muerte.
- Polineuropatía: afectación sensitiva de las extremidades inferiores “síndrome de las piernas inquietas”, calambres musculares, sensación de quemazón en las piernas, etc.

Manifestaciones óseas:

- Osteodistrofia renal: déficit de calcio.

Algunos síntomas son también de otras enfermedades, sin embargo éstos son los más específicos de la enfermedad renal, los cuales se reflejan cuando la IRC está en una etapa más avanzada. Existen otras manifestaciones que son características en la insuficiencia, como: (Ylin, 2011).

- Deficiente respuesta inmunológica humoral y celular: infecciones respiratorias, digestivas, de las heridas, de hongos y virus.
- Cambio de tono de piel (amarillo-verdoso)
- Hinchazón de forma desproporcionada
- Hipos frecuentes
- Bajo nivel de interés sexual e impotencia

- Cesación de los periodos menstruales (amenorrea)

En vista de ello, se conocen una serie de tratamientos que reducen y en muchas ocasiones eliminan algunos de estos síntomas, los cuales no todas las personas con IRC los padecen. En el siguiente apartado se describirán los tipos de tratamiento que existen para la sustitución de la función renal.

2.3 Tratamiento médico

Así pues, la insuficiencia renal crónica es una enfermedad catastrófica e irreversible, para la cual no hay cura para el paciente que la padece. Por ello la necesidad de que el enfermo se apegue a un tratamiento sustitutivo que reemplaza la función de los riñones. Existen tres formas de tratamiento que han mejorado simultáneamente a través de los años y que a su vez se han complementado de una forma extraordinaria para ofrecer a los pacientes una modalidad terapéutica más cómoda a sus circunstancias.

La diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante de órgano son formas de terapia que han sufrido cambios en la población candidata a ellas. Pues cabe señalar que en una primera temporada sólo se veía la realización de la sustitución de la función renal a pacientes que tuvieran mayor posibilidad de supervivencia y rehabilitación, ya que había poca disponibilidad de recursos humanos y técnicos. Sin embargo, actualmente los avances sociales y científicos lograron tomar en cuenta que todo enfermo con insuficiencia renal fuera candidato a estos tipos de terapia, logrando que fueran menos agresivas y más tolerables para la mayoría de los pacientes. Salvo contraindicaciones poco frecuentes, no existen actualmente limitaciones para incluir a un paciente a un programa sustitutivo de la función renal. Cabe señalar que siglos anteriores la falta de un tratamiento ocasionaba que los enfermos fallecieran por el llamado “coma urémico”, que se define como el deterioro global del estado de bienestar de una persona, caracterizado por un conjunto de síntomas que reflejan la incapacidad renal. No fue sino hasta principios del siglo XX cuando Thomas Graham en 1854 con los principios de

ósmosis y difusión realizó las primeras técnicas de depuración, y paralelamente en los años 50, gracias a un grupo de médicos franceses se llevó a cabo el primer trasplante renal con éxito (Andreu y Force, 2001).

Con estos avances hasta ahora se ha logrado que el enfermo renal vaya teniendo mayores posibilidades de rehabilitación y supervivencia no sólo en su entorno familiar, sino en lo social y laboral, pues los avances tecnológicos han cambiado espectacularmente para el diagnóstico y el tratamiento que requiere el paciente.

Méndez y colaboradores (2009), señalan que el incremento del número de pacientes en programas sustitutivos sigue una cuesta lenta y progresiva, lo cual es preocupante ya que en poco tiempo no habrá recursos financieros suficientes para sustentar estas terapias, pues es sabido que dichos programas requieren una cantidad económica elevada, que para algunos es facilitada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual brinda los servicios a todo nivel.

Enseguida se describirán los tres tipos de tratamiento de la insuficiencia renal crónica:

Diálisis Peritoneal

Lawrence (1990), menciona que el objetivo del tratamiento con diálisis es sustituir todas las funciones perdidas de los riñones naturales, empleando medios artificiales. Y en el caso de la diálisis peritoneal el perineo actúa como membrana semipermeable, siendo el área de superficie efectiva a través de un catéter insertado en la pared abdominal donde se introducen de 0.5 a 2.5 litros de solución fisiológica de electrolitos a la que se le suele agregar glucosa a la cavidad peritoneal, en donde permanecen 30 minutos a ocho horas para su equilibrio, para así después extraer el líquido a través del mismo catéter.

Existen dos técnicas para practicar la diálisis peritoneal, Andreu y Force (2001), describen la técnica manual denominada **diálisis peritoneal continua**

(DPC) la cual consiste en realizar un número determinado de intercambios diarios de un líquido estéril, contenido en bolsas colapsables, cuya inyección y drenaje se realizan por gravedad. Y la segunda técnica es la automatizada denominada **diálisis peritoneal intermitente (DPI)**, la cual puede llevarse a cabo mediante una maquina llamada ciclador, que prepara e infunde la solución peritoneal, en ésta el paciente permanece conectado a la máquina un número determinado de horas al día.

Normalmente a cada paciente se le hace una evaluación y una prueba de membrana para saber qué tipo de bolsa se va inyectar, ya que existen tres de las cuales tienen distinta concentración, además de que comúnmente la DPC se hace en un horario establecido, es decir, cada 5 horas aproximadamente el dializado debe estar practicando esta técnica, por ejemplo a las 7, 12, 17 y 22 horas del día. Y en el caso de la DPI, el dializado se somete al proceso durante todas las noches. Ambos procedimientos pueden ser realizados en el domicilio del paciente, cumpliendo las normas de higiene y aprobando un curso para que un familiar o bien el mismo paciente pueda practicar la técnica diariamente.

Hemodiálisis

Es la segunda forma terapéutica de diálisis y la de uso más frecuente para los enfermos de insuficiencia renal, en donde la transferencia molecular entre la sangre y la solución fisiológica de electrolitos, se efectúa fuera del cuerpo a través de un aparato al que se le conoce como riñón artificial.

Amigo, Fernández y Pérez (1998) consideran que la hemodiálisis es la técnica que permite eliminar los productos de desecho de la sangre y el exceso de líquido en el organismo. Se debe tener en cuenta que una quinta parte de la sangre bombeada por el corazón alcanza a los riñones, los cuales filtran aproximadamente 150 litros de sangre cada día. Así pues el riñón reabsorbe diversos elementos de sangre filtrada, tales como sodio, potasio, calcio, así como toxinas, entre otros. En los casos de IRC todos estos productos de desecho se

acumulan en la sangre ocasionando efectos dañinos hasta mortales. Por ello, es necesario que dichos pacientes sean sometidos a hemodiálisis varias veces por semana a lo largo de toda su vida o hasta que se practique el trasplante renal.

Por otro lado Daugirdas (2003), menciona que la hemodiálisis es la técnica más utilizada para el tratamiento de insuficiencia renal en Estados Unidos, ya que posibilita un cambio más rápido de la composición de los solutos del plasma así como la eliminación del exceso de agua corporal de forma más rápida que la diálisis peritoneal.

Trasplante renal

El primer trasplante de riñón se inició a mediados de la década de 1940 en Francia, y en 1950 en E.U.A., sin embargo dichas operaciones fracasaban ordinariamente a causa del rechazo de riñón. El potencial completo del trasplante renal se estableció en Boston, Massachusetts en 1954 con el éxito de la transferencia de un riñón de un individuo sano a su gemelo idéntico con insuficiencia renal (Lawrence, 1990).

El trasplante renal es la implantación de un nuevo riñón que puede proceder de un donante vivo o de un cadáver. Este procedimiento es el tratamiento ideal para la mayoría de los pacientes, pues actualmente se obtienen resultados positivos en cuanto a la supervivencia del injerto y sobre todo en la mayor calidad de vida de los pacientes.

Un punto importante es que hoy en día este tratamiento es uno de los menos aplicados en la inmunología, pues hay pocos donadores de riñón lo que causa que los enfermos con IRC se sujeten a los tratamientos antes mencionados afectando su calidad de vida y adoptando un nuevo estilo de supervivencia.

A través del tiempo las técnicas dialíticas se han hecho menos agresivas siendo mejor toleradas por parte del paciente, pues gracias a los servicios médicos han logrado un apego muchas de las veces satisfactorio en las personas

incluyendo médicos, nutriólogos, trabajadores sociales y psicólogos, todos ellos aplicando sus conocimientos para que el individuo tenga una calidad de vida lo más parecida a la que tenía antes de someterse a diálisis o a hemodiálisis.

Sin embargo existen contraindicaciones para la inclusión de un enfermo en el tratamiento sustitutivo de la función renal, como los factores socioeconómicos que restringen para muchos pacientes la oportunidad de incluirse en un programa de esta índole, ya que para la realización de diversas técnicas se necesita la utilización de un equipo de instrumentos y de condiciones ambientales que muchas personas no cuentan con los recursos económicos para solventarlas.

Por otra parte la elección de la forma idónea de cualquier tratamiento está condicionada por diversos factores no solo las características físicas del paciente sino también los aspectos psicológicos y sociales, como: ansiedad, depresión, trabajo, lejanía a los centros médicos, entre otros. El padecer una enfermedad como insuficiencia renal crónica (IRC) no es tarea fácil para la persona, de hecho éste debe manejar los síntomas de su enfermedad con el estrés que produce el tratamiento, ya que conforme el paciente va afrontando la enfermedad su autoestima se ve amenazada por tantos cambios que se producen en su esfera personal.

3. EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La enfermedad como tal produce cierta vulnerabilidad y pérdida de control sobre su propia vida, a la par de cómo otros consideran al paciente y de cómo éste se concibe a sí mismo, pues tras un diagnóstico de esta índole la autopercepción cambia. Tal como lo menciona Brannon (2001), estas personas atraviesan un proceso gradual de comprensión del significado de su enfermedad integrándola a su vida, esto no es fácil de llevar a cabo, pues desarrollar esta comprensión constituye una parte importante del proceso de afrontamiento de los pacientes.

