



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

“LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Jesica Berenice Muñoz Ponce

Director: Dr. Arturo Silva Rodríguez  
Dictaminadores: Mtra. Ana Elena del Bosque Fuentes  
Lic. Laura Hernández García



Los Reyes Iztacala, Edo de México, octubre 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*A mi hija Isis, por ser la razón, la luz y la esperanza.  
A mi madre Lili por el apoyo y la fe  
A mi padre Gerardo por no dejarme en paz hasta que lo hiciera  
A mi hermana Karina por las porras  
A mi familia por el apoyo  
A la Familia Ortíz Martínez por la fe y la inspiración  
A los que mas que amigos son hermanos, por estar, ser y permanecer.*

# INDICE

Introducción.....	2
1. El riñón y su funcionamiento.....	7
2. Nefropatía.....	9
2.1 Causas.....	9
2.2 Tratamientos.....	11
2.2.1 Restricción Proteínica.....	11
2.2.2 Tratamiento Hipertensivo.....	12
2.2.3 Terapia insulínica.....	12
2.2.4 Diálisis .....	12
2.1.4.1 Diálisis peritoneal.....	14
2.1.4.2 Hemodiálisis.....	16
2.1.5 Medicina naturista.....	18
2.1.6 Trasplante .....	19
3. Modificaciones en la vida del paciente.....	20
4. Impacto psicológico en el paciente y la familia derivado de la enfermedad.....	25
4.1 Afrontamiento.....	33
4.2 Depresión.....	37
4.3 Ansiedad.....	38
4.4 Redes sociales y familia .....	39
4.5 Duelo.....	46
4.5.1 La religión.....	53
5. El equipo de salud y Síndrome de Burnourt.....	56
Conclusiones.....	62
Bibliografía.....	65

## INTRODUCCION.

*No existe en la tierra bienestar más grande  
que saberse y sentirse dueño de uno mismo.*

*Rebolledo (2003)*

La atención en todos los niveles de la población con enfermedades crónico – degenerativas que asisten a las instituciones de salud privada y de seguridad social es de suma importancia, ya que esta población pasa por un periodo crítico, puesto que de no ser atendido con prontitud y de forma eficiente, su calidad de vida disminuye o puede derivar en la muerte. Pero no solo debemos preocuparnos por la atención de las personas que ya padecen este tipo de enfermedades, es necesario enfocar nuestros esfuerzos en la prevención de las mismas. Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, como los trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, entre otras, lo que pone de manifiesto la necesidad de proponer por la calidad de vida en estos pacientes. (Álvarez, 2001) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud {OMS}(2006), en 2002 se atribuyeron 29 millones de defunciones a este tipo de enfermedades, lo que permite proyectar al 2015 que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas.

Desde los orígenes de la Psicología diversos autores han hecho referencia al vínculo mente-cuerpo, por ejemplo Aristóteles (384-322 a. C.) de la antigua Grecia, verdadero padre de la Psicología; Galeno (130-199 d. C.) con su clasificación de los temperamentos y localización de la razón; y René Descartes (1596-1650) padre de la Psicología moderna y primer gran dualista interaccionista que creía que la mente podría afectar al cuerpo y viceversa. Este último, proponía que el cerebro era el encargado de pensar y el cuerpo era la parte mecánica, y la mente podía interrumpir o modificar este proceso por medio de lo que él llamaba “cuerpo pineal”, de aquí la famosa frase “Pienso, luego existo” que simplifica su percepción de la interacción mente- cuerpo (Keller 1990).

Este tema es tan extenso e interesante que otros investigadores han tenido el interés sobre esto, por ejemplo, Theodor Fechner (1801-1887) fundador de la Psicofísica, es decir, el estudio cuantitativo de la relación entre la vida mental (sensaciones) y ciertos aspectos del mundo físico (estímulos) (Op. Cit.)

Podríamos continuar con una lista interminable de investigadores que han aportado a este respecto. Sin embargo en las últimas décadas ha cobrado gran relevancia el estudio de las somatizaciones y del efecto de la salud sobre el estado mental. El dualismo cartesiano “mente-cuerpo” ha sido sustituido, al menos desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, como bienestar físico, psicológico y social, por una concepción integral del ser humano. Cada persona piensa acerca de su estado físico, tiene unos sentimientos relacionados con él y actúa sobre la base de las posibilidades que le facilitan sus condiciones físicas. No obstante, todo esto ¿es algo más que biología, física y química? Cuando pensamos, hay multitud de neuronas estableciendo conexiones, las emociones incluyen múltiples componentes bioquímicos, y músculos que se contraen y distienden.

Pero nada de esto sucede de modo aislado. Ante cada suceso que percibimos, sentimos de un modo determinado, pensamos sobre él y sobre nuestros sentimientos, y finalmente actuamos sobre la base de la valoración que hacemos del suceso como agradable o no, peligroso o beneficioso, sobre la base de las expectativas de consecuencias y, finalmente, en base a nuestros sentimientos, gustos y deseos. (García JJ, Sanz-Carrillo, 2002)

Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales.( López Ramos, 2002), sin embargo, no solo la aparición de las enfermedades se consideran como psicosomáticas, también el agravamiento de estas, por lo tanto, la actitud que tengamos sobre el tratamiento y nuestra enfermedad, podrá darnos la calidad de vida sin tanto sufrimiento por el hecho de que vamos a morir. Lo cierto es que hay maneras de morir y uno puede elegir morir con miedo, angustia y aferrándose a aquello que se quedará, o bien hacer frente y resolver nuestros pendientes con anticipación, pues no hay que olvidar que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se considera un diagnóstico de enfermedad terminal, por lo que las implicaciones a nivel psicológico se incrementan y se agravan, pues no solo es la pérdida de la salud, sino la inminente muerte.

En los últimos años, el índice de pacientes de enfermedades crónico-degenerativas se ha incrementado drásticamente. Por desgracia son diversos los factores que tienen que ver con este suceso y por ende, el tratamiento de estas enfermedades se torna cada vez más caro y complicado tanto para el paciente como para el personal e instituciones tratantes.

Estas enfermedades tienen diversos efectos sobre la salud física de quien la padece, sin embargo en sus orígenes hay mucho de similar, por ejemplo, el sedentarismo, la mala alimentación y el

estrés. En primer lugar, el estrés y la ansiedad con los que vivimos en nuestros días, nos hace dejar de lado nuestras necesidades fisiológicas y psicológicas básicas, como el sueño, la alimentación, la recreación y la comunicación. Dicho ambiente, tiene que ver también, con el exceso de publicidad en diferentes medios de comunicación en relación con bebidas y alimentos densos en calorías que contienen elevados contenidos de grasas, azúcares, sal, alcohol, y la venta de muchos de estos productos en las escuelas; además la falta de educación para la salud.

Algunas de estas enfermedades son: Diabetes, Nefropatías (insuficiencia renal), Neuropatías, Cáncer, Hiper o hipo tensión arterial, Lupus, Leucemia, por mencionar algunas.

Sin embargo no siempre se presentan por separado, es común encontrar pacientes con dos o más de estas enfermedades, y no se debe a que las personas se enfermen simultáneamente. En la mayoría de las ocasiones, las complicaciones de una enfermedad llevan a otra, un ejemplo constante en nuestro país es la neuropatía derivada de la diabetes tipo 2. En la última Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud, se reportó que la diabetes mellitus afecta entre 8 y 10 % de la población mexicana mayor de 20 años, pero esta prevalencia aumenta sensiblemente en personas entre los 40 a 50 años de edad. (2001)

Ahora bien, dentro de la inmensa variedad de estas enfermedades, la nefropatía (enfermedad de los riñones) que puede originar insuficiencia renal, la cual debe ser tratada por medio de diálisis, que puede ser peritoneal o bien por medio de un riñón artificial, técnica a la que es llamada hemodiálisis. Esta enfermedad es la que trataré en la presente investigación, ya que sus niveles se han incrementado drásticamente en los últimos años, y, aunado a esto, es una enfermedad que puede desarrollarse por el mal cuidado de otras, como diabetes e hipertensión principalmente. (Peña Rodríguez, 2007)

No obstante, los avances en la medicina hacen posible que haya personas viviendo sin un órgano “vital”. Es el caso de las personas sometidas a hemodiálisis (HD), que se benefician de una técnica que ha llegado a un nivel de desarrollo elevado, pero que suele ir asociada a problemas psicológicos, derivados de la insuficiencia renal crónica y de la propia técnica de tratamiento. Esto ha provocado en los últimos años un mayor interés en el estudio de la vivencia de la enfermedad y de las repercusiones psicológicas y sociales de esta situación. (Op. Cit.)

La hemodiálisis, después del trasplante renal, es una opción terapéutica para las personas a quienes padecen insuficiencia renal. De acuerdo a estadísticas médicas, este problema afecta a

uno de cada 100 mil mexicanos. Este tratamiento es indicado en pacientes que por sus condiciones generales de salud sean candidatos a trasplante renal, pues esta terapia les permite mantener por un periodo considerable condiciones de salud óptimas en espera de su cirugía, si se toma en cuenta que la disposición de órganos compatibles es baja y generalmente las personas afectadas deben esperar largos periodos para obtener una donación ([/www.isste.gob.mx](http://www.isste.gob.mx))

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente, disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas al tratamiento y al personal tratante.

El objetivo de la Psicología de la Salud es proponer estrategias de intervención para las instituciones públicas y privadas donde actualmente ha surgido la necesidad de brindar apoyo terapéutico en el afrontamiento de las enfermedades crónicas como lo es la insuficiencia Renal Crónica (IRC) padecimiento que como he mencionado, ha ido prevaleciendo en la población, y cuyo tratamiento y desenlace drástico afecta al paciente y a su familia.(Avilés, Campillo, Rodríguez, 2007)

Sin embargo a nivel institucional se ha dejado de lado el tratamiento integral, pues desde sus orígenes los trabajadores de la salud sólo buscaron nuevos fármacos e instrumentos sofisticados para aplicar una medicina remedial, dejando de lado la prevención de las enfermedades, así como su tratamiento integral, pues, en la mayoría de las ocasiones, el paciente solo se preocupa por que el dolor físico desaparezca, olvidando hacer una revisión de aquello que los ha llevado hasta ahí.