Tomando en cuenta que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad catastrófica e irreversible, con frecuencia su diagnóstico y tratamiento afecta la estructura de la vida del paciente y de su entorno, pues está sumamente relacionada con el sufrimiento y el riesgo de muerte. González (2012) considera que el paciente se ve sometido a cambios amenazadores, relacionados directamente con la enfermedad con los efectos secundarios del tratamiento, con los cambios de roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades en el hogar o en el trabajo y cambios en su imagen corporal. Con ello, el paciente se ve obligado a cambiar su estilo de vida por completo ya que su cuerpo sufre cambios fisiológicos, orgánicos y emocionales topándose con crisis estresantes y agotadoras no sólo en la vida del paciente sino en su familia y en su equipo de salud.

La adquisición de una enfermedad crónica como la IRC supone una situación de estrés y amenaza contra el bienestar de la persona que la padece, lo cual va a producir ansiedad como una alteración del estado emocional secundario a temores del desarrollo de la enfermedad. El dolor es una de las sensaciones que más condiciona la respuesta psicológica ante la enfermedad. Nieto y Abad (2004), señalan que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, y en los casos de enfermedades crónicas mencionan que la medicina ha prolongado las expectativas de vida que actualmente tienen los pacientes, sin embargo esta

prolongación se logra a costa de una menor calidad de vida y de una incidencia más alta de cuadros dolorosos.

Otra de las sensaciones más intensas y desagradables que experimenta el enfermo es la soledad, ya que por más que su círculo social, como familiares y amigos, le hagan saber que están a su lado en todo momento, el enfermo no dejará de sentirse profundamente sólo, esto es acompañado con el temor a la muerte que probablemente sean las dos emociones más intensas que suscita la enfermedad (Gallar, 2002).

Cornago (2007), por su lado describe las primeras sensaciones que presenta el individuo ante la enfermedad, las cuales son:

- Peligro y miedo para la vida.
- Pérdida del bienestar físico.
- Repercusiones económicas.
- Alteraciones de la dinámica familiar.
- Pérdida de autonomía.

Todas estas van a variar de acuerdo a la persona, pues la enfermedad se vive de forma individual, teniendo diferentes concepciones de cómo es que el enfermo concibe su propia enfermedad, ya que existen pacientes tímidos que la viven con vergüenza o como un castigo, también hay pacientes narcisistas, los cuales no aceptan el deterioro que su enfermedad les causa.

Gallar (2002), describe de una manera concisa el proceso de enfermedad, que consta de una serie de etapas básicas en las cuales el enfermo puede experimentar actitudes y conductas en función de su personalidad y de su contexto. Éstas son:

- Etapa inicial: en donde el enfermo percibe los primeros síntomas y signos de la enfermedad que pueden ser interpretados bajo la influencia de su experiencia previa, creencias, expectativas etc. De igual manera el enfermo

expresa respuestas de afrontamiento, dejación e ignorancia hacia la propia enfermedad.

- Conciencia de enfermedad: la persona admite que está enferma, tomando acción sobre la opción de tratamiento, opciones sanitarias a las que asistirá, los métodos de medicina popular, entre otros.
- Contacto con la asistencia sanitaria: aquí el paciente se enterará de su diagnóstico, el cual puede o no aceptar, además de saber qué posibilidades existen para éste.
- Fase de estado de la enfermedad: el individuo asume el rol de enfermo, encontrándose en una situación de dependencia del personal sanitario, familia, amigos etc.
- Fase de convalecencia: ésta etapa es positiva pues el paciente nota una mejoría progresiva.
- Curación/muerte/secuelas: en el caso de las enfermedades crónicas como la IRC, se cuidarán las complicaciones que se pudieran presentar en la opción de tratamiento, no olvidando el apoyo psicológico para afrontar la enfermedad viviendo una calidad de vida satisfactoria bajo sus limitaciones.

Así pues, es importante señalar que para determinar los efectos psicológicos que implica la IRC, es necesario conocer las modificaciones que el paciente y la familia tienen que hacer para obtener un bienestar óptimo. Por ello existen factores que influyen en una rehabilitación más idónea y completa, los cuales tienden a considerar aspectos físicos, psicológicos, familiares y socioeconómicos en pacientes sometidos a diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.

El ingreso al tratamiento de diálisis por ejemplo, desencadena una situación de crisis al cien por ciento en la que el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse a su nueva vida, en función a las limitaciones de su enfermedad, considerando la idea de que pueda necesitar apoyo psicológico para lograr una mayor mejoría a corto plazo. Por su parte, Amigo, Velázquez, Fernández, Rodríguez y Pérez (1998), mencionan que habitualmente los pacientes renales no

consideran que los cambios que se observan en su comportamiento se deban a alguna alteración psicológica y tienden a pensar que su estado de inquietud es comprensible por la situación en la que se encuentran. Las alteraciones producidas en muchas ocasiones son ciertos sentimientos de resentimiento y hostilidad hacia las personas que los rodean incluyendo médicos y enfermeras, así como en algunos pacientes se observa cierto temor a expresar sus sentimientos negativos hacia a aquellos de los que depende su tratamiento.

En general, estos pacientes se encuentran vulnerables de caer en un estado físico y emocional grave, por ello se necesita la ayuda del medio hospitalario y sus familiares para que puedan apegarse lo más posible a lo que es una buena calidad de vida. Abraham y colaboradores (1971, citados en Velasco y Sinibaldi, 2001), distinguen cuatro fases en la evolución psíquica de los pacientes con IRC, los cuales son independientes del contexto social, familiar o intelectual del paciente:

- 1) Estado psíquico en la uremia terminal: en esta fase el paciente a nivel psicológico se encuentra en estado difícil y confuso en el que restringen la idea de la necesidad de iniciar algunos de los tratamientos de IRC.
- 2) El retorno de entre los muertos: esta fase ocurre en los primeros meses de diálisis, y está compuesta de euforia en donde la apatía y el decaimiento desaparecen, pues el paciente se siente alegre y esperanzado por vivir.
- 3) El retorno de entre los vivos: aquí el paciente ha aprendido las ventajas y desventajas del tratamiento enfrentando su nueva situación, en la que se siente débil, ansioso y resiente las presiones ejercidas por su familia y el equipo médico. En esta fase es importante que el paciente ponga orden a su nuevo estilo de vida, de manera que no se convierta en un ser dependiente a los demás, ello para reincorporarse de manera progresiva a su mundo exterior.
- 4) En ésta fase el paciente se planteará sí vale la pena vivir considerando las limitaciones de su tratamiento: régimen dietético, los fármacos, los horarios de diálisis, el medio de transporte a los centros médicos, el apoyo

económico y familiar etc., los cuales se convierten en estados regresivos, depresivos o de negación.

De acuerdo a lo anterior Velasco y Sinibaldi (2001), consideran que “las limitaciones progresivas impuestas por el deterioro continuo que el paciente sufre desencadenan por lo común los estados depresivos. La fatiga, la debilidad muscular, la menor capacidad de trabajo, las limitaciones financieras, la reducción de las funciones sexuales, el dolor y el malestar general, etc., llegan a producir depresiones mayores, en las que el paciente se pregunta si vale la pena vivir en tales condiciones. El paciente conoce los medios de autodestruirse que la propia enfermedad le ofrece y tal vez llegue a utilizarlos; por ejemplo, puede ingerir una sobredosis de medicamentos, consumir alimentos prohibidos, deglutir gran cantidad de agua, o bien, favorecer que se produzca la mutilación, contaminación o inutilización de la entrada de catéter para la diálisis peritoneal o para la hemodiálisis” (p.225).

Asimismo las actitudes de negación forman parte de reacciones inconscientes, las cuales los enfermos con IRC utilizan como defensa para dominar la ansiedad. Por último, después de años de tratamiento el individuo llega a aceptar su enfermedad, no como resignación sino como una aceptación activa que conlleva desafíos y luchas por vencer a la muerte. Entonces el paciente se habitúa a vivir con la idea de que la diálisis o la hemodiálisis forman parte de su vida, sin embargo siempre existirá la sombra de hasta cuándo estos tratamientos serán de utilidad y qué pasará después.

Por otro lado, y como se ha señalado anteriormente, la familia juega un papel de suma importancia en el paciente con IRC, ya que la vida de la familia gira alrededor de la enfermedad, dejando de lado los planes a futuro de los integrantes de ella por la incertidumbre de lo que pudiera llegar a suceder. Los problemas preexistentes dentro de la familia se olvidan por lo que se llega a pensar que con la aparición de una enfermedad las relaciones interpersonales mejoran; no obstante en algunos casos estos problemas se encuentran ocultos y latentes alimentándose de presiones, ansiedades y estrés.

En la mayoría de los casos donde el paciente es un adulto con pareja, ésta usualmente le dedica todo el apoyo necesario, de modo de interrumpir sus actividades cotidianas, por ejemplo, en el caso en donde el paciente sea la esposa su pareja delega su rol de responsabilidad a demás integrantes de la familia, concentrándose en el papel de proveedor únicamente. En este sentido las fronteras con el mundo exterior tienden a cerrarse de manera que la pareja evita el contacto social, el cual se restringe aún más debido a las visitas hospitalarias que se dan comúnmente de 2 a 3 veces por semana (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Ahora bien, en el siguiente apartado se describirá de forma detallada los efectos psicológicos más característicos que posee el paciente con IRC, con el objetivo de conocer cómo es que esta enfermedad afecta psicológicamente al enfermo, causando un deterioro más rápido en su salud física y emocional, originando estilos de vida distintos y una calidad de vida menos óptima.

4. EFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Una vez que el enfermo ha sido diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), éste, junto con su familia, comienza a vivir una serie de estallidos emocionales a causa de la enfermedad y de su tratamiento generando altos niveles de ansiedad, lo cual muchas veces no es comprendido por parte de los servicios médicos. Lo cual solo es el principio del gran abordaje psicológico que presentan los pacientes con IRC. En este apartado se explicarán algunos de los efectos psicológicos más comunes del enfermo renal, causando un deterioro más progresivo en su salud física y emocional.

Joyce y Barrios (2007), parten de la idea de que “los procesos psicológicos del enfermo son los que ayudan a anticipar o a prever la orientación de los procesos somáticos de la enfermedad” (p. 1). Sin embargo, esto no significa que lo psicológico esté por encima de lo biológico o viceversa, sino que los procesos somáticos y psicológicos evolucionan construyéndose mutuamente. Por lo tanto Joyce y Barrios designan la psicología de la enfermedad como una rama de la psicología de la salud, que se dirige a las ideas subjetivas que tiene cada enfermo de su padecimiento.

Ahora bien, se sabe que cada individuo vive de manera distinta su enfermedad y por ende experimenta de diferentes maneras sus emociones. En el momento en el que las personas se enteran de su enfermedad crónica experimentan una pérdida (de salud/autonomía) ante la que reaccionarán inicialmente mediante una negación, enojo, desesperación, depresión y reconciliación o aceptación de la enfermedad. Todas estas, entre otras reacciones emocionales, son pre causas de insatisfacción por el tratamiento recibido, lo que significa que un mal estado psicológico afecta la calidad de vida del paciente (Oblitas, 2009).

También se reconoce que no todos los pacientes con IRC experimentan los mismos efectos psicológicos, esto va a depender del significado que cada

individuo tenga de su enfermedad. Algunos de los efectos psicológicos más comunes que presentan los individuos con IRC son:

1. Negación
2. Ira
3. Ansiedad
4. Depresión y Duelo
5. Estrés
6. Afrontamiento
7. Miedo
8. Celos y envidia
9. Culpabilidad y vergüenza

A continuación se ofrece una descripción detallada de estas reacciones emocionales, con el fin de entender y comprender a la persona enferma.

4.1. Negación

De acuerdo con Shelley (2007), la negación es un mecanismo de defensa en donde las personas evitan las implicaciones de una enfermedad, se conoce como una reacción común ante algún tipo de enfermedad crónica. Aquí los pacientes pueden actuar como si la enfermedad no existiera o no fuera tan severa.

En las primeras fases de la insuficiencia renal, la negación suele persistir durante más tiempo pues los pacientes comúnmente no suelen presentar síntomas, sino hasta que el enfermo se encuentra en un estado urémico que es en donde responde a la cuestión ¿por qué yo?, siendo el enojo la reacción que tiende a ser reprimida con más frecuencia.

Durante la fase de rehabilitación, la negación suele tener efectos negativos, ya que las personas con gran negación acerca de su padecimiento muestran poca adaptación al régimen del tratamiento. Por su parte Nieto y Abad (2004), señalan que bajo el modelo de Kubler-Ross, la fase de negación se caracteriza porque el

paciente experimenta una sensación de incredulidad al saber su diagnóstico y el pronóstico consiguiente.

La negación no es un estado en el camino hacia la aceptación, sino es la compañía constante de los pacientes que afrontan la realidad de la enfermedad. Incluso, las personas en las etapas finales de sus enfermedades, pueden negar la posibilidad de muerte.

4.2. Ira

La ira es una emoción que se presenta en la segunda fase que se caracteriza por el enfado que se tiene contra el entorno, ya que el paciente se rebela ante la situación que está viviendo, incluso ante la injusticia que él se ha producido. El individuo experimenta una gran perturbación emocional, respondiendo con ira hacia sus familiares y amigos.

Doka (2010), menciona que la ira es otra respuesta habitual ante las enfermedades crónicas. Y considera que es normal que el individuo se enfurezca porque la enfermedad incomode su modo de vivir, complicando su vida y amenazándola con una posible muerte. Asimismo esta ira puede estar dirigida a Dios, pues el enfermo se siente engañado y molesto por su enfermedad, y a su vez suele combinarse con una profunda sensación de injusticia hacia la realidad. En otros casos la ira puede dirigirse hacia otros individuos que pueden ser acusados de responsables, o bien hacia los cuidadores. También la ira puede apuntar contra amigos de los enfermos, ya que un individuo puede sentir que los amigos son insensibles y que no apoyan lo suficiente, expresando sentimientos de irritación, envidia y amargura. Esta irritabilidad provoca que haya rechazo por parte de parientes, amigos y hasta el personal sanitario que a menudo tienen que soportar el cólera de estos pacientes.

Aunque la ira sea una respuesta natural, puede generar demasiada tensión interpersonal, lo que aumentaría aún más el estrés provocado por la enfermedad y

por su tratamiento, lo cual no solamente perjudicaría al propio individuo sino a sus seres cercanos.

Por ello, la ira debería ser evaluada y examinada con mucha cautela por parte de los terapeutas con el objetivo de conducir al enfermo a aceptar y comprender de una forma positiva su propia enfermedad con todas las consecuencias que en ella conlleva, empleando entrenamientos para el control de ira, donde se incluya técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.

4.3 Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa aflicción, y es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una inquietud y por una inseguridad o temor ante una amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud o de intranquilidad, y cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Cía, 2002).

En este contexto, la ansiedad aparece como un factor común después del diagnóstico de la IRC, ya que la mayoría de los pacientes se abruma ante los cambios potenciales en sus vidas y en algunos casos, por la posibilidad de la muerte. Para Cía (2002), los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico y en las emociones. Algunos de los síntomas más comunes son:

- Pensamientos persistentes
- Sensaciones de fallar o de vergüenza
- Palpitaciones
- Sudoración
- Contracturas musculares
- Náuseas, diarrea
- Comerse las uñas
- Morderse los labios

- Presentar inquietud motora
- Angustia
- Miedo
- irritabilidad

La ansiedad es especialmente elevada cuando las personas se encuentran esperando resultados de distintos estudios o de su diagnóstico. Es un problema que suele interferir con el buen funcionamiento del tratamiento, ya que los pacientes ansiosos tienen menos posibilidades de afrontar de una manera efectiva sus tratamientos como la diálisis o hemodiálisis.

En el caso de la IRC, los pacientes suelen presentar ansiedad caracterizándose por experimentar algunos de los síntomas antes señalados, a causa de las preocupaciones que el tratamiento conlleva, por ejemplo, en el caso de una ama de casa con diálisis domiciliaria, su estado ansioso será por pensamientos, angustia y miedo de las posibles infecciones peritoneales que pueda perjudicar su estado físico. O bien, la mayoría de los pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis presentan ansiedad por las preocupaciones que traen consigo los propios tratamientos, como: temporalidad, situación económica, alimentación, o bien la incertidumbre de saber que pasará en un futuro.

Amigo, Fernández y Pérez (1998), señalan que la mayor parte de los pacientes sometidos a diálisis experimentan episodios de ansiedad en algún momento de su tratamiento. Por ejemplo algunas personas desarrollan en conjunto fobias específicas a determinados elementos del procedimiento, como son a las agujas. Normalmente la ansiedad aparece con más frecuencia durante las primeras etapas del tratamiento, y se observa que suele afectar a un 30% de los pacientes.

En estos casos, la función de los psicólogos de la salud es ayudar a los pacientes sometidos a diálisis con entrenamientos de relajación progresiva y de biofeedback para el control de crisis de ansiedad. En un estudio de Cooley, Sutton, Melamed y Privette (1985, citados en Amigo y colaboradores, 1998), se

mostró la posibilidad de reducir los vómitos causados por la hemodiálisis, aliviando la ansiedad que puede provocar el tratamiento y eliminando sus contingencias. Se consiguió inhibir las náuseas que anticipa el vómito mediante entrenamiento en relajación progresiva, manejo de contingencias, establecimiento de metas y desensibilización sistemática.

4.4 Depresión y duelo

Para Kramlinger (2001), la depresión es uno de los problemas médicos más frecuentes en todo el mundo con diversas explicaciones. Ésta puede ocurrir sola o puede ser una complicación de otra enfermedad y puede afectar a cualquiera, independientemente de la edad, raza, nacionalidad, ocupación, nivel económico o sexo. Sin embargo, son las mujeres quienes con más frecuencia tienen episodios depresivos.

Según este autor, la depresión se presenta de cuatro formas: cambios en los estados de ánimo, cognoscitivos, físicos y en el comportamiento.

Cambios en el estado de ánimo:

- tristeza
- inutilidad
- desesperanza
- crisis de llanto
- culpabilidad
- desprecio
- irritabilidad

Cambios cognoscitivos:

- dificultad para concentrarse
- problemas de memoria
- problemas para tomar decisiones

Cambios físicos:

- distorsiones en el sueño y en la comida
- pérdida de peso
- inhibición del deseo sexual
- falta de energía
- dolores de cabeza y espalda

Cambios en el comportamiento:

- descuido del arreglo personal
- pérdida de las relaciones sociales y laborales.

La depresión suele ser el trastorno psicológico más común en personas sometidas a diálisis o hemodiálisis, debido a los síntomas y a los nuevos estilos de vida, causados por su tratamiento. Se tiene en cuenta que durante el primer año de tratamiento el 50% de los pacientes dializados muestran un cuadro de depresión moderada, al igual que se ha demostrado que quien la padece predice una muerte temprana por las complicaciones de la enfermedad renal. Asimismo se destaca la alta incidencia de suicidio en estos pacientes a causa de la depresión. En esta línea se ha observado que a los pacientes se les dificulta el control estricto de la dieta y de los líquidos, provocando en muchas ocasiones un tipo de suicidio encubierto ya que el incumplimiento de estos controles los orilla a tomar una decisión de este tipo (Amigo y colaboradores, 1998).