Para esto presentare información de las causas y repercusiones biológicas y psicológicas de la enfermedad, además de la práctica de los tratamientos a nivel médico psicológico, no solo para el paciente, también para los involucrados, es decir, familiares, compañeros de tratamiento, y el personal médico relacionado, esto por medio de la investigación bibliográfica para así, poder concluir en que es lo que los profesionales de la Psicología debemos enfocarnos para el



tratamiento de la Insuficiencia Renal, pues como nos dice la Maestra Ma. Araceli Álvarez Gasca, debemos adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir, las enfermedades epidémicas y endémicas, impartir la educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud de la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades. (2010)

En este contexto se busca aportar elementos para una mayor eficiencia en los servicios de salud y favorecer el trato que no solo se traslada al paciente sino también en la coordinación del trabajo multidisciplinario, en la calidad del servicio y adaptación del medio, de tal manera que se eleve los niveles de atención y se proyecte al hospital como una figura institucional que brinda servicios de calidad. (Esquivel, Campillo, Rodríguez, 2007)

## CAPITULO 1. EL RIÑÓN Y SU FUNCIONAMIENTO

Durante nuestra vida diaria, pocas veces, sino es que nunca, nos detenemos a pensar cómo es que nuestro cuerpo funciona, y mucho menos que es lo que puede alterar este funcionamiento. Es por ello que para entender la complejidad de la Insuficiencia Renal Crónica primero debemos explicar el funcionamiento del aparato urinario, del cual los riñones forman parte vital, para esto, nos apoyaremos en lo que en su Guía para pacientes en Diálisis (2004) explica el Doctor José Peña.

El aparato urinario está conformado por dos riñones que tienen forma de frijol y están situados uno a cada lado de la columna vertebral a la altura de las últimas costillas (fig.1). Miden 11 a 12 centímetros de largo por 6 a 8 de ancho y pesan de 120 a 180 gramos. A cada riñón llega una arteria que lleva sangre al interior del órgano. Esta sangre le lleva materiales de desecho para que el riñón desempeñe sus funciones de filtración, reabsorción y excreción; funciones que dan lugar a la formación de la orina. La orina así formada sale por los ureteros, dos tubos delgados que vierten la orina en la vejiga, donde se almacenan antes de ser expulsada durante la micción.

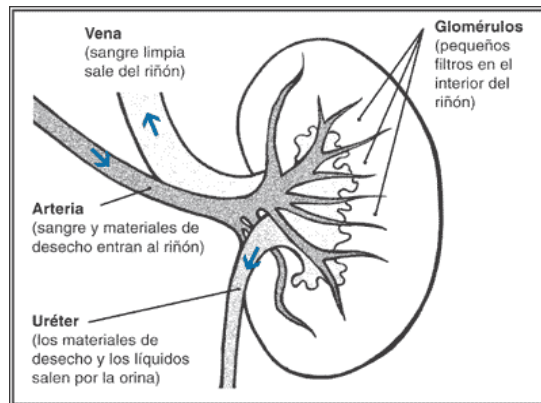


Fig.1 Esquema de los riñones (Google, 2010).

Las funciones más importantes del riñón son la depuración y excreción, regulación de sales (sodio, potasio, cloro, bicarbonato) y el agua del cuerpo, además de esto la producción de hormonas.

Depurar significa limpiar. Cuando se utiliza como término que mide la función renal se refiere a la cantidad de sangre o de plasma que pasó por el riñón a la cual se le extrajo o se limpio en su totalidad de las sustancias contenidas en ella (creatinina, urea y otros) en una unidad de tiempo conocida (minutos, horas o días). Habitualmente se expresa como milímetros cúbicos/minuto o centímetros cúbicos/minuto.

Para eliminar los desechos que se depuran se da paso a la formación de la orina. La unidad renal encargada de dar lugar a esto es la nefrona (Fig. 2). Está constituida por el glomérulo, una madeja u ovrillo de capilares (vasitos sanguíneos delgados, como cabellos) llenos de sangre que vierten su contenido hacia un sistema de tubos muy delgados (con un diámetro 100 veces menor que un cabello) por donde escurre el líquido filtrado o depurado que se trasforma en orina.

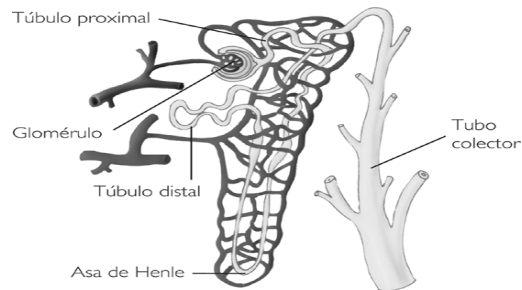


Fig.2 Estructura de la nefrona(Google, 2010).

Cada riñón humano posee un millón de estas unidades visibles sólo al microscopio. Estos dos millones de nefronas filtran o depuran un total de 144 litros en 24 horas, de estos el riñón produce alrededor de 1.5 litros de orina en esa misma cantidad de tiempo. La orina que elaboran los riñones permite al organismo excretar no solo urea, creatinina y agua, sino también las sales minerales ingeridas en exceso a las necesidades del cuerpo, tales sales como sodio (sal), potasio, fósforo y otras.

Otra de las funciones de los riñones es la regulación del medio interno, que esta formado por la sangre que circula en arterias y venas, más un líquido llamado intersticial que se encuentra entre las células del organismo y está constituido por agua, sales y sustancias como urea y creatinina; esto está finamente regulado por los riñones a través de la siguientes funciones: Eliminación o retención de agua de acuerdo a las necesidades; eliminación o retención de sodio (sal), potasio y otras sales; y eliminación de residuos ácidos para evitar su acumulación.

La producción hormonal del riñón posee una serie de funciones: Regula la presión arterial; participa activamente en la producción de sangre por medio de la generación de una hormona llamada eritropoyetina, que es la responsable de fabricar glóbulos rojos, por lo que la disminución de esta resulta en la aparición de la anemia; y en la regulación de la masa ósea. La producción de vitamina D3 o calcitrol, regula el calcio y el fósforo del cuerpo, lo que permite mantener a los huesos normales.

## CAPITULO 2. NEFROPATÍA

La insuficiencia renal fue un padecimiento mortal hasta que en la década de 1960 la descripción y aplicación de los métodos de diálisis, así como del trasplante renal permitió sustituir la función de los riñones dañados. En esa época los filtros y los materiales empleados en la hemodiálisis eran solo el principio del progreso y además se desconocía el manejo de las múltiples complicaciones que acompañan a este tratamiento, tales como la anemia, afectación de los huesos y desnutrición entre otras (Peña, 2004).

La definición de insuficiencia renal es la pérdida progresiva de la función de ambos riñones. La insuficiencia renal grave aparece cuando más de las tres cuartas partes de las nefronas se lesionan y no pueden llevar a cabo la función normal (filtrar y purificar la sangre).

No hay propiamente un registro nacional, solo datos directos de la industria de diálisis y de la Fundación Mexicana del Riñón, de los cuales se estima que habrá entre 40 mil y 50 mil enfermos en diálisis crónica, de los cuales 20 a 25% estarán en hemodiálisis, habiendo un crecimiento total anual del 11%. (Treviño Becerra, 2009)

Para poner un ejemplo de esto, a continuación se presentan las estadísticas del Hospital Juárez de la Ciudad de México.

**Tabla 1. Atención del servicio de Nefrología en el Hospital Juárez de México**

Año	CE	Hosp	DPI	DPCA	HD
2001	338	250	150	90	900
2002	1017	380	64	88	1632
2003	1204	462	187	49	2106
2004	3940	3640	123	40	2738
2005	2900	5500	524	50	2472

CE=Consulta Externa Hosp=Hospitalización adultos DPI=Diálisis Peritoneal Intermitente (Aguda) DPCA= Diálisis peritoneal crónica ambulatoria HD=Hemodiálisis.

### 2.1 Causas

Existen diferentes causas de la Insuficiencia renal por ejemplo: La diabetes mellitus, lesiones degenerativas en los vasos de la circulación del riñón debidas habitualmente a presión arterial alta; enfermedades propias de los riñones o bien ocasionadas por otras enfermedades; la malformación y obstrucción del aparato urinario, a lo que añade infección; y por último algunas enfermedades hereditarias de los riñones (riñón poliquístico) (op.cit).

Sin embargo autores como Van Der Adrian (1979), ya desde hace tiempo, plantean que el origen de esta enfermedad se encuentra en la forma de vida de la persona desde que nace, y las divide en causas primarias y secundarias.

Las causas primarias se enlistan a continuación:

- a) Alimentación antinatural. Se refiere a comer demasiada carne, la adulteración y falsificación de alimentos, el exceso de sal, condimentos e irritantes, el exceso de albúminas de difícil digestión, el recargo de sustancias perjudiciales para los riñones, la pobreza de vitaminas, minerales y otros principios vitales.
- b) Alcoholismo: El alcohol perjudica las arterias, el sistema nervioso, el hígado y las glándulas de secreción interna, todo lo cual a su vez puede perturbar los riñones.
- c) Diversas sustancias y tóxicos. Estos perjudican los riñones por mecanismos diversos, según la clase de tóxico.
- d) Vida sedentaria. Esta conduce en muchos casos a la obesidad, favorece la diabetes, la artritis, disminuye las defensas naturales, todo lo cual puede obligar a los riñones a un sobre esfuerzo para eliminar las sustancias perturbadoras, venenos, toxinas, con lo cual el riñón, primero se fatiga y luego enferma. Además la disminución de las defensas naturales contra microbios facilita las enfermedades infecciosas.
- e) Anormalidades en el sexo. Pueden conducir al agotamiento de los centros nerviosos, a una vejez prematura y a un desgaste de los órganos sexuales, lo cual también se refleja en los riñones, pues los perjudica a través de las vías urinarias (vejiga, próstata, etc.).
- f) Mala higiene mental y emocional. El ser humano forma una unidad completa que comprende el cuerpo y la parte mental y emocional, estando en íntima relación e influyéndose mutuamente., por ello la mala higiene mental y emocional, pueden también producir diversos trastornos glandulares y del metabolismo, hacen enfermar a otros órganos, entre ellos los riñones.
- g) Falta de estímulos naturales. La piel tiene también función depuradora, y es por ello que cuando la piel no funciona debidamente por falta de sol, agua, u otros elementos, deja de ayudar a los riñones en sus trabajos de depuración y eliminación, por lo que los se ven obligados a un sobreesfuerzo disminuyendo así, sus defensas.

Es importante señalar que las cuestiones antes mencionadas no enferman directamente el riñón, sino que colaboran en enfermar este u otros órganos, generando las causas secundarias:

1. Endurecimiento de las arterias y vejez prematura. Al ocurrir, no llega al riñón suficiente sangre y no puede funcionar bien. Como consecuencia, no puede depurar de forma eficiente.