Los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran con mayor estancia hospitalaria predicen la presencia de depresión por más tiempo, al igual que los pacientes que no cuentan con el apoyo familiar y económico para llevar a cabo su tratamiento, no dejando de lado los pacientes de edad adulta que por estar en la última etapa de su vida, los sentimientos de inutilidad y tristeza refuerzan aun más dicha depresión.

Shelley (2007) considera que, a diferencia de la ansiedad, la depresión puede ser una reacción a largo plazo, en donde los pacientes tienden a

acostumbrarse a vivir con ella, haciendo su calidad de vida más deplorable. Frecuentemente quienes padecen algún cuadro depresivo, experimentan eventos negativos a lo largo de su vida, como: estrés social y falta de apoyo social. Del mismo modo Doka (2010), señala que la presencia de depresión en el transcurso de una enfermedad crónica, puede aminorar la energía para el tratamiento, deteriorar la calidad de vida, conducir a actos suicidas e incluso acelerar la muerte.

Por ello, los pacientes con algún cuadro depresivo deben recibir ayuda con terapia de apoyo, como de la terapia cognitiva de Beck, ya que la depresión en enfermedades crónicas se ha convertido en el aspecto más importante para los proveedores de servicios de salud y para los psicólogos.

Por otra parte, el duelo es una reacción que normalmente las personas sienten con la pérdida de un ser querido, de un animal, cosa o relación, el cual ayuda a soportar anímicamente la pérdida y a proseguir con la vida. Sin embargo, el duelo también es definido como la respuesta a esas pérdidas que en un futuro se pueden experimentar. A éste se le denomina “duelo anticipatorio”, el cual se refiere a una gama de reacciones que se experimentan en el transcurso de la enfermedad (Mittag, 2002).

Ésta reacción que generalmente se siente al vivir una pérdida es una experiencia emocional humana, única y dolorosa que conduce al individuo a adquirir la necesidad de adaptarse a una nueva situación.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica, al enterarse del diagnóstico sufren una crisis de dolor y tristeza, la cual va enfocada a vivir un proceso de duelo que los ayude a aceptar la pérdida que han tenido. Por ejemplo, estas personas padecen la pérdida de salud, siendo ésta lo más importante en la fase crónica en la que se encuentran, e incluso en la etapa mortal en la que muchos pacientes llegan a la unidad de emergencias de los centros hospitalarios para ser atendidos.

4.5 Estrés

Es interesante mencionar que el término “estrés” es usado a lo largo de la historia por todas las personas en su vida cotidiana. Sin embargo pocas conocen su significado, qué lo causa, cuáles son los síntomas y cómo se debe tratar. Cía (2002), considera que el estrés “como término general designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a las que es sometido un organismo humano o animal, en forma aguda o crónica” (p.37). De igual manera también se denomina estrés a la respuesta fisiológica y psicológica que presenta el individuo ante ciertos estresores.

Cía (2002), clasifica los agentes estresores en:

Estrés somático o físico:

- Condiciones ambientales adversas
- Exceso de ruido, contaminantes ambientales
- Actividades físicas excesivas o inexistentes
- Dolor y enfermedades crónicas

Estrés psíquico:

- Éxitos y fracasos personales
- Frustración y ausencia de objetivos
- Situaciones de cambio vital o pérdida de roles ejercidos

Estrés sociocultural

- Familiares: pérdidas conyugales, entre otros.
- Laborales
- Sociales: reducción del espacio vital, entre otros.

Se debe tomar en cuenta de que cada individuo con depresión, reacciona de diferente manera ante ciertas situaciones, siendo vulnerable o no a sufrir estrés, lo cual es un aspecto importante porque los niveles de estrés que el individuo presente afectan su salud y su calidad de vida.

El tener una enfermedad crónica como la insuficiencia renal es un suceso extremadamente estresante, que empieza desde su diagnóstico mismo hasta el largo periodo del tratamiento en el que siempre está presente la incertidumbre continua de lo que pasará en un futuro. Y por ello el estrés mismo puede convertirse en crónico durante este periodo. Doka (2010), considera que muchos de los individuos con enfermedades crónicas manifiestan de forma física este estrés constante en una gama de reacciones físicas como: insomnio, dolores de cabeza, mareos, fatiga y náuseas.

Por ello cuando el estrés se presenta, los pacientes reaccionan bajo ciertas estrategias de afrontamiento, las cuales pueden explicar por qué las personas manejan su vida más o menos óptima.

Trejo y Herrera (2012), en su estudio realizado con pacientes sometidos a diálisis y a hemodiálisis, la muestra fue de 142 personas de 17 a 70 años, 92 de sexo masculino y 50 de sexo femenino, encontraron que los factores que más estresan a los pacientes con IRC son los propios síntomas de la enfermedad como: dolor de cabeza, dolor abdominal, taquicardias, cansancio, insomnio y falta de apetito. Y por otro lado los cambios de vida, los cuales se refieren al tipo de alimentación que se ve limitado a ciertas cosas, así como al control de líquidos y al tiempo utilizado por el tratamiento. Asimismo otro factor que provoca mayor nivel de estrés en personas sometidas a estos tratamientos es el tiempo que llevan con la enfermedad. El efecto de estos factores estresantes está determinado por aquellas circunstancias particulares que rodean a cada paciente. Ya que se ha observado que la aparición repentina de la enfermedad renal se asocia de inmediato con la presencia de problemas emocionales, que de no ser tratados con ayuda especializada pueden hacer difícil el proceso del tratamiento. Es claro darse cuenta de que quienes presentan mayores niveles de estrés son pacientes más jóvenes que llevan más o menos un año de diálisis, esto por el cambio tan repentino que llega a sus vidas.

Por último, Barra (2004), considera que el apoyo social es de gran ayuda para pacientes con enfermedades crónicas. Y éste puede impactar de distintas

formas, por ejemplo, en primer lugar se encuentra el efecto directo del apoyo social en la actividad fisiológica que, muestra menos niveles de frecuencia cardíaca, presión arterial y con una mejor función inmune. Otra forma es el impacto cognitivo, que se refleja en que los pacientes tienen un mejor desempeño en los roles necesarios para afrontar el estrés. En general el apoyo social crea un sentimiento de bienestar y seguridad que es especialmente importante en pacientes con moderados o altos niveles de estrés.

4.6 Afrontamiento

Ante cualquier situación estresante los individuos ponen en marcha pensamientos y conductas a las que se les llama estrategias de afrontamiento. Trejo y Herrera (2012), definen al afrontamiento como el conjunto de acciones dirigidas a tolerar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar.

Dentro de la línea conceptual Espinosa, Contreras y Esguerra (2008, citados en Trejo y Herrera 2012), mencionan que el afrontamiento implica una serie de procesos cognitivos y conductuales que se relacionan entre sí, por una parte depende de la evaluación cognitiva de lo que realmente pasa con el episodio estresante, y por otra las estrategias conductuales utilizadas para aliviar el estrés provocado.

En el caso de pacientes sometidos a cualquier tipo de tratamiento de insuficiencia renal crónica, que causan un elevado nivel de estrés, cada individuo tiende a afrontar de manera diferente la situación en la que se encuentre. Dichas estrategias de afrontamiento no siempre son positivas, ya que van a depender de la personalidad.

Respecto a las estrategias de afrontamiento Trejo y Herrera (2012), en el estudio descrito anteriormente con una muestra de 142 pacientes de diálisis y hemodiálisis, encontraron que las estrategias más utilizadas por estos pacientes

son las actividades distractoras de la situación en el 85% de los participantes, seguido de búsqueda de apoyo social en el 75%, así como las creencias religiosas, la aceptación y desahogarse en un 70%, en el 50% aquellas que ponen un freno al afrontamiento, mientras que el 2% de la población consume alcohol y drogas como estrategia para combatir el estrés. De la misma manera, se concluyó que las estrategias de afrontamiento van a depender del modo de tratamiento en el que los pacientes se encuentren; y quienes las llevan a cabo de una forma adaptativa son aquellos que tienen más de uno año de tratamiento, pues han logrado aceptar la enfermedad, logrando buscar apoyo social y un crecimiento personal.

En este sentido, el paciente con IRC debe recibir atención no sólo de los médicos especialistas, sino de los profesionales de la salud mental para ayudarlos a una mejor adaptación a los nuevos estilos de vida, con estrategias que beneficien su calidad de vida.

4.7 Miedo

La sensación de miedo aparece en el momento del diagnóstico de la enfermedad, ocasionando una crisis que puede tardar mucho tiempo en el enfermo renal. Doka (2010), considera que los miedos incluyen el temor a lo desconocido, a la soledad, a la pérdida de la familia y amigos, a la de las funciones orgánicas y mentales, así como a la del control al dolor y al sufrimiento.

En muchos de los casos, los miedos se centran en lo que la enfermedad y el tratamiento puedan hacer sobre los roles e identidad del individuo. Es el caso de la IRC, ya que es frecuente que los enfermos desde un principio se sientan temerosos por lo que está pasando en su organismo y qué consecuencias puede traer la enfermedad si no se lleva a cabo el tratamiento necesario para su mejora. Además de que al saber que el tratamiento es para toda la vida, después de la colocación del catéter, el individuo se siente con miedo a los efectos secundarios que éste pueda tener.

Otros miedos pueden centrarse en el proceso de muerte o en la capacidad de los demás para afrontar la enfermedad y la posible muerte.

Usualmente los miedos vienen acompañados de ansiedades que aumentan y disminuyen a lo largo de la enfermedad, sin embargo en los pacientes renales siempre van a existir por las posibles recaídas que se pueden sufrir, provocadas por infecciones, mala alimentación, poca adherencia al tratamiento e inasistencia a las consultas médicas, entre otras.