- 2 Enfermedades del corazón. Al estar enfermo pierde fuerza y lleva menos sangre a los riñones provocando una deficiencia en la depuración.
- 3 Infecciones y focos infecciosos. Al tener una infección, el microorganismo responsable produce sustancias nocivas para el cuerpo, sustancias, que deben ser depuradas por el riñón, provocando un exceso de trabajo tanto en cantidad como en latencia, en especial si se descuida el tratamiento de dicha infección, y por ende la inflamación de los riñones.
- 4 Enfermedades del hígado. Cuando la sangre llega a los riñones ya habrá sido purificada previamente por el hígado, por lo que al dañarse este, esa primera filtración no se desarrolla o es deficiente, y serán los riñones quienes deberán cumplir con esta doble tarea.
- 5 Enfermedades o trastornos de las glándulas. Como las glándulas son las que regulan la función de los diversos órganos, sus trastornos también pueden perjudicar el funcionamiento de los riñones.

## 2.2 Tratamientos

El tratamiento de la insuficiencia renal antes de la diálisis es por medio de la dieta y de ciertos medicamentos permiten que mantener una vida casi normal por meses y aún por años. En etapas más avanzadas, es decir cuando la pérdida de la función renal es del 85%, todas las alteraciones se magnifican y el paciente desarrolla síntomas muy aparentes tales como: fatiga fácil, palidez, náuseas, vómitos, mal aliento, mal sabor de boca, comezón, temblores de manos, insomnio, pérdida de peso, falta de apetito, hinchazón de párpados y piernas, presión arterial alta. Este es el momento en el que el paciente puede dializarse, además sus dietas serán restringidas en sal y agua.(op.cit)

En la vigilancia de la insuficiencia renal, se debe contar con la colaboración estrecha y continua del paciente que en mucho puede y debe cuidar de sí mismo: Debe vigilar su peso y la cantidad de líquido que ingiere, la aparición de cualquier molestia novedosa reportarla al médico, así como reportarle a su nefrólogo cualquier medicación adicional que se le prescriba. Por último, portar una tarjeta que lo identifique como enfermo renal, el origen de la misma y el grado de insuficiencia renal, para obtener estos datos debe platicar con su médico. (op.cit)

### 2.2.1 Restricción Proteínica

Un metaanálisis de seis grupos que se conformaba de 890 pacientes sin diabetes mostró lo siguiente: los grupos control ingerían un promedio de 1.2 g. proteína /kg por día, y al grupo tratado se prescribió una dieta de 0.6g proteína/kg por día. A pesar de que hubo grandes

problemas con la aceptación de la dieta, la ingestión de proteínas fue de 25 a 40% menor que el grupo control.

Al analizar los 6 grupos combinados, el riesgo de ingresar a programas de diálisis o trasplante en un periodo de dos a cuatro años se redujo en un 46% en el grupo de restricción proteínica.” Lo que quiere decir que bajo este tratamiento la expectativa de vida se incrementa, pues se requerirá de un tratamiento de diálisis hasta 12 años después, y en caso de no restringir las proteínas, se necesitará en 3. (ibídem)

### 2.2.2 Tratamiento Hipertensivo

En el caso de el tratamiento hipertensivo, el objetivo es reducir la presión intraglomerular mas que la presión sistémica tanto es así que se han tratado pacientes con diabetes tipo 1 normotensos con captoprilo (un inhibidor de ECA) (ibidem), con este tratamiento no se producirá proteinuria importante.

Los inhibidores de ECA o bloqueadores del receptor de angiotensina reducen en casi todos los estudios analizados la proteinuria. (ibídem.)

### 2.2.3 Terapia insulínica

Un control inadecuado de la glucemia (glucosa en sangre) es un factor de riesgo para la aparición de nefropatía diabética. Una terapia insulínica agresiva, como el empleo de múltiples inyecciones durante el día o el uso de una mini bomba, ha permitido mantener glucemias en niveles cercanos a lo normal a lo largo del día en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, revirtiendo el daño a los riñones en algunos casos en el curso de los siguientes dos años (Peña, 2007).

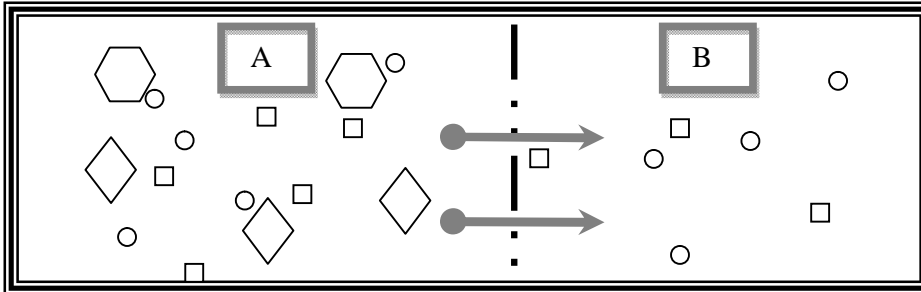
### 2.2.4 Diálisis

Es un proceso que se caracteriza por el paso de sustancias disueltas en agua a través de una membrana semipermeable. Esta membrana que es muy delgada se debe concebir como perforada por pequeños orificios que permiten el paso del agua y de las sustancias disueltas en ella.

La diálisis es un proceso bioquímico en la cual una solución de composición A (más concentrada) se modifica al exponerla una solución B (menos concentrada), separadas ambas soluciones por medio de esa membrana (fig.1 ). Esta membrana consiente el paso de las

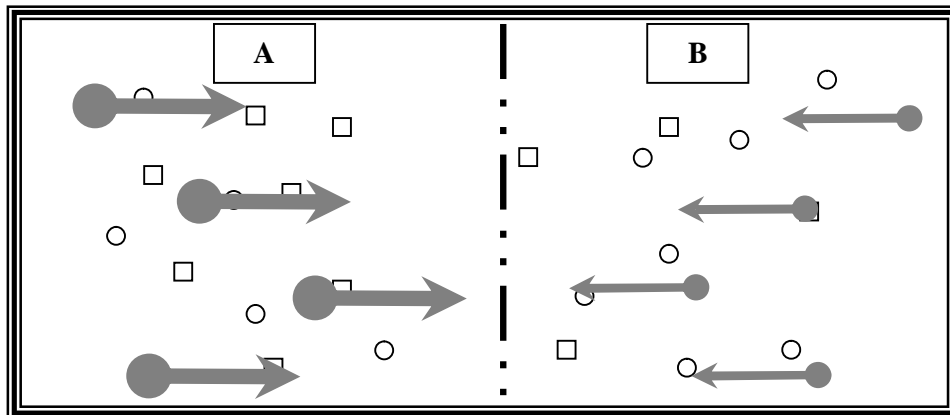
moléculas de agua y sustancias pequeñas (sodio, potasio, urea, creatinina, glucosa y otras), e impide el paso de las moléculas grandes como las proteínas, a este proceso se le llama Difusión.(Op.Cit.)

Fig. 3. Ejemplo de la Difusión de partículas a través de una membrana semipermeable.



La diálisis se basa en dos principios fisicoquímicos, uno de ellos es la difusión explicada anteriormente que también se utiliza para aumentar o mejorar la concentración de otras sustancias que están en la sangre en menor cantidad que lo normal (como calcio y bicarbonato), para lo que se prepara un líquido dializante (o líquido B) rico en estos compuestos. El otro principio en el que se basa la diálisis es la ultrafiltración, que es la diferencia de presión entre ambos lados de la membrana y es el mecanismo responsable de la transferencia o paso de agua y sustancias disueltas en ella del lado de alta presión al de baja. El riñón artificial posee un mecanismo que le permite extraer el agua del cuerpo al aplicar presión negativa de un lado de la membrana de diálisis y de esta manera saldrá el agua.(Op.Cit)

Fig. 4 Ejemplo de la Ultrafiltración de partículas a través de una membrana semipermeable.





### 2.2.4.1 Diálisis peritoneal

Esta técnica consiste en utilizar el peritoneo visceral (fig 5) como área o lugar para la diálisis. El peritoneo es la membrana que tapiza las paredes y la superficie de los órganos contenidos en la cavidad abdominal; esta membrana posee una irrigación sanguínea muy rica.

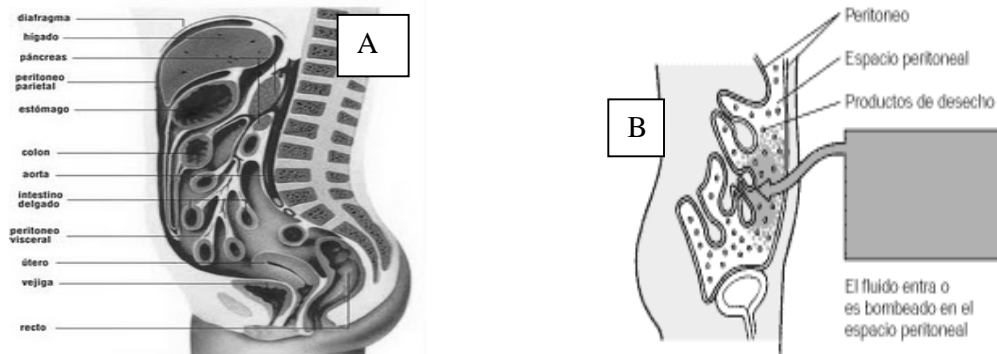


Fig. 5 A) Peritoneo que recubre los órganos internos. B) Diálisis peritoneal (Google, 2010).

A esta cavidad abdominal se introduce un líquido conocido como *solución de diálisis peritoneal* (Solución b, con menos sustancias disueltas) que, a través de esta membrana semipermeable se difunden los productos de desecho (urea, creatinina) y se establecen intercambios de agua y de minerales (sodio, cloro, calcio, potasio, fósforo). Este proceso de intercambio dura un tiempo variable desde 1 hasta 6 horas, al final del cual se extrae el líquido de diálisis de la cavidad abdominal (aproximadamente 2 litros), que contienen los productos de desecho.

A cada ingreso y salida del líquido de la cavidad peritoneal se le denomina cambio o recambio. Los pasos de este proceso son:

\*Drenar: Sacar el líquido de la cavidad peritoneal.

\*Infusión: Introducción de solución

\*Permanencia: El tiempo que debe durar el líquido dentro de la cavidad peritoneal de acuerdo a la prescripción médica.

Para este propósito se crea un acceso a dicha cavidad por medio de un tubo delgado de plástico blando que se inserta en la cavidad abdominal cerca del ombligo y se fija a la pared exterior del vientre. A este tubo o sonda se le conoce como catéter peritoneal. A través de este tubo se infunde la solución.

Existen dos tipos de diálisis peritoneal, la crónica ambulatoria y la que se realiza con máquina. La primera de ellas puede realizarse en el domicilio del paciente y este puede desarrollar sus actividades normales, siempre y cuando no realice esfuerzos muy fuertes. El líquido se extrae de la cavidad abdominal por gravedad a la bolsa y su contenido debe vaciarse. La infusión y la extracción toman alrededor de 30 minutos. En el caso de la diálisis peritoneal con máquina, esta regula la entrada y salida de líquido. Los intercambios de diálisis se realizan en el domicilio del paciente durante la noche y durante el día se descansa.

Es importante recalcar que el cuidado del catéter es muy importante, pues es una vía de acceso directo al interior de nuestro cuerpo, por lo que para manipularlo se debe lavar las manos o bien utilizar guantes de goma desechables, evitar jalar el catéter, no usar tijeras, limpiar el orificio de salida diariamente al bañarse con jabón neutro, y cuidar la aparición de alguno de los siguientes síntomas, pues puede tratarse de una infección severa:

- \*Enrojecimiento alrededor del orificio de salida.
- \*Hinchazón (inflamación) alrededor del orificio de salida.
- \*Dolor al tocar la zona vecina.
- \*Pus (secreción) alrededor del sitio de salida del catéter.

La complicación más frecuente y más grave de la diálisis peritoneal es la peritonitis. Se trata de un cuadro de infección de la membrana que tapiza el interior de la cavidad peritoneal y se caracteriza por: fiebre, dolor abdominal (cólico), el líquido de la diálisis es turbio, de ser así, el líquido no debe de ser eliminado, debe enviarse a laboratorio para estudio. Sin embargo, a veces el líquido puede contener filamentos blancos parecidos a la clara del huevo, se trata de fibrina y no necesariamente es una infección. En algunas ocasiones las bolsas se tiñen de sangre (rosadas), no es de preocuparse. En las mujeres puede presentarse uno o dos días antes de la menstruación, o bien tras hacer ejercicios o levantar cosas pesadas, pero si la bolsa es roja, se debe acudir al médico.

Sin embargo, no todas las personas son candidatas a la diálisis peritoneal. Las contraindicaciones para el tratamiento son: Obesidad mórbida, cirugías abdominales múltiples, trastornos de columna lumbosacra, riñones poliquísticos, deficientes hábitos higiénicos y/o desnutrición importante.

### 2.2.4.2 Hemodiálisis

De acuerdo a Peña (2004) el objetivo de la hemodiálisis es compensar la pérdida de la función renal en los pacientes con insuficiencia renal terminal. En la mayoría de los casos se practican tres hemodiálisis por semana de 3 a 4 horas de duración; esto permite a los enfermos llevar a cabo su actividad cotidiana, incluido el trabajo en la mayoría de los casos, para esto es crítico que el enfermo lleve una vida ordenada y siga con gran disciplina las indicaciones médicas y dietéticas.

La hemodiálisis es la técnica más empleada en el mundo, en este método, la sangre se dializa o purifica a través de un aparato que se conoce como riñón artificial, o máquina de hemodiálisis. El método consiste en poner en contacto la sangre del paciente con un líquido de diálisis de composición bien determinada a través de una membrana artificial semipermeable, el filtro de diálisis. Este filtro permite retirar o depurar de la sangre por medio del líquido de diálisis, las sustancias que se acumulan como consecuencia de la insuficiencia renal. Las máquinas de diálisis poseen un sistema que aplica la ultrafiltración para poder extraer el exceso de agua.

El riñón artificial está constituido por:

- a) La máquina de hemodiálisis que posee dos funciones principales: asegurar la circulación de la sangre por fuera del cuerpo en un circuito llamado extracorpóreo, además genera el líquido de diálisis a partir del agua purificada y tratada y por medio de un regulador que mezcla esta agua con una solución rica en sales de sodio, cloro, calcio, magnesio, bicarbonato y dextrosa. La composición de esta solución de diálisis es muy parecida a la de la sangre y se le debe mantener a una temperatura cercana a  $37.5^{\circ}\text{C}$ . Esta solución se renueva permanentemente a lo largo de la hemodiálisis y se elimina cada vez que circula por el dializador.
- b) El dializador capilar. (Fig. 6) Es un objeto estéril de plástico transparente, compuesto de dos compartimentos, el sanguíneo y el compartimiento del líquido de diálisis. Ambos compartimentos están separados por una membrana sintética que permite el intercambio (diálisis) de agua y de las sustancias de desecho (urea, creatinina, fósforo y otras) que se acumulan en la insuficiencia renal. La mayoría de estos dializadores capilares están constituidos por cientos de fibras capilares de 100 micras de diámetro en cuyo interior circula la sangre (compartimiento sanguíneo). Las membranas de estos filtros son de celulosa obtenida del algodón o bien membranas sintéticas de diversos materiales inertes. Estas membranas son bio-compatibles, es decir, no producen reacciones de intolerancia o

alérgicas. El intercambio o diálisis se lleva a cabo entre los dos compartimientos durante la diálisis y la sangre siempre circula en dirección opuesta al líquido de diálisis para que el proceso sea más eficiente.

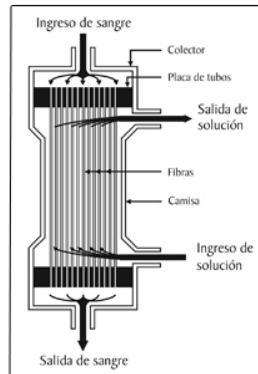


Fig. 6 Dializador capilar (Google, 2010).

Finalmente la sangre es restituida al cuerpo por otra aguja insertada en la fístula del brazo. La circulación de la sangre se asegura con una bomba que funciona durante todo el procedimiento y está colocada antes del filtro de diálisis. La fístula se coloca por medio de una pequeña intervención quirúrgica que se practica bajo anestesia local y que consiste en liberar una arteria y unirla a una vena superficial situada en las proximidades. Este procedimiento tan simple permite que la sangre de la arteria pase a la vena (fístula), a esta unión se le denomina fístula arteriovenosa (AV) (Fig.7). Este procedimiento debe realizarse de tres a cuatro meses antes de iniciar la hemodiálisis para permitir que madure.

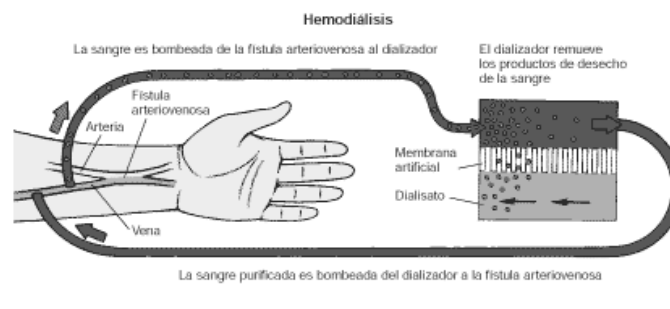


Fig.7 Esquema de una fístula (Google, 2010).

Con frecuencia el agravamiento de la insuficiencia renal es súbito y no da tiempo de elaborar una fístula AV. En este caso, es necesario recurrir a la colocación de un catéter en las venas gruesas del cuello o el catéter subclavio. Al igual que el peritoneal, estas vías de acceso deben de ser extremadamente cuidadas y supervisadas por el paciente, pues las infecciones son un riesgo constante.

También en este caso existen contraindicaciones para ser candidato a este tipo de tratamiento. Estas son: Imposibilidad para el acceso vascular, inestabilidad cardiovascular, y/o lejanía del centro de hemodiálisis.

### 2.2.5 Medicina naturista

De acuerdo a esta postura, no debe uno contentarse con suprimir la enfermedad de un órgano, sino procurar transformar a la persona de enferma a sana (Op.Cit), esto por medio de diversos tratamientos, pero principalmente una alimentación sana y natural.

La primera finalidad que ha de cumplir el régimen en las enfermedades del riñón es darle reposo para que pueda regenerarse y volver a funcionar adecuadamente. La segunda finalidad ha de ser purificar el organismo sin desnutrirlo, evitando la fatiga al corazón o al hígado, que tan estrecha relación guardan con el riñón. Cabe señalar, que estos tratamientos solo son funcionales en el caso de las personas que comienzan a tener problemas en sus riñones, no para aquellos pacientes en los que el daño es grave y permanente, en estos últimos casos se debe ajustar los tratamientos, pues podría afectarse más el organismo debido a que la mayoría de los alimentos recomendados son altos en potasio y albúminas.

Uno de los regímenes alimenticios es el “lacto- vegetariano”, con gran abundancia de alimentos crudos y jugos de frutas, sobre todo el limón y naranja, que hacen que la sangre sea menos espesa y por ende, más sencillo de filtrar, además de zumos de frutas que estimulan la secreción de orina, son útiles contra la inflamación de los riñones y además neutralizan el exceso de acidez, que perjudica al riñón enfermo. (Op.Cit)

A continuación se enumeran los tratamientos naturistas:

- a) Régimen o cura de frutas. Durante el tiempo de duración, (1 a 3 días) no se ingiere más que fruta, siendo de dos a tres kilos por día.
- b) Régimen o cura de leche y frutas. Se toma diariamente un litro de leche y uno o dos kilos de fruta tierna y cruda.
- c) Cura de limón integral. Se practica antes de la comida y la cena. La dosis será de dos a tres limones cada vez. La pulpa y el jugo se toman juntos, mientras que la cáscara se toma aparte rayada y puede combinarse con otra fruta dulce.

- d) Cura de naranjas y limones. Como desayuno se toman únicamente de 5 a 10 naranjas, mandarinas y limones en abundancia. En las demás comidas se sigue la alimentación que corresponda según la enfermedad. No se debe de beber agua.
- e) Cura de ajo. Se toma el ajo crudo en ayunas o antes de las principales comidas.
- f) Cura de alcachofas. Se toma el jugo crudo, o se mastica crudo el corazón y la parte tierna de las hojas tragando el jugo y escupiendo la fibra.
- g) Compresas calientes o frías

Como podemos apreciar este tipo de tratamientos, si bien no son agresivos, modifican en gran medida las costumbres alimenticias de las personas, además de que de no ser aplicadas de forma adecuada pueden derivar en una descompensación severa o anemia de leve a grave.

### 2.2.6 Trasplante renal

Por otro lado, anualmente 2500 pacientes reciben un trasplante renal, cifra que se mantiene en los últimos años. Aún cuando existe un Registro Nacional de Trasplantes se ignora el número de pacientes que viven con un trasplante funcional, el grado de función renal, la rehabilitación y el esquema inmunosupresor que reciben, entre otros datos.

Esta técnica, en forma somera, consiste en el injerto de un riñón sano a un sujeto enfermo. El riñón trasplantado proviene de dos fuentes: de un donador vivo, o un donador cadavérico.

La espera de un riñón cadavérico es variable, pero en general es mayor a uno o dos años. Durante este tiempo, el paciente debe permanecer en un programa de diálisis. La espera en diálisis permite seleccionar un donador compatible con el paciente y con ello contar con mejores expectativas de éxito a largo plazo.