Aunque el miedo, así como la ansiedad, sean reacciones completamente naturales y comprensibles para la enfermedad, suelen ser destructivas y discapacitantes. Por ello es necesario que los terapeutas evalúen constantemente los niveles de ansiedad y miedo de los pacientes, para que estos puedan afrontar su vida de una manera óptima.

4.8 Celos y envidia

Doka (2010), considera a los celos y a la envidia como dos emociones comunes en las relaciones humanas. Y frecuentemente las personas con alguna enfermedad crónica suelen experimentar ambas, por ejemplo, un individuo puede sentir celos por la buena salud de los demás, incluyendo familiares, amigos y los propios compañeros de los programas de los diferentes tratamientos. En algunos casos, Doka señala que las personas enfermas pueden estar resentidas hacia aquellos que no parecen apreciar su salud, que malgastan su tiempo o que llevan vidas que pueden ser destructivas para ellos mismos o para quienes los rodean.

Asimismo un individuo puede sentir celos de aquellas personas que parecen estar respondiendo positivamente al tratamiento, así como de aquellas que afrontan su enfermedad con mayor efectividad o que aparentemente están recibiendo más apoyo por parte de su familia, amigos y servicios médicos.

Se reconoce a los celos y a la envidia como dos reacciones negativas, los cuales orillan al enfermo a sentirse culpable en ciertas ocasiones, por lo que es

necesario que los terapeutas ayuden a que reconozcan que dichas preocupaciones son normales, ayudándoles a sentirse motivado a revisar que dichas emociones pueden estar influyendo de manera significativa a sus respuestas a la enfermedad y al tratamiento sometido. No obstante, los familiares de los enfermos también pueden sentir celos y envidia de otras familias que no han sufrido el castigo de alguna enfermedad mortal, o en su caso de otras familias que pueden estar afrontando de una menor manera el proceso de enfermedad, logrando tener un mayor control de los posibles inconvenientes que se pueden presentar durante el tratamiento.

4.9 Culpabilidad y vergüenza

Así como los celos y la envidia, el sentirse culpable y avergonzado son reacciones comunes ante la enfermedad. El paciente renal puede sentirse culpable por sus conductas personales y los estilos de vida que pudieron haber contribuido a la enfermedad tales como, la mala alimentación, el sedentarismo, la falta de ejercicio, etc.

También el enfermo puede sentir culpa moral, al pensar que recibe la enfermedad como un castigo por haber cometido una ofensa a alguien más. En estos casos, los individuos consideran que es un castigo de Dios o una señal del karma cósmico, y es ahí donde el sentimiento de vergüenza se hace presente. En otros casos se puede sentir culpa de no haber aprovechado el tiempo para evitar cualquiera de los tratamientos. Por ejemplo, una mujer que al caer en estado inconsciente por el síndrome urémico tan avanzado, al ser rehabilitada puede sentirse culpable por no haber actuado de forma asertiva para evitar caer en dicho estado. De la misma forma, ésta puede expresarse como culpa por ser una carga, la cual se siente particularmente en pacientes con enfermedades crónicas como la IRC en la que se requiere mucha ayuda de los demás, ya que por el modo de vivir con la enfermedad afecta la vida de quienes rodean al paciente.

4.10 Autoimagen y autoestima

Se entiende que una enfermedad crónica puede generar cambios drásticos en el individuo, así como en el autoconcepto y autoestima, que son percepciones y evaluaciones positivas o negativas que el individuo hace de sí mismo, muchos de estos cambios pueden ser temporales, pero otros permanentes, tales como el deterioro mental que se asocia con las enfermedades.

Shelley (2007), menciona que la imagen corporal es la percepción y evaluación del funcionamiento físico y de la apariencia. En los casos de individuos con enfermedades crónicas su imagen corporal va cambiando a lo largo del padecimiento y es de suma importancia porque puede mejorarse a través de las intervenciones psicológicas y educativas. Así pues, una pobre imagen corporal está relacionada con baja autoestima y un aumento a la depresión y la ansiedad. También puede influir en la forma en que la persona se adhiera al curso del tratamiento y cuanta voluntad presente.

En una enfermedad como la IRC, uno de los aspectos emocionales que más afectan en una persona es la autoestima, que es entendida como la evaluación que hace constantemente el individuo de sí mismo, en la que realiza una actitud de aprobación o rechazo, e indica el grado de sentirse capaz, exitoso y valioso. Ya que a causa de los síntomas de la enfermedad, el paciente tiende a cambiar su apariencia física, teniendo a muchos de los pacientes con una construcción negativa de ellos mismos a causa de los cambios físicos y cognitivos. En un estudio realizado por González(2012), el objetivo era identificar si la Insuficiencia Renal Crónica en pacientes sometidos a diálisis peritoneal en el Hospital General de la Zona de Medicina Familiar No. 02 de Salina Cruz, Oaxaca, influye de manera singular sobre su funcionalidad familiar y niveles de autoestima, se aplicó el cuestionario de Coopersmith con el fin de conocer los niveles de ésta a 130 pacientes sometidos a dicho tratamiento, en donde encontraron que más de la mitad de los pacientes tienen autoestima media, lo cual significa que en pacientes con IRC el autoestima se ve afectada conforme la enfermedad avanza en donde en algunos casos se refleja un cambio físico drástico.

4.11 Calidad de vida

Con todo lo anterior, la calidad de vida tiene gran atención en el manejo de las enfermedades crónicas degenerativas, ya que tiene varios componentes del funcionamiento físico, estatus psicológico, funcionamiento social y sintomatología relacionada con la enfermedad o con el tratamiento de la misma.

En general, todos los aspectos descritos anteriormente de no ser atendidos por profesionales especialistas tienden a afectar la calidad de vida de los pacientes sometidos a cualquier tratamiento de la IRC, ya que éstos se encuentran en una constante vulnerabilidad a lo largo de su padecimiento.

De acuerdo con Oblitas (2009), la definición de calidad de vida ha ido transformándose conforme pasa el tiempo. Actualmente “el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico” (p.249).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud la define como el completo estado de bienestar físico, mental y social de una persona. Por lo que desde esta perspectiva los profesionales de la salud tienen la obligación de entender la enfermedad desde estos tres factores. Considerando como objetivo prolongar la vida del paciente, reduciendo la mayor cantidad de síntomas asociados a la enfermedad y al tratamiento.

En general, las enfermedades crónicas degenerativas como lo es la IRC afectan la calidad de vida de quien la padece y de sus familiares, ya que las consecuencias de los tratamientos y los nuevos estilos de vida requieren un cambio sustancial en la forma de vivir de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales y sociales, por eso la importancia de recibir la atención necesaria para que el paciente sea capaz de afrontar la enfermedad y su tratamiento eficazmente.

5. ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La propia naturaleza y la complejidad de la insuficiencia renal crónica (IRC) y de sus diferentes tratamientos indican un alto nivel de probabilidad en los pacientes de que ocurran problemas que no solamente les van a afectar a ellos mismos, y en general a su calidad de vida, ya que como se ha visto, la IRC perjudica la integridad del propio paciente en su totalidad y de sus familiares. Así también el impacto del ser diagnosticado y el afrontamiento de la enfermedad representan la posibilidad de que la ayuda psicológica sea necesaria para todos aquellos pacientes recién enterados de su enfermedad y los que tienen tiempo con ella.

De acuerdo con Buceta, Bueno y Mas (2000), la intervención psicológica en el campo de la salud abarca cuatro grandes objetivos, el primero de ellos es la prevención primaria, la cual incluye estrategias comportamentales para fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están en el organismo de la persona, el segundo es la prevención secundaria que contempla el empleo de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo, el tercer objetivo es el dirigido al tratamiento de enfermedades que se refiere al uso de programas de intervención para la modificación y alteraciones ya consolidadas en la persona, por ejemplo, el empleo de técnicas comportamentales para superar el dolor crónico de cabeza. Finalmente, en el caso específico de la IRC, la prevención terciaria es de nuestro interés, ya que se basa en la aplicación de estrategias con dos metas fundamentales; reducir la probabilidad de las recaídas en alteraciones ya superadas y aliviar los efectos perjudiciales que se derivan de los trastornos crónicos. Por lo que al considerar estos objetivos, la intervención comportamental puede dirigirse a alguna de sus tres áreas: la primera es el control del estrés, que se refiere a la modificación de situaciones estresantes modificando los pensamientos irracionales que se pudieran presentar. Otra de las áreas es el aprendizaje o eliminación de comportamientos habituales que pueden favorecer o perjudicar la salud. Y por último la tercera área que va dirigida a la modificación de

respuestas o condiciones ambientales específicas de cada trastorno, por ejemplo, disminuir la presión arterial de una persona hipertensa.

En definitiva, es importante señalar que el trabajo de los psicólogos es intervenir de forma directa no solamente con los especialistas sanitarios, sino con los pacientes para que dominen ciertas habilidades que les permitan autocontrolar su propia conducta, y así ayudar a conservar la vida de una forma saludable física y emocional. Desde hace más de 10 años, en ciertos hospitales, los psicólogos son los encargados de realizar intervenciones para pacientes con diálisis y hemodiálisis, con el fin de ayudarlos a aceptar su enfermedad y lograr una adhesión óptima a los tratamientos. La idea del presente capítulo es brindar alternativas inscritas en un entrenamiento para el dominio de habilidades eficaces que favorecerán el buen funcionamiento psicológico en los pacientes con IRC, controlando el estrés de la enfermedad y de sus tratamientos para así desarrollar hábitos saludables y adoptar estilos de vida sanos. Dichas habilidades que los pacientes pueden adquirir incluyen el dominio de autorregistros, el establecimiento de objetivos, técnicas de relajación, autoinstrucciones, autoafirmaciones, autorrefuerzos, detención del pensamiento, técnicas para la solución de problemas, habilidades interpersonales, estrategias para programar el tiempo y de afrontamiento que puedan resultarles útiles (Buceta y colaboradores, 2000).