Los niños pueden adquirir enfermedades de los riñones desde temprana edad e inclusive recién nacidos, son candidatos a diálisis y trasplante renal. Las causas de insuficiencia renal en los niños son similares a los de los adultos, aún cuando con más frecuentes las malformaciones congénitas.

## CAPITULO 3. MODIFICACIONES EN LA VIDA DEL PACIENTE

Como se pudo apreciar en los capítulos anteriores, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad muy extenuante, pues no solo se deteriora el cuerpo por la misma, sino por que el tratamiento. El más empleado, la diálisis, es a la larga, un procedimiento aún más demandante, no solo para el paciente, también para la familia y equipo de salud.

Para poder determinar cuáles son los efectos psicológicos que implica la IRC es importante conocer las modificaciones que el paciente y la familia tienen que hacer en su ritmo de vida diario, pues esto dará luz al por qué de muchos de los trastornos y efectos de los tratamientos.

En primer lugar, como lo expone la Comisión Nacional de Derechos Humanos en su artículo 24, toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas, así como a un nivel de vida adecuado que le asegure, a él y a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido y la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (art.25, 2010). Sin embargo, la vida diaria de los pacientes con IRC, se ve completamente modificada pues en el caso del trabajo y escuela puede ser un problema difícil, pueden adaptarse algunos recursos como la diálisis nocturna que permite reposar de noche y trabajar durante el día. Puede también ajustarse al horario de los centros de diálisis; sin embargo, esto no siempre sucede, pues en la mayoría de los casos, es el centro de salud que impone el horario, y las empresas o escuelas no siempre apoyan al enfermo, y aunque lo hicieran el retraso laboral o académico es inevitable. Lo importante en este caso, como lo plantean Bueno y Vinokur (2002), como en cualquier ocupación o actividad es siempre abordar el problema con objetividad.

Para obtener en los niños una rehabilitación adecuada es muy importante que acudan regularmente a la escuela. El médico deberá informar por escrito a las autoridades de la escuela la condición del paciente y especificar si requiere algún cuidado especial.

En el caso del deporte, este representa una opción muy personal que debe valorarse, pues es un hecho que el ejercicio físico es benéfico, tanto psicológica, física y socialmente. Es por ello que se deben promover grupos de pacientes que practiquen el deporte entre ellos ya que los estimula y les permite ser competitivos. Adicionalmente a esto, es recomendable, separar estos grupos por tipo de tratamiento y ayudarles a elegir con el médico cuál deporte sería el indicado, ya que entre ellos saben el tipo de cuidados que deben tener para no lastimarse, o afectar el tratamiento, disminuyendo con esto la posibilidad de un accidente que pueda poner en riesgo su salud o la vida.

A continuación se enlistan algunos deportes que son recomendables o no debido al riesgo que implica para los pacientes

Actividades recomendadas	Actividades no recomendadas
Natación	Karate
Carreras	Judo
Gimnasia	Defensa personal
Volibol	Futbol americano
Recreación al aire libre	Luchas
	Box
	Entre otras de contacto físico.

Uno de los aspectos más importantes para el paciente adulto, es su vida sexual, ya que en alguna medida la relación con su pareja se ve afectada por esto. La libido se conserva, sin embargo, la sexualidad sufre algunas modificaciones al iniciar el tratamiento pero se restaura pronto. La fertilidad masculina se mantiene intacta, en el caso de la femenina, esta sufre algunas alteraciones: los ciclos menstruales se perturban debido a las alteraciones hormonales a pesar de esto, se conserva la fertilidad, por lo que es importante el uso de anticonceptivos orales. El embarazo es altamente riesgoso, puede empeorar la salud y, en general, está contraindicado.

Una de las variables más comunes es la anemia, que se manifiesta por la reducción en la cantidad de hemoglobina en la sangre, esto se asocia a una caída en el número de glóbulos rojos por la inminente disminución de la producción de la eritropoyetina, la pérdida constante de sangre (muestras para estudios o sangrado de la fístula), infecciones crónicas, deficiencias de hierro, entre otras. Además por el daño progresivo hay una perturbación en los niveles de calcio y fósforo y por tanto, en el mantenimiento del hueso. (Peña, 2004) Esto puede provocar un bajo rendimiento en el ritmo de vida del paciente, alterando su organización familiar, estudiantil y/o laboral, y por ende sus relaciones sociales.

Ahora bien, otros detalles importantes en la vida del paciente con IRC son los cuidados. En primer lugar debe tener un control de la diuresis y el peso. Cuando se inicia la hemodiálisis, la diuresis (volumen de orina expulsado en las 24 horas) permite ingerir diariamente medio litro de agua o más de acuerdo al volumen de orina diario; esto favorece un buen control del peso corporal.



A medida que este volumen urinario disminuye, el agua ingerida no se elimina y se acumula en el cuerpo. Esta reducción en la excreción de orina es responsable de la ganancia de peso entre las sesiones de diálisis; ganancia que no debe exceder de los 2 a 3 kilos (3% del peso corporal) por arriba del peso corporal alcanzado después de la sesión de diálisis; es el peso seco deseable. La tolerancia a la diálisis será mejor a medida que menor sea el peso a perder.

Como podemos deducir, no solo es un cuidado que las personas no acostumbramos tener, la situación se agrava, pues no es posible saciar la sed de la forma en que acostumbramos, pues no todos gustamos del agua, comúnmente ingerimos bebidas como refrescos, jugos, agua de sabor, etcétera, es por ello, que esta restricción de solo medio litro de agua simple diaria, si implica una gran modificación en el común de los pacientes, ayudando a marcar sus diferencias con respecto a los demás, especialmente con su familia, pues es quizá el único que debe modificar esta situación.

En el caso de la dieta, el insuficiente renal debe de comer sin desnutrirse, y ser regulado por el médico y el nutriólogo; ambos deben resolver las dudas o los problemas que se presenten a lo largo del tiempo. Los principios más elementales de la dieta son los siguientes:

**Aporte de agua y bebidas:** El aporte proviene de diferentes vías; las bebidas, los alimentos que portan casi un litro (agua de composición) y el agua metabólica derivada de la digestión de las grasas, azúcares y proteínas. Debe evitar el agua mineral, gelatinas, sopas aguadas, los dulces y o chicles.

**Aporte de potasio:** Ya que el paciente con IRC no elimina el potasio, este se acumula, por lo que debe limitarse el consumo de alimentos, pues el potasio excesivo es peligroso, pues puede provocar diarrea, debilidad muscular, dificultades en la marcha y trastornos del ritmo del corazón que pueden dar lugar a un paro cardíaco. Los alimentos ricos en potasio deben evitarse al máximo; ejemplos de esto son las frutas secas, oleaginosas (frutas aceitosas como la almendra), plátano, naranja, papaya, manzana, durazno, chabacano, aguacate, aceitunas, chocolate, cacao, refrescos, café en polvo, jugos de frutas, conservas enlatadas y sal sin sodio.

**Aporte de sal (Cloruro de sodio):** La ganancia rápida de peso que ocurre entre diálisis es el resultado de la cantidad de sal y agua en la dieta y la incapacidad del riñón enfermo para

eliminarlas. La hemodiálisis permite en cada sesión extraer la sal y agua excesivas. Si este control del peso es satisfactorio permite un mejor control de la presión arterial.

Para controlar el aporte de sodio hay que suprimir los alimentos ricos en sal, nunca añadir sal a los alimentos, leer la composición de los alimentos o productos industriales y evitar su consumo.

**Aporte de proteínas:** El insuficiente renal debe nutrirse adecuadamente con carnes y pescados para de este modo evitar la pérdida de la masa muscular, así como también mejorar la producción de glóbulos rojos y la hemoglobina para limitar o evitar que empeore la anemia.

Esto quiere decir, que no solo se le restringe de líquidos, si no de varios alimentos, limitando no solo al paciente, si no a la familia en su conjunto a ciertos alimentos, pudiendo generar resentimientos, culpa, y fricciones familiares, pues la alimentación es una parte fundamental en el desarrollo del ser humano, no solo por la nutrición, si no por la interacción social que el sentarse a la mesa nos brinda.

Aunado a esto el paciente no solo es afectado de un determinado órgano del cuerpo; sino que elige el cuerpo mismo como medio de expresión con el mundo, sin poder separar las partes sanas del mismo. (Macchi – Perinot, 1991 en Bueno y Vinokur, 2002). La intensidad de la de la crisis emocional que sobreviene dependerá por un lado de la modalidad del comienzo del tratamiento de la enfermedad, de los mitos y creencias que conlleva la modalidad del tratamiento, (Bueno y Vinokur, 2002) así cómo de la forma en que el paciente y sus allegados asuman tanto la enfermedad como el tratamiento.

En un estudio realizado por Bueno y Vinokur (2002) a través de un abordaje psicológico se encontró angustia en 100% de los casos que fue acompañado por: sentimientos de incapacidad (90%), ansiedad (80%), disminución de interés o del placer en todas las actividades (70%), depresión de diferentes grados (50%), irritabilidad (40%), deterioro socio-familiar (40%), disfunción sexual (20%) y negación (1%). Respecto al abordaje familiar se observó con mayor frecuencia abandono familiar y falta de contención.

En el caso del estudio realizado por Bakewell y colaboradores (2002) se encontró una puntuación de afectación de cinco puntos más alto para las dimensiones de calidad de vida, salud física, salud mental y la enfermedad renal. La mayoría de los estudios de calidad de vida hasta la fecha se han centrado en el efecto de la modalidad de tratamiento renal terminal, y la función

física, y muchos factores que afectan la calidad de vida están presentes antes de comenzar el tratamiento de los pacientes. Es cuestionable que las medidas de calidad de vida específicos de la enfermedad proporcionan resultados significativos que se pueden interpretar para mejorar la atención al paciente, y la asociación entre características del paciente y la calidad de vida.

Resulta necesario para la planeación de las intervenciones conocer cuáles son las necesidades que la familia y el paciente requieren en ese momento y qué cambios propician a partir de esta alteración en la vida cotidiana a la que están acostumbrados a llevar, éstos pueden ir desde la economía hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia que pueden llegar a complicar o desintegrar a la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad. (Avilés y cols., 2007)

## CAPITULO 4. IMPACTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES Y FAMILIARES

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente, disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce en algunos se ellos conductas negativas.(Avilés y cols., 2007)

La salud comprende muchas dimensiones. La OMS la ha definido como: “no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de perfecto bienestar físico, mental y social.” (Behar, 2004). Por otro lado la calidad de vida es definida como la suma de circunstancias susceptibles de ser modificadas y que permite el desarrollo de algunas aspiraciones del individuo; ésta, relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez – Ude, 2001; Badía & Lizan 20003, en Contreras y cols.,2007 Y 2008).

La literatura científica nos muestra que existe mayor prevalencia de trastornos emocionales en pacientes con enfermedades médicas que en la población en general; sin embargo, estos pacientes están escasamente diagnosticados en sus afecciones psicológicas y sin el tratamiento ni cuidado por parte del personal de salud. Concomitantemente, estudiantes, docentes y personal tienen deficientes conocimientos sobre la sintomatología y diagnósticos psiquiátricos para la valoración e intervención oportunas, aunado a que en la práctica diaria no cuentan con instrumentos de detección psicológica para uso por médicos y enfermeras, no por psiquiatras, ya que estos profesionales son lo que tiene más contacto con los pacientes. (Ávila y cols. 2004)

Con el modelo contemporáneo de salud (biopsicosocial) es de suma importancia hacerle saber al paciente la naturaleza del padecimiento y de los estragos que puede llegar a causarle. Suele ocurrir como menciona Flores y Vega (1992, en Várgas y cols. en 2003) que en ocasiones no se informa a la persona de la gravedad de su enfermedad por “piedad”, sin embargo, generalmente llega a darse

cuenta de esto pues su estado empeora. Es por ello que la ley le otorga al paciente el derecho de estar informado, pues solo con conocimiento podrá decidir y organizar las cuestiones pertinentes para su cuidado y afrontamiento. Sin embargo la razón más importante es que, al contar con la información necesaria, el paciente podrá estar acompañado adecuadamente por amigos, familiares y personal médico, ayudando así a vivir este proceso de una forma adecuada y con el menor sufrimiento posible, pues su tratamiento, además, representa costos adicionales no solo para la familia sino también en la asignación de programas y políticas dirigidas a la salud pública de toda la comunidad. (Kleinman, 1988, en Contreras y cols.2007), y es por ello que no siempre se puede adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente.

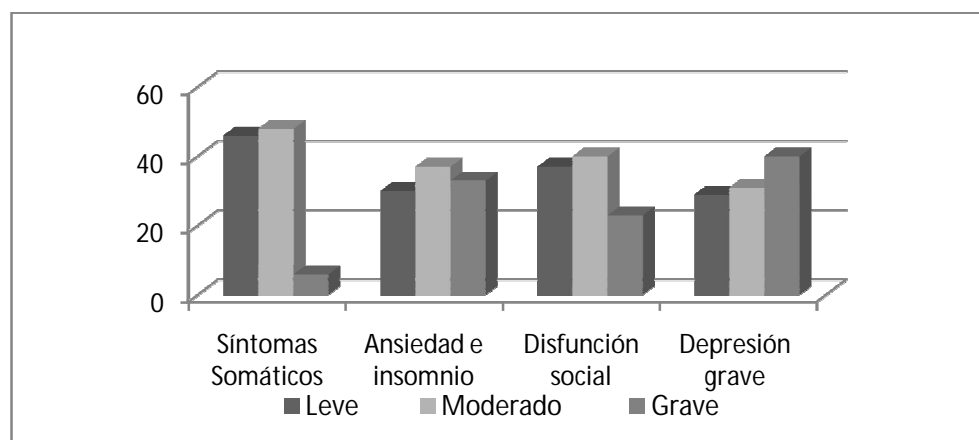
La enfermedad toma un significado de pérdida que, de acuerdo a Montes M. y Baley M. (2002 en Várgas y cols. 2003) se enumera en tres puntos:

1. Pérdida de la salud y bienestar. Para pacientes con IRC existe una alternativa de vida, la diálisis, que será un parteaguas, pues el autoconcepto del paciente se ve mermado con la colocación del catéter y el deterioro físico que sufre con el tiempo.
2. Pérdida de status familiar y profesional. Al tener un deterioro físico y fatiga derivados de la enfermedad, merma sus relaciones sociales y familiares, generando un ambiente de hostilidad, retraimiento, introversión y represión de la afectividad por parte del paciente.
3. Pérdida de la libertad y autonomía. La familia es una parte fundamental en el apoyo que se brinda al paciente, sin embargo, con los cuidados, se corre el riesgo de estar colaborando a aumentar el sentimiento de inutilidad y hostilidad hacia el paciente, generando la resistencia de éste a la sumisión generando una disputa por su autonomía y funcionalidad, no solo con el cuidador, si no con las personas en general, en especial, la involucradas en el tratamiento.
4. El paciente y su percepción ante la muerte. El paciente con IRC está en constante contacto con la muerte, debido al agravamiento de su enfermedad y la muerte de compañeros de diálisis, esto obliga a trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina diaria.

Por otra parte, tomando en cuenta que en México existen pocos estudios sobre esta problemática, se plantea la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que puedan proporcionar datos sobre el trastorno emocional que cursan estos pacientes, para la intervención médica y de enfermería. (Op. Cit.)

En la dimensión psicológica, algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad relacionada con la salud en el paciente con IRC son la depresión, la ansiedad, y la incertidumbre acerca del futuro ( Christensen & Ehlers, 2002; Oto, Muñoz, Barrio , Pérez & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre & López Gómez, 2001; Cindocho, 2003, en Contreras y cols., 2007; Arenas y cols. 2008; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez y Matad, 2003 en Contreras, 2008), lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes (Gill, et al, 2003 en Contreras y cols., 2007). Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales dializados que afectan su calidad de vida son la hostilidad y la ira (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005 en Contreras, 2008), así como la dependencia emocional y psicológica derivada de la dependencia del tratamiento sustitutivo (Ortega y Martínez, 2002, en Contreras, 2008).

En un estudio realizado por Teresa Ávila, Pedro Barrios y José de los Ríos (2004) en 100 pacientes con IRC por nefropatía diabética encontraron que había un alto porcentaje de deterioro en los pacientes (86%). Estas cifras son altas, y la mayoría de las veces no son informadas para atención por el personal de salud. A continuación se muestra la gráfica.



**Gráfico 1. Puntuaciones obtenidas por 100 pacientes diabéticos con nefropatía en las diferentes áreas del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en Ávila y cols. 2004**

Las características psicodemográficas tales como el nivel educativo bajo, la edad predominante mayor a los 50 años y el tipo de evolución de la enfermedad, son factores de riesgo asociados al deterioro físico y emocional en este tipo de pacientes. Sin embargo, la edad es una variable con resultados son controversiales. Algunos estudios coinciden en afirmar la percepción de calidad de vida disminuye a medida que aumenta la edad (Op. Cit.) Otros autores por el contrario (Pérez,

Medina, Alvarado y Cortés, 2005) no encuentran diferencia alguna (Arenas, Moreno, Reig y cols., 2004).

Las prácticas que se relacionan con el ámbito de la salud, como lo es la Psicología, tienen como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida.

El síntoma más relevante e insidioso es el dolor, que aparece de manera crónica. Implica el miedo a sentirlo, lo que suele llevar a evitar actividades potencialmente productoras de dolor, que con el paso del tiempo, conduce la limitación y reducción de actividades físicas que se ve frecuentemente en los pacientes y que constituyen un cuadro complejo definido como exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción del nivel de actividad funcional, deterioro de actividades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados, lo que afecta todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente. (Vinaccia, Quinceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón, Zapata, 2005, en Áviles y cols., 2007)

Los grandes cambios que se producen en el enfermo renal crónico son más notables en las personas trabajadoras que llevan una vida activa fuera de casa, que en personas cuya vida está centrada de forma rutinaria en labores domésticas. (Pérez, 2005) Esto concuerda con lo estipulado por Guerrero y de los Ríos (2003), Theodora y cols. (1998), Philips y cols. (1996), Szabo y cols. (1997), Kimmel (1998,2000, 1995), Merkus (1999), Mingardy (1999), Gokal (1999), Singer (1999) y Korevaar (2000) (en Ávila, 2005), en el sentido de que los pacientes tienen efectos psicológicos importantes, afectando notablemente su calidad de vida

Aunque el enfermo renal tiene unas claras características respecto de otras personas y por ello debería ser objeto de estudio por parte de la Psicología Científica, ésta ha permanecido al margen del estudio por dos causas fundamentales y muy difíciles en la actualidad de salvar. Por un lado está el hecho de la inexistencia de psicólogos en el hospital y por otro lado, en caso de haberlos, han sido siempre un instrumento a manos del psiquiatra, quien ha sido inexclusivamente el que toma la última decisión. Es por ello que Pérez (2005) plantea lo siguiente, desde el punto de vista conductual lo siguiente: se deben detectar todos aquellos estímulos y consecuencias aversivos en el

tratamiento y precedentes al mismo, para disminuir la respuesta fisiológica de evitación y sobre activación del cuerpo derivado del estado constante de alerta que el tratamiento puede originar. El mismo autor propone

- A. Para optimizar el estado general del organismo, la actuación del nefrólogo en los momentos iniciales es fundamental, pues la disminución o bien la desaparición de sintomatología o de otras enfermedades ayudará a enfocarse a las personas involucradas, exclusivamente a la función renal, actuando sobre ella para prolongar el mayor tiempo posible la entrada en un programa de sustitución renal.
- B. La relajación en algunos de estos enfermos es fundamental, ya que son bastante frecuentes las situaciones en las que se necesita disminuir al máximo los estresores.
- C. Para algunos enfermos sería conveniente, la realización de una Desensibilización Sistemática que le ayude en determinados momentos, para aminorar el temor y la ansiedad.
- D. Entrenamiento en Autoinstrucciones para que el paciente pueda suplir la falta de refuerzos provenientes de personas cercanas o del personal especializado que le atiende.

Una de las situaciones fundamentales que provoca la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas por parte de pacientes y familiares, es que se dan cuenta que sin importar lo que hagan, su estado de salud se va a seguir deteriorando, pues los tratamientos, como lo hemos visto no son curativos, aunque se haga para que se encuentren mejor, no les satisface, pues deberán seguir acudiendo a las sesiones, por lo que muchas veces a las recomendaciones de no beber mucho líquido o no comer determinados alimentos o no hacer determinadas actividades, refieren que por lo menos quieren vivir lo que les queda de vida satisfaciendo algunos vicios, pues están cansados de ese estilo de vida. (Op. Cit.)

Las repercusiones a nivel psicológico varían dependiendo del tipo de tratamiento al que se somete el paciente con IRC, siendo dos de ellos los que más aquejan la vida del paciente: La diálisis y el trasplante. En las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante, además, adaptarse a su total dependencia de agentes externos y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento o la posibilidad de un trasplante renal si puede recibirlo, si llega alguna vez y en este caso si tiene una buena reacción al mismo. (Op. Cit.)



## A. Diálisis

Las conductas depresivas que se dan en estos pacientes, están estrechamente ligadas a la entrada del enfermo en el programa y lo que conlleva, además de que tanto los profesionales de la salud, el paciente y la familia le adjudican estas conductas a los efectos de la enfermedad.