Ahora bien, reconociendo el trabajo tan exclusivo del psicólogo en campos de la salud que trabajan con médicos, enfermeras, nutriólogas, entre otros, tienen la responsabilidad de brindar sus conocimientos a los pacientes y familiares con IRC, con el fin de tomar las decisiones pertinentes para el proceso de enfermedad-tratamiento que modificará la vida en general del propio paciente. No dejando de lado a aquellos pacientes que a causa del estrés y la ansiedad generada por la diálisis o hemodiálisis, presentan un desequilibrio emocional que les impide tener una calidad de vida plena acompañada de una enfermedad crónica degenerativa.

A continuación se propone un programa como una alternativa de tratamiento psicológico en distintas situaciones, como: etapa de la enfermedad, nivel de deterioro, estrategias de afrontamiento, entre otras, que presente el

paciente con IRC, con la finalidad en primer lugar de informar a las personas y a sus familiares sobre la enfermedad y todas sus características, además de enseñarles algunas técnicas psicológicas que servirán para afrontar de forma positiva la IRC. Dicho programa consta de tres fases las cuales se describirán a continuación:

FASE 1

Objetivo:

Informar a los pacientes y a sus familiares sobre la IRC y sus características con el fin de reducir el estrés y la ansiedad para una mejor toma de decisión del tratamiento.

Temas a abordar:

- ¿Qué es la IRC?
- Síntomas
- Causas
- Tipos de tratamiento
- Dieta y recursos materiales

Material:

- Folletos (Ver anexo 1)
- Manuales de la IRC
- Presentaciones en Power Point

Lugar:

Un salón cómodo para llevar a cabo las actividades de la fase que preste el centro hospitalario.

Procedimiento:

La actividad de realizará a partir de la necesidad de que los pacientes conozcan más sobre la enfermedad. La información debe ser comprensible, directa y específica de los temas a abordar. Además se brindará la oportunidad de que los pacientes y sus familiares realicen preguntas sobre sus dudas, para lograr una explicación más completa.

Se organizará un grupo de pacientes con IRC que estén a punto de tomar la decisión de someterse a algún tipo de tratamiento, tomando en cuenta las condiciones y el estado en el que se encuentra la persona, al cual se le otorgará la información de los temas antes mencionados con ayuda de material didáctico para facilitar su comprensión. Como primer punto y con ayuda del psicólogo se realizará un procedimiento de relajación muscular para evitar un estado estresante en los pacientes y familiares, logrando que se sientan cómodos y en confianza para llevar a cabo las actividades de la primera fase. Después se hablará de qué es la IRC, cuáles son sus síntomas, así como qué la causa, los tipos de tratamiento y cuáles son los cuidados que se deben de tener, esto con ayuda de los médicos especialistas, enfermeras, nutriólogos y psicólogos, que tendrán la función de expositores, además de que ayudarán a esclarecer las dudas que los pacientes y los familiares tengan a lo largo de la sesión.

Finalmente se les dará oportunidad a los pacientes y familiares de tomar la decisión de someterse al tratamiento que su cuerpo necesita ya estando enterados de la IRC y de todo lo que conlleva. Así pues, para aquellos pacientes que hayan tomado la decisión de insertarse al programa de diálisis peritoneal deberán seguir las instrucciones del médico encargado para comenzar con la operación, tomando en cuenta las opiniones y dudas que el paciente y su familia tengan con respecto a ésta, con el fin de que el mismo paciente tome el rol activo ante su enfermedad. Después los familiares seguirán las indicaciones de las enfermeras para las capacitaciones correspondientes para llevar a cabo el procedimiento de diálisis en casa, y a su vez las trabajadoras sociales informaran sobre los recursos y las condiciones que el hogar debe tener para recibir la aprobación del centro hospitalario para el tratamiento. En el caso de los pacientes

con hemodiálisis, de la misma forma seguirán las instrucciones del médico encargado para agendar las citas cada semana y así poder cumplir con el tratamiento. Nuevamente la idea de dicha fase es crear un grupo de discusión en la que los pacientes y sus familiares expongan de manera libre sus preocupaciones, limitaciones y las posibilidades que tengan con respecto al tratamiento.

FASE 2

Objetivo:

Se espera que en esta fase los pacientes y los familiares hayan tomado la decisión de comenzar el tratamiento a diálisis o hemodiálisis según su condición y que a su vez estén adheridos a éste. Así pues, se abordará el lado emocional principalmente de los pacientes pero también de sus familiares con el fin de compartir su experiencia con personas que viven con la misma enfermedad y tratamiento, conociendo los cambios en los estilos de vida y las consecuencias emocionales que contraen.

Temas a abordar:

- Cuéntanos tu experiencia con la IRC
- Cómo te sientes ahora con la IRC
- Qué piensas sobre tu nueva manera de vivir

Lugar:

Se hablará con la Institución para que facilite un salón o un auditorio para poder llevar a cabo la actividad.

Procedimiento

El psicólogo será el coordinador de dicha actividad, en la cual participarán principalmente los pacientes que estén con algún tipo de tratamiento.

Primero se dividirá el grupo en dos, el primero de ellos lo conformarán los pacientes con el tratamiento de diálisis peritoneal, y el segundo los pacientes con hemodiálisis. Cabe señalar que la opción del tratamiento de trasplante de riñón no se tomará en cuenta para armar un tercer grupo, ya que por la falta de donadores, ésta casi no se lleva a cabo en los centros hospitalarios.

En esta segunda fase, ya establecidos ambos grupos en diferentes horarios, se armará un círculo en donde primero se llevará a cabo un procedimiento de relajación con el objetivo de facilitar el siguiente paso de la fase, en el cual cada uno de los integrantes contará su experiencia de una manera libre y sin prejuicios, por medio de discusiones que se iniciarán de manera voluntaria con el afán de compartir sus vivencias, de modo que los participantes se motiven para expresar sus emociones sobre su nuevo cambio de vida.

La psicóloga debe de estar capacitada para entender, aliviar y resolver las dudas que surjan a lo largo de la discusión, así pues llevará de la mano cada historia con el fin de retroalimentar de forma positiva a cada paciente. Finalmente se concluirá con una breve explicación del estado anímico de las personas con alguna enfermedad crónica, mencionando la importancia que tiene el ser visto por un profesional de la salud mental y a su vez citará a los participantes a una última fase para hablar más a fondo sobre las emociones que se presentan con mayor probabilidad, así como algunas técnicas de tratamiento.

FASE 3

Objetivo:

La idea es que en esta fase se le dé importancia al lado emocional de los pacientes, ya que muchos de ellos son ajenos a expresar libre y abiertamente cómo se sienten, logrando encapsular todas sus emociones hasta llegar a sentirse avergonzados de su estado de ansiedad y depresión.

Temas a abordar:

Principales efectos emocionales que presenta el paciente con IRC:

- Negación
- Ira
- Ansiedad depresión y duelo
- Estrés
- Afrontamiento
- Miedo
- Celos y envidia
- Culpabilidad y vergüenza
- Autoimagen y autoestima
- Calidad de vida

Material:

- Laminas ilustrativas (Ver anexo 2)
- Presentaciones power point
- Cañón y computadora
- Folletos

Lugar:

El salón facilitado por la Institución.

Procedimiento:

El psicólogo encargado de los grupos explicará de forma clara y abierta cuáles son los principales efectos que se presentan en los enfermos con IRC, con el fin de hacerles saber que es normal pasar por un proceso de aceptación de la enfermedad acompañada de dichos factores a los que se les debe tomar la suficiente importancia, para lograr adoptar estrategias positivas que ayuden a una mayor adaptación a los nuevos estilos de vida.

Con ayuda del material didáctico, el ponente expondrá cada emoción y sus características dentro de la enfermedad, brindando la oportunidad de que los pacientes cuestionen sus dudas y comenten sus casos en particular.

Finalmente el psicólogo encargado del programa explicará de forma general algunas alternativas de técnicas psicológicas que ayudan a afrontar de forma positiva los estados de ánimo negativos que perjudican su salud física y emocional.

Por ello a continuación se presentará un cuadro con los efectos psicológicos más sobresalientes en la IRC explicados en el capítulo anterior y sus posibles alternativas de tratamiento que los pacientes pudieran llevar a cabo para un mayor equilibrio emocional, los cuales serán explicados de forma clara y sencilla para la comprensión de los pacientes los cuales tendrán la libertad de compartir su experiencia con alguno de estos efectos, a su vez cómo ha sobrellevado la situación, cómo le ha afectado, qué ha hecho para no sentirse así y lo más importante, si le ha tomado importancia a sus emociones. Aunado a esto, se propone en los casos en donde algunos de los integrantes del grupo entre en alguna emergencia durante las sesiones, tomar en cuenta la técnica de intervención en crisis, que de acuerdo con Valladares (2012) en Valladares y Rentería (2012), tiene el objetivo de proporcionar apoyo, reducir mortalidad y enlazar recursos adicionales.