Laboralmente a muchos de estos enfermos se les “invita”, por parte de la empresa a que dejen de trabajar, ya que faltan demasiado al trabajo por sus sesiones de diálisis, y si se les mantienen el trabajo no todos conservan el mismo puesto (Op. Cit), afectando gravemente su autoconcepto y autoestima, pues comienzan a verse como inútiles y dependientes.

## B. Trasplante

Existe un elemento muy importante y es la esperanza que la mayoría tiene depositada en un posible trasplante. Este no llega a todos, y de los puestos no a todos les va bien, lo cual puede ser todavía más angustiante, ya que realizan conductas de auto cuidados encaminadas no sólo a pasar mejor la diálisis y mejorar su estado de salud, sino a estar en las mejores condiciones para recibir el riñón y el hecho de que a esto les siga una consecuencia en principio buena, pero que con el tiempo se vuelve negativa, acaba siendo muy perjudicial para la estabilidad emocional de la persona, pues ven que hagan lo que hagan no recuperan la salud. De este modo el enfermo se ve realizando prioritariamente conductas que o bien tienen un mal resultado, y adicionalmente a esto, ya no cuenta con las mismas atenciones con las que contaba. Pérez (2005) plantea que un factor importante – desde el punto de vista conductual- es la estimulación aversiva proveniente de su organismo.

Una de las ventajas en los pacientes de trasplante renal se ha detectado menor deterioro en las áreas laborales, físicas diarias y trastornos psicológicos, que en el caso de otros trasplantados, pues estos pacientes, saben que sufrir un rechazo, estos pueden volver a diálisis hasta que logren otro riñón (Op. Cit.), sin embargo debido a esto, también puede caerse en el descuido de la salud, pues existe la alternativa ya mencionada. Sin embargo, las repercusiones psicológicas en los pacientes son variables. Algunas de ellas se enlistan a continuación:

- a) Delirium. Aparece en el postoperatorio inmediato y está causado por los fármacos inmunosupresores (Grandi, Fabbri, Tossani, Mangelli, Branzi y Mangelli, 2001; Huffman,

Popkin y Stern, 2003; Watanabe e Higara, 1999 en Pérez y cols. 2004). Se caracteriza por una alteración de la conciencia (dificultades de atención y concentración) y de las funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación y alteración del lenguaje). (Udina, Guillamant, Álvarez y Casasa, 1987 en Pérez y cols. 2004)

- b) Trastornos sexuales. Las causas pueden ser tanto físicas (por ejemplo, la propia enfermedad o la medicación) como psicológicas (por ejemplo, algunos trasplantados evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano trasplantado o por que se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios –crecimiento de vello- de los inmunosupresores) (Engle, 2001, en Pérez y cols. 2004). Las disfunciones sexuales más frecuentes son el deseo sexual hipoaactivo y el trastorno de erección (Tabler y Frieson, 1990; Trumper y Appleby, 2001; en Pérez y cols. 2004).
- c) Fantasías sobre el donante: Si el órgano procede de un cadáver: 1) Fantasías con las características físicas y psicológicas del donante, que pueden conllevar sentimientos de culpa pues piensan que otra persona murió para que él pueda vivir. En otras ocasiones intentan ignorar el origen del órgano por una especie de miedo a ser deudor del trasplante (Iruel, Medino y Lombardía, 1995); 2) Si el órgano procede de un donante vivo y cercano puede establecerse una relación conflictiva entre el receptor y el donante, especialmente si es un familiar con el que se tiene comunicación constante. Fukunishi en 2001 (en Pérez y cols., 2004) ha descrito el Síndrome Psiquiátrico Paradójico, el cual ocurre a pesar de que el trasplante haya sido un éxito. Está constituido por cuatro elementos: 1) Conflictos asociados al trasplante: similares a los mencionados anteriormente sobre las fantasías sobre el donante. 2) Reacción adaptativa: depresión, ansiedad, somatización, etc. 3) La reacción que ocurre como una complicación después del trasplante. 4) Un estado médico favorable
- d) Insatisfacción con la imagen corporal. Perciben el órgano como un cuerpo extraño que introduce en el paciente rasgos del donante (House y Thompson, 1988; Kaba, Thompson y Burnard, 2000; en Pérez y cols. 2004) Este problema fue denominado por Dubovsky, Metzner y Warner en 1979 como síndrome de Frankenstein.
- e) Duración de la enfermedad. Los estudios existentes muestran que a mayor duración de la enfermedad antes del trasplante hay más riesgo de padecer trastornos psicológicos después de este (Tumper y Appleby, 2001; en Pérez y cols, 2004; Ávila y cols., 2004)
- f) Hospitalización. Algunos autores como Dew en el 2000 (Op. Cit.), mencionan que un mayor tiempo de hospitalización tras el trasplante, está asociado a más trastornos psicológicos, mientras que otros como Pérez, Martín, Gallego y Santamaría en el mismo año, no hallaron diferencias en

función del mayor o menor tiempo de hospitalización de los pacientes tras el implante. Respecto a los reingresos en el hospital a raíz del trasplante por complicaciones médicas, estos ejercen una influencia negativa en la salud mental de los trasplantados: más sintomatología ansiosa y depresiva y peor auto-concepto físico. (Op.Cit.) Por otro lado, el lugar de hospitalización también tiene importantes repercusiones psicológicas en los trasplantados, los pacientes presentan mayor sintomatología depresiva cuando están ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esto podría deberse que en dicha fase el paciente se halla peor físicamente y a que dicha unidad posee una serie de características específicas que dan lugar a que pueda considerarse como una situación estresante: espacialidad (hay máquinas que invaden el espacio del paciente, luz artificial, ruidos monótonos, etc.), temporalidad (se pierden los ritmos naturales del día y la noche, la percepción de la muerte pasa a un primer plano debido al fallecimiento de otros pacientes, etc.) y despersonalización (el personal sanitario no establece una relación personal con los pacientes debido a la urgencia que requiere la intervención terapéutica, a que la duración de la estancia del paciente es corta, a la mediatización interpersonal por las máquinas, etc.) (Dörr-Zeger, 1988, en Pérez y cols. 2004)

- g) Expectativas pre-trasplante y post- trasplante. Los trastornos depresivos son más frecuentes en la fase post-trasplante cuando los pacientes tienen expectativas demasiado optimistas, (Grandi, 2001; Gullledge, 1983; House y Thompson, 199, en Pérez y cols.,2004) Por otro lado, unas expectativas negativas hacia la enfermedad también incrementan la sintomatología ansiosa y depresiva y empeora desde la perspectiva física el auto concepto, la autoestima y el auto comportamiento. Esto se debe fundamentalmente a que las expectativas aumentan los pensamientos irracionales sobre el funcionamiento del órgano implantado, lo cual les lleva a pensar en la posibilidad de una evolución desfavorable del trasplante con un gran temor al rechazo del órgano y, consecuentemente, a la muerte (Op.Cit).

Los trasplantados renales atraviesan por tres fases tras el trasplante:

- 1) Fase de alerta: una vez superada la hospitalización los pacientes, por un lado, han de mantener unas pautas de tratamiento muy rígidas, y por otro lado, han de integrarse en un entorno socio-laboral que muchas veces no es mas adecuado por sus condiciones físicas: temen a la posibilidad de poder rechazar el órgano y adicionalmente, la dinámica familiar puede encontrarse alterada por las consecuencias del trasplante, la enfermedad y tratamientos previos.

- 2) Fase de adaptación: habituación a las prescripciones terapéuticas, integración al entorno socio laboral, dejan de temer al rechazo del órgano y, la familia está más recuperada psicológicamente por lo que puede prestarle más apoyo.
- 3) Fase de agotamiento: De nuevo aumentan los desequilibrios psicológicos una posible explicación sería, por un lado, que vuelve a aparecer el temor a la pérdida del injerto, ya que la mayoría de los pacientes saben que a medida que pasa el tiempo disminuye la supervivencia de éste. Aparecen desilusiones pues descubren que el trasplante no significa una vida como la de antes de empezar la enfermedad, en definitiva, el trasplante ofrece la oportunidad de seguir viviendo pero siempre bajo vigilancia médica (Op. Cit.)

Como pudimos apreciar, la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia (Lubkin, 1998, en Contreras y cols., 2007), lo cual es altamente relevante, pues es en este entorno donde el paciente de desarrolla y pieza clave en el tratamiento.

#### 4.1 Afrontamiento.

La forma de afrontar el inicio de la enfermedad y las situaciones de tensión son factores muy importantes en el proceso de ajuste para el inicio del tratamiento. (Op. Cit.) El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso, pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández & Díaz, 2001; Pearlin & Schooler, 1978, en Contreras, 2007; Palacios (1998 en Avilés, y cols., 2007). Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos.

El estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas (Mok & Tam, 2001; Richardson & Poole, 2001; Matheny, Aycock, Pugh, Curlette & Silva –Canella, 1986 en Contreras, 2007).

Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar a favorecer su calidad de vida. Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de estas investigaciones pueden tener importantes implicaciones para el diseño y la implementación de intervenciones interdisciplinarias. (Op. Cit.) Lazarus y Folkman (1986, en Contreras, 2007) plantearon la distinción entre afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipular o alterar el problema. Se ha evidenciado que los métodos de afrontamiento orientados al problema son más efectivos que los centrados en la emoción.

El fenómeno de la distorsión de la realidad es un tipo de afrontamiento que se emplea para conservar la esperanza, el optimismo para negar tanto lo ocurrido como su implicación, estrategia que ha sido relacionada con niveles más altos de inhabilidad y niveles bajos de salud mental y calidad de vida. (Wahl, Hanestad, Wiklund & Poum, 1999, en Contreras, 2007)

La estrategia de evitación, por su parte, no constituye un estilo efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión. (Arraras, Writh, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Carrobles, Remor & Rodríguez – Alzamora, 2003, en Contreras, 2007)

Otra clasificación incluye estilos de afrontamiento pasivo y activo.

ACTIVO	Esfuerzos hechos por el paciente para continuar con sus vidas. Implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos.
PASIVO	Implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de

otros. Se ha relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional.

Por otra parte, restablecer y mantener el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consciente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica. (Op. Cit.) Para lograr esto el afrontamiento, las redes de apoyo social y funcionamiento familiar son mecanismos fundamentales (Calvanese, Feldman y Weisinger, 2004; Martelli, Auerbach y Mercury, 1993; en Contreras, 2008), especialmente en los pacientes en hemodiálisis, quienes, a diferencia de los de diálisis peritoneal, perciben un estado de salud y bienestar más deteriorado, un mayor detrimento en la calidad de vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento (Cristovao, 1999; Sjódn y Lindqvist, 2000; Wolcott y Nisenson, 1988; en Contreras, 2008).