EFFECTO PSICOLÓGICO	ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO
	La negación es el primer mecanismo de defensa del individuo ante la enfermedad; sin embargo al ser diagnosticado con IRC, el enfermo se siente ansioso y estresado a pesar de que reprime tal reacción. Por ello en primer lugar se propone un

Negación	<p>entrenamiento de relajación con la modalidad con la que más se adecue el paciente, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relajación progresiva - Relajación a través de la imaginación <p>Del lado cognitivo, se empleará un programa en el que los pensamientos sean reestructurados completamente, con ayuda de la terapia cognitiva de Beck o la terapia racional emotiva de Ellis. Además se proporcionará información más detallada sobre la enfermedad y sus tratamientos.</p>
Ira, celos y envidia	<p>La ira es una respuesta natural en el proceso de enfermedad, por esta razón debe ser tratada con cautela por parte de los terapeutas con el fin de conducir a los enfermos a aceptar y comprender de forma positiva su propia enfermedad.</p> <p>Algunas alternativas para tratar la ira son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación (con la modalidad pertinente según el paciente) - Entrenamiento para el control de ira, el cual ayudará a que el paciente sea capaz de manejar ésta de forma positiva y así poder controlarse con respecto a su enfermedad. <p>Dentro de este tratamiento se pueden tomar en cuenta los celos y la envidia que el paciente pudiera presentar, ya que así como la ira, éstas son dos reacciones negativas que orillan al paciente a sentirse culpable por su estado físico. Por ello se recomienda tener en cuenta la terapia cognitiva de Beck, para identificar los pensamientos negativos que están perjudicando al paciente y así poder reestructurarlos de modo que el paciente se sienta motivado para armarse de las estrategias y así sentirse motivado por alcanzar un estado físico y emocional óptimo.</p>
	La depresión es uno de los trastornos más comunes en las

<p style="text-align: center;">Ansiedad, Depresión y miedo</p>	<p>personas con insuficiencia renal crónica. Sin embargo, existen tratamientos psicológicos que los terapeutas pueden emplear en sus pacientes que se les han sido canalizados. Algunas de las técnicas pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La terapia de apoyo, tiene el objetivo de que el paciente retome un equilibrio emocional reduciendo la ansiedad y puede ser utilizada en pacientes con cualquier enfermedad, específicamente en aquellas donde exista un grado intenso de ansiedad como lo es la IRC. Ésta tiene diversas técnicas como la liberación de sentimientos, estimular la socialización, dar seguridad y esperanza, entre otros. Además esta terapia proporciona un periodo de aceptación de un paciente que necesita ayuda. - La terapia cognitiva de Depresión de Beck que ayudará al paciente a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le proporcionan conductas y emociones negativas ante la enfermedad, así como las recaídas que se pudieran presentar. Con ésta terapia se pueden aplicar diferentes técnicas como el autorregistro de aquellas cogniciones negativas que pudieran anticipar el episodio depresivo ante la diálisis o hemodiálisis. Dentro de ésta se puede llevar el establecimiento de objetivos ante el tratamiento, el entrenamiento de relajación. <p>En el caso de la ansiedad y el miedo, las cuales son reacciones muy naturales para la enfermedad, se puede llevar a cabo procedimientos de relajación muscular progresiva y desensibilización sistemática para reducir los niveles de ansiedad al someterse a diálisis o a hemodiálisis (particularmente en situaciones en donde el paciente sienta</p>
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	miedo al obtener una infección al estar recibiendo el tratamiento, a la alimentación, etc.).
Estrés	<p>El tratamiento de la IRC y los estilos de vida del paciente normalmente generan estrés en su vida. Por ello los especialistas deben tomar atención en éste para evitar una recaída y hacer que su vida sea lo más parecida a lo que era antes de la presencia de la enfermedad. La propuesta es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El entrenamiento en inoculación de estrés es un procedimiento a través del cual las personas aprenden a conceptualizar y valorar adecuadamente las demandas estresantes, adquiriendo un repertorio de habilidades para afrontar el estrés. Este entrenamiento se compone de tres fases. La primera es en donde el terapeuta instruye al paciente acerca de en qué consiste el acontecimiento estresante o doloroso al que se enfrenta, cómo puede controlarse, los recursos con los que cuenta y las estrategias que una vez aprendidas le ayudarán a resistir el estrés (Buceta, Bueno y Mas, 2000). - Desensibilización sistemática, que consiste en diversos pasos a seguir: el primero de ellos es el entrenamiento de relajación, después realizar un listado de todos los temores que presente el paciente o todas las situaciones estresantes, y con ellas construir una jerarquía de menor a mayor intensidad de ansiedad, y finalmente avanzar una por una a través de la imaginación hasta que la ansiedad desaparezca totalmente.
Afrontamiento y calidad de vida	Las estrategias de afrontamiento no muchas veces son positivas ante la IRC, por ello el terapeuta ayudará al paciente a elegir estrategias positivas que ayuden a afrontar los tratamientos de una manera efectiva y así poder tener una calidad de vida positiva. Algunas estrategias son:

	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas conductuales como la economía de fichas para fomentar las conductas de higiene y autocuidado en pacientes. - Búsqueda de apoyo social como: la religión, grupos de autoayuda con personas con experiencias similares. - Planificación de actividades: horario de comidas, ejercicio físico, medicación y tiempo libre (salidas al parque, cine, etc.)
Autoimagen, autoestima, culpabilidad y vergüenza	<p>Para ayudar a los pacientes a que eleven su autoestima y no se sientan culpables ni avergonzados por la enfermedad es necesario que el terapeuta ayude a que el individuo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepte su enfermedad y a él mismo - Descubra sus talentos y cualidades que puede desarrollar o fortalecer teniendo IRC - Terapia racional emotiva que ayude a que el paciente modifique las conductas inapropiadas, detecte sus creencias emocionales, se enfrente a ellas y contrarreste las ideas por medio de métodos emotivos, cognitivos y conductuales (Trujano y Olvera en Valladares y Rentería, 2012).

Cabe señalar que después de esta fase los profesionales canalizarán a aquellos pacientes que tengan la necesidad de recibir ayuda psicológica más especializada y personalizada y con tratamientos más completos para la mejora de su salud mental. Así pues el psicólogo encargado tendrá un control más estricto sobre el estado emocional de los pacientes.

En vista de ello, la inserción de programas de intervención por parte de psicólogos de la salud es de suma importancia para los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como lo es la IRC con todas sus

implicaciones, ya que con ayuda de ellos el individuo logra adoptar estilos de vida óptimos que favorezcan un bienestar físico y mental de la persona.

CONCLUSIONES

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) va más allá de ser una simple enfermedad con características fisiológicas, ya que psicológicamente implica una mirada profunda sobre el paciente como ser humano que siente, experimenta y vive su propio padecimiento, enfrentándose a una serie de obstáculos que perjudican la calidad de vida del individuo.

Los pacientes con IRC forman parte de un gran grupo que actualmente va creciendo cada día, y es en los centros hospitalarios el lugar perfecto para analizar el lamentable problema que enfrenta el sector salud, ya que en éstos se observa la mala atención a los pacientes y a sus familiares, además de un ambiente hostil por parte de los médicos, enfermeras y del personal de vigilancia. Asimismo se nota una crisis emocional que no solamente la experimenta el paciente, sino que sus familiares son presas para sentirse desorientados y desequilibrados ante tal situación. Por ello es importante que la IRC sea tratada por un grupo multidisciplinario que ayude a la comprensión y a la aceptación, brindando las estrategias adecuadas para hacerle frente al padecimiento y así poder lograr que el paciente se adecue a su enfermedad, a su tipo de tratamiento y a su nuevo estilo de vida, que le ayudará a sentirse útil, seguro, y vivo.

Como se decía, la IRC es considerada como un problema mundial para la salud, ya que a causa de malos estilos de vida y a otras enfermedades crónicas degenerativas, ésta se hace presente en la sociedad alcanzando altos niveles de mortalidad (Córdova y colaboradores, 2008).

Ahora bien, el enfermo renal percibe cierta vulnerabilidad y pérdida de control de sí mismo, ya que la enfermedad demanda cambios físicos y emocionales que van a estar latentes todo el tiempo en la vida del paciente, el cual tiende a vivir un proceso para comprender que su vida ya no va ser la misma, incluyendo el significado del padecimiento con el fin de integrarla a su vida cotidiana.

El saber que se es propenso a padecer IRC, su diagnóstico y el vivir con IRC no es tarea sencilla para la persona, pues una serie de emociones como miedo, estrés, ansiedad, tristeza, afectan la calidad de vida, por ejemplo, las actividades diarias van a ser modificadas para darle espacio y tiempo a los tratamientos y a las visitas a los centros hospitalarios varios días de la semana, así como se va a sufrir la pérdida de ciertas capacidades en el hogar, en el trabajo y en la escuela, se van a experimentar cambios en la imagen corporal y en los roles ejercidos dentro del círculo familiar, lo cual va a afectar la convivencia y las dinámicas que se tenían anteriormente. Todo esto y más va a afectar el lado emocional de las personas con IRC y de la mano su salud física se va a ver deteriorada cada vez más, originando crisis en la vida del paciente y en la de sus familiares.

El desarrollo de esta enfermedad supone la presencia de situaciones que van a acompañar al paciente en su proceso, como lo es el dolor, la soledad, el estrés, la amenaza de muerte entre otras, las cuales van a suscitar un enorme desequilibrio emocional en los pacientes.

Todo esto se menciona con el afán de hacer conciencia sobre dicha enfermedad, que está formando parte del listado de las causas de mortalidad hoy en día, incluyendo que la atención a los que la padecen sólo es biomédica, olvidándose del lado emocional de la persona y de sus familiares, pues normalmente son los médicos los encargados de evaluar y llevar a cabo el proceso de enfermedad y tratamiento de los pacientes dejando de lado la idea de que éstos sienten una profunda tristeza y miedo de encontrarse con una vida que no va a ser la misma a lo que antes era. Es vital poner interés a la atención psicológica para tratar dicha enfermedad, con el fin de brindar el conocimiento y las estrategias necesarias para afrontar la IRC de una forma positiva, para que el paciente y sus familiares aprendan a convivir con la enfermedad, a dar seguimiento en el proceso de tratamiento para evitar incidentes que con el tiempo se pudieran presentar. Así pues, esta atención psicológica debe de estar acompañada de la disposición para que se brinde los conocimientos necesarios

para saber el origen de la IRC, sus síntomas, la comprensión del historial clínico del paciente, el rol que desempeña dentro de la familia, y a su vez que modificaciones tendría la dinámica familiar con un integrante con IRC.

Por ello, la importancia de la incursión del psicólogo en los campos de la salud, pues es necesario que al enfermo se le ayude no solo en el saber biomédico, sino en el emocional, donde éste tenga la oportunidad de expresarse libremente respecto a sus emociones y de cómo estas afectan su proceso de enfermedad. Es fundamental tomar en cuenta grupos de apoyo, de discusión y terapéuticos en los que los pacientes cuenten con un soporte social, donde existan relaciones positivas entre sus integrantes las cuales se asocian a un bienestar psicológico. Los psicólogos en el campo de salud tenemos el objetivo de orientar al individuo a mejorar su calidad de vida, por medio de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica, no dejando de lado la probabilidad de la ocurrencia de procesos mórbidos. Debemos de ir más allá de conocer la IRC como enfermedad, puesto que tenemos la obligación de cumplir con ciertas tareas que ayuden al enfermo a mantener su salud y prevenir sucesos que la empeoren, así como emplear evaluaciones psicológicas en términos de salud, como métodos psicoterapéuticos, modificación de ciertas conductas etc., que favorezcan su bienestar físico y emocional. También brindar educación y entrenamientos eficaces que transmitan al paciente y a sus familiares aquellos conocimientos de los diferentes factores psicológicos respecto a la enfermedad, pues como se describió en capítulos anteriores, son diversos aspectos los que entran en juego en la estabilidad emocional del paciente.

Finalmente es importante ir más allá de solo ver a la IRC cómo una enfermedad crónica degenerativa, debemos tomar conciencia y conceptualizarla de una forma humana que desgraciadamente se presenta cada vez más en una realidad social que se vive actualmente. Esta nueva visión motiva a tomar en cuenta al paciente en su totalidad, es decir, considerar su círculo social, familiar, laboral, de amigos y sobre todo su entorno personal que implica el cómo se concibe a sí mismo con IRC, y con ello ayudarlo a entender y comprender su

propia realidad, por esta razón es de gran importancia la labor del psicólogo que de la mano puede trabajar con médicos, enfermeras, nutriólogos, entre otros con un fin común “lograr un bienestar físico, social, y emocional en el individuo”.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham y colaboradores (1971). *Insuficiencia Renal Crónica*. En Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Andreu, P. L. (2001). 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona: Masson.
- Barra, A. E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología de la salud*. 14, 237-243.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo Thomson Learning.
- Brown, C. B. (1985). *Manual de enfermedades renales*. México: Interamericana.
- Buceta, J., Bueno, A. y Mas, B. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
- Campos, G. J. (2011). *El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas explicativas del cuerpo humano*. México: Ceapac.
- Centro Nacional de Trasplantes, (2013). Estado actual de donación y trasplantes en México, 3er Trimestre. <http://www.cenatra.salud.gob.mx/>
- Cía, H. A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnostico y Terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Cooley, Sutton, Melamed y Privette (1985). *El tratamiento psicológico del enfermo renal*. En Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Córdova, V. J., Barriguete, M. J., Lara, E. A., Barquera, P. S., Rosas, P. M., Hernández, A. M., León, M. M. y Aguilar, S. C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública en México*, 50 (5).
- Cornago, S. A. (2007). *Para comprender al enfermo*. Madrid, España: San Pablo.

- Daugirdas, T. J., Blake, G. P. y Ing, S. T. (2003). *Manual de Diálisis*. Barcelona, España: Masson.
- Doka, K. J. (2010). *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. España: Desclée De Brouwer.
- Espinosa, Contreras y Esguerra. (2008). *Estrés y estrategias de afrontamiento desde el enfoque de la Psicología de la Salud*. En Trejo, V. C. y Herrera, B. J. (2012). *Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento empleadas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica*. Tesis de Licenciatura publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gallar, M. (2002). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid, España: Thomson Paraninfo.
- González, E. G. (2012). *Insuficiencia Renal Crónica en diálisis peritoneal y efectos sobre funcionalidad familiar y autoestima*. Tesis de Licenciatura publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2012). Causas de Mortalidad en México.
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Joyce, M. L. y Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud: desarrollo e intervención*. México, D.F.: Manual moderno.
- Kramlinger, M. K. (2001). *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. México: Sistemas Inter.
- Lawrence, J. R. (1990). *Enfermedades Renales*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Lin, H. Y. (2011). *Enfermedad Renal Crónica*. Medline Plus.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000471.htm>.
- López, R. F. (2010). *Epidemiología: enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas*. México. D.F.: Manual Moderno.

- Matarazzo (1980). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectiva (I)*. En Oblitas, G. L. (2006). *Psicología de la salud. Teoría y práctica*. Madrid, España: Plaza y Valdez.
- Méndez, D. A., Méndez, B. J., Tapia, Y. T., Muñoz, M. A. y Aguilar, S. L. (2009). Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en México. *El Sevier*. 31 (01).
- Mittag, O. (2002). *Asistencia práctica para enfermos terminales*. Barcelona: Herder.
- Nieto, M. J. y Abad, M. M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid, España: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Oblitas, G. L. (2006). *Psicología de la salud. Teoría y práctica*. Madrid, España: Plaza y Valdez.
- Oblitas, G. L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: International Thompson.
- Organización Mundial de la Salud, (2014). Enfermedades crónicas. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud, (2014). ¿Cómo define la OMS la salud? <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Hospedales, J. y Eberwine, D. (2008). Enfermedades Crónicas: Prevención y control en las Américas. *Organización Panamericana de la Salud*, 2(3), 1-6.
- Secretaría de Salud, (2013). La Insuficiencia Renal Crónica, un mal silencioso que se puede prevenir. <http://www.spps.gob.mx/noticias/1504-la-insuficiencia-renal-cronica-un-mal-silencioso-que-se-puede-prevenir.html>
- Shelley, E. T. (2007). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Trejo, V. C. y Herrera, B. J. (2012). *Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento empleadas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica*. Tesis de Licenciatura publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Treviño, B. A., Fajardo, R. A., González, C. Z., Marques, L. I., Ruiz, V. M., Rosillo, F. G. y Venegor, M. (2008). *Nutrición clínica en Insuficiencia Renal Crónica y Trasplante renal*. México: Prado.
- Treviño, B. A. (1984). *Indicaciones de la diálisis peritoneal en la insuficiencia renal crónica*. México: La Prensa Mexicana.
- Trujano, S. R. y Olvera, M. J. (2012). *Terapia racional emotivo-conductual*. En Valladares, P. y Rentería, R. A. (2012). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. México: UNAM, FESI.
- Valladares, P. (2012). *Intervención en crisis*. En Valladares, P. y Rentería, R. A. (2012). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. México: UNAM, FESI.
- Van Der Adrián (1979). *La psicología en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica*. En Muñoz, P. J. (2010) Tesis de Licenciatura publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO I



DIETA Y RECURSOS MATERIALES

La alimentación es un aspecto de suma importancia en la IRC, pues ésta tiene la función de complementar el tipo de tratamiento para lograr una mejor estabilidad física del paciente, sin descuidar el control de líquidos que se debe de llevar a cabo para evitar una deshidratación o retención de líquidos.

Por otra parte es necesario contar con los recursos materiales para lograr un efecto positivo en el tratamiento. De éstos el servicio de enfermería tiene la obligación de explicar a detalle cuáles son y cuál es su uso dependiendo del tratamiento.

¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA?



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES FES IZTACALA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

*“Tú vida es una gran
ocasión. Crece en ella”*

Suzanne Weyn

¿QUÉ ES LA IRC?

Es la reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho de la sangre y así poder excretarlos a través de la orina, regulando la cantidad de agua en el cuerpo, la sal y la presión arterial.

Es importante señalar que la IRC es definida de distintas formas: coma urémico, enfermedad renal avanzada, enfermedad renal permanente, insuficiencia renal irreversible o insuficiencia renal en etapa terminal.

SINTOMAS

La sintomatología suele ser variada en los pacientes con IRC. Los síntomas más comunes son:

- Pérdida de peso
- Fatiga o cansancio
- Pérdida de sueño
- Anorexia
- Náuseas
- Vómitos
- Digestión deficiente
- Evacuaciones diarreicas

CAUSAS

Al igual que los síntomas, las causas son variadas en cada paciente. Sin embargo las más frecuentes son:

- Enfermedades crónicas degenerativas como: Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial.
- Inadecuados Estilos de Vida como: sedentarismo, mala alimentación, etc.
- Infecciones urinarias



TIPOS DE TRATAMIENTO

Existen tres tratamientos para la IRC que han estado mejorando conforme pasa el tiempo, con el objetivo de ofrecer una modalidad terapéutica más cómoda para los pacientes.

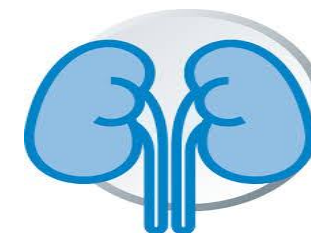
DIALISIS PERITONEAL



HEMODIALISIS



TRASPLANTE RENAL



ANEXO II

Ejemplos de láminas utilizadas para ilustrar los aspectos psicológicos en la IRC.

DEPRESIÓN

Se caracteriza por diferentes cambios en el estado de ánimo que afectan a la persona con Insuficiencia Renal Crónica cómo:

- Tristeza
- Llanto
- Inutilidad
- Desesperanza
- Culpabilidad
- Desprecio
- Falta de energía
- Pérdida de sueño y apetito
- Problemas de salud



AUTOESTIMA

En los casos de individuos con enfermedades crónicas su imagen corporal va cambiando a lo largo del padecimiento y es de suma importancia porque puede mejorarse a través de las intervenciones psicológicas y educativas.



A causa de los síntomas de la enfermedad, el paciente tiende a cambiar su apariencia física, teniendo a muchos de los pacientes con una construcción negativa de ellos mismos a causa de cambios físicos y cognitivos.