La auto eficacia es una variable que ha demostrado tener relación con los comportamientos saludables (Schwarzer y Fuchs, 1995, en Contreras, 2008), la adhesión al tratamiento, los comportamientos promotores de salud y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos, a su vez se les ha asociado negativamente con la depresión y la ansiedad. Los pacientes con emociones negativas suelen evidenciar más sintomatología y distrés asociado con el tratamiento, a pesar de que cumplan por igual las prescripciones médicas (Schneider, Friend, Whitaker y Wadhwa, 1991 en Contreras y cols., 2008), y algunos más han encontrado que este tipo de emociones se relaciona con la percepción de auto eficacia, y que dicha asociación va cambiando a lo largo del curso de la enfermedad; los bajos niveles de auto eficacia se relacionan con el distrés psicológico, el afecto negativo y la disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos (Stuifbergen, Seraphine y Roberts, 2000; Wu, Tang y Kuok, 2004 en Contreras y cols., 2008), esto se relaciona con un mayor cumplimiento del tratamiento médico, así como actitudes favorables hacia el personal sanitario (Zrinyi, 2001 en Contreras y cols., 2008).

En el estudio realizado por Contreras , Esguerra y Espinoza (2008) se observó si la calidad de vida, la auto eficacia generalizada y las estrategias de afrontamiento poseían la capacidad de predecir satisfactoriamente el comportamiento de adhesión, según distintos indicadores particulares (medidas

bioquímicas) y el criterio clínico del nefrólogo (valoración global con base en los indicadores particulares). Se estudio a 33 pacientes entre los 25 y 75 años con tres meses como mínimo en un programa de hemodiálisis, teniendo como resultado que cada uno de estos constructos psicológicos pueden predecir de forma eficiente la adhesión. Según este estudio los estilos de afrontamiento son los mejores predictores de adhesión, le sigue la calidad de vida y por último la auto eficacia generalizada.

La terapia cognitivo conductual es una de las corrientes mas recomendadas para la atención de los pacientes nefrópatas, pues es un tipo de terapia centrada en crear o reafirmar habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema, para así, modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento. Avilés, Campillo y Rodríguez (2007) proponen lo siguiente.

LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES
1.Dolor	1. Relajación con visualización
2.Depresion	1. Psicoterapia 2. Afrontamiento
3. Duelo	1. Psicoterapia
4. Angustia	1. Relajación progresiva de Jacobson 2. Relajación con visualización
5. Manejo estresante de la enfermedad crónica	1. Afrontamiento
6. Efectos de deterioro familiar	1. Psicoterapia y afrontamiento

El propósito de describir dichos procesos y necesidades es que el personal que lleve a cabo la atención a los pacientes pueda intervenir oportunamente y con eficiencia en el manejo y tratamiento de la IRC. De forma más específica: Orientar al paciente y a la familia del paciente para el afrontamiento y asimilación de los cambios que origina una enfermedad crónica, así como en qué va a consistir el proceso, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y etapa final del paciente El rol del psicólogo debe apoyarse en dos principios: la práctica asistencial y la tarea docente con los demás miembros del equipo de salud.

## 4.2 Depresión.

La depresión es un problema psicológico importante, por que puede llevar al suicidio mediante la suspensión del tratamiento, si el personal de salud no lo reconoce a tiempo. (Ávila y cols., 2005) Es tanta la tristeza y la infelicidad, que el paciente se sumerge en la más profunda de las depresiones y llega a pensar que es preferible la muerte. El riesgo de suicidio en este tipo de pacientes es muy grande, va desde negarse a dializarse e ignorar el régimen terapéutico, hasta ingerir dosis elevadas de barbitúricos para quitarse la vida (Op. Cit)

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979 en Azpiroz y cols., 2009) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus expectativas como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Varias investigaciones enfatizan que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (Ávila, De los Ríos, y Montes, 2005; Drayer, Piraino, Reynolds, Houck, Mazumdar y Bernardini, 2006; García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002; Kimmel y Peterson, 2006)

Un modelo que nos podría servir de referencia para explicar el proceso que se da en estos sujetos es la Teoría Conductual o de aprendizaje social de la depresión de Lewinson, que sugiere que ésta es el resultado de la reducción de reforzamientos contingentes, es decir, la disminución de sucesos y cosas agradables o gratificantes, o bien excesivo castigo. La visita del médico cada día de diálisis, hacen que muchos enfermos estén pendientes de su propio cuerpo para buscarse síntomas que decir al médico o al personal que lo atiende, aumentándose así el estado de alerta para buscar indicios o señales de malestar. Este estado de alerta entorpece la adecuada adaptación a su nueva situación. Estas respuestas de evitación activan más el estado de alerta.

En el estudio realizado por Ávila, De los Ríos y Montes (2005), en el que se examinó la frecuencia de la depresión en cien pacientes con IRC por nefropatía diabética que acudían a Diálisis Peritoneal Continua Intermitente, se encontró que 86% de ellos cuenta con algún grado de depresión.

Desde el punto de vista social el paciente en diálisis no puede conservar el ritmo de vida previo a la enfermedad, sus amigos y familiares posiblemente lo comiencen a considerar una persona incapaz



de funcionar por considerarlo débil y enfermo. La pérdida de la autoestima se presenta cuando el paciente comienza a verse de la misma manera a sí mismo (Op. Cit).

Los trastornos depresivos, tienen una prevalencia que oscila entre el 10 y el 58% durante los primeros años post-trasplante (Op.cit.) La depresión en el post- operatorio es un problema clínico de gran importancia, ya que puede ser un factor de riesgo para las conductas de no adherencia, las cuales provocan, en un alto porcentaje de pacientes el rechazo del órgano (Grandi et al., 20001 en Pérez y cols. 2004). Así mismo, la depresión también puede desembocar en conductas o intentos suicidas que pueden manifestarse de forma indirecta mediante el incumplimiento del paciente con las prescripciones terapéuticas (Cooper, Lanza y Barnard, 1984; en Pérez y cols., 2004)

Tomando en cuenta que en México existen pocos estudios sobre esta problemática, se plantea la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que puedan arrojar datos sobre el nivel de depresión que cursa este tipo de pacientes. (Op. Cit )

### 4.3 Ansiedad.

De acuerdo al DSM-IV, la característica de cuidado persistente que la ansiedad provoca, es difícil de controlar e interfiere con la vida diaria, las personas parecen incapaces de relajarse, y se sobresaltan fácilmente. A menudo, presentan síntomas físicos, como fatiga, dolores de cabeza y tensión muscular, y de acuerdo a Ávila y cols., los pacientes pasan por periodos de tensión emocional al someterse a tratamientos prolongados.

Cierto nivel de ansiedad se puede considerar normal y hasta deseable, por que indica que existen en el paciente un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y fantasías generadas por la enfermedad y el tratamiento. (Bueno y Vinokur, 2002)

Spielberg (1982 en Azpiroz y cols.) diferenció la ansiedad en:

- a) Ansiedad estado: Estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo
- b) Ansiedad rasgo: Predisposición individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad.

En un estudio realizado por Azpiroz, De Bortoli, Jofré y Páez (2009) en el que el objeto de estudio fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes de edades comprendidas entre 25 y 85 años con IRC en tratamiento de hemodiálisis, los niveles de ansiedad correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermeros renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio.

El DSM IV considera la posibilidad de un trastorno mixto de ansiedad- depresión dentro del trastorno de ansiedad no especificado, el cual puede ser provocado por una respuesta adaptativa ante una situación estresante como lo es el padecimiento de una enfermedad terminal. En un porcentaje importante de pacientes con IRC los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo se asociaron positivamente, es decir, que la ansiedad como rasgo de personalidad constituiría una predisposición a desarrollar estados de ansiedad. (Op. Cit, )Lo que pone de manifiesto la necesidad de hacer un estudio de personalidad para prevenir trastornos ansiosos posteriores.

#### 4.4 Redes sociales y familia.

Las redes sociales corresponden a todas las relaciones significativas que se establecen a lo largo de la vida: familia, amigos, compañeros de trabajo, escuela, etc. Autores como Várgas, Ibáñez y Jiménez (2003) argumentan que las redes sociales favorecen a la calidad de vida, pues establecen actividades positivas para el paciente, generando una baja vulnerabilidad a la enfermedad y maximizando las posibilidades de recuperación y fortalecimiento de la salud, así como del autoconcepto y establecimiento de relaciones sociales. El tamaño ideal de estas redes sociales es en la que se permite actuar como monitor de cada integrante para que el paciente tenga un sentido de pertenencia y se vea en la confianza de acudir a ella en momentos críticos para favorecer la búsqueda y obtención de soluciones.

En el plano familiar, que es la red social predominante, la enfermedad crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas

y coaliciones establecidas. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando éste es uno de los padres, alguno de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros realiza las funciones familiares del padre cuidador. Desafortunadamente cuando el tratamiento es complicado y costoso, generalmente el cuidador termina por ser un miembro periférico para el sistema familiar, además de aparecer conductas disfuncionales en otros miembros de la familia. (Azcarate y cols., 2006)

Si la persona enferma es la mujer trabajadora, en la familia los problemas suelen ser mayores, ya que el no poder atender a la familia produce en ella un auténtico estado de inutilidad. Además de que los cuidados ahora serán para ella, lo que puede experimentarse como abandono por parte de la familia, lo que desencadenará quejas y alejamiento de la relación. (Op. Cit) En parejas, un elemento importante es la atracción física, y el paulatino deterioro físico, mal olor de aliento, cambio en la coloración de la piel, Fístula AV o catéter, problemas y moretones en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden disminuir la atracción que siente la pareja, pérdida que se puede acentuar debido al abandono del cuidado personal.

Para que la familia y el paciente puedan ayudarse recíprocamente es indispensable dotar a la familia o a la pareja de las habilidades necesarias para resolver de modo conjunto los problemas que planteará la situación, favoreciendo el sistema de comunicación para resolver las discrepancias (Op. Cit.).

No hay que olvidar que el paciente requiere mantener sus contactos sociales, por lo que es importante realizar reuniones discretas para disminuir el impacto psicológico de la poca facilidad de salida de algunos pacientes. Sin embargo el inconveniente es que la situación económica puede no permitir estas actividades, o bien mermar el capital de la familia, aún más cuando el paciente es la principal fuente de ingresos.

La familia como el mayor recurso de apoyo social que tienen los pacientes tiene una incidencia importante en la adhesión al tratamiento de sustitución renal, siendo más alta en los pacientes con

familias cohesionadas (Di Matteo, 2004; Oka y Chaboyer, 2001; Tovbin y cols., 2003 en Contreras, 2008) En el caso de que los familiares más allegados de los pacientes trasplantados no gocen de una adecuada salud mental deben tener un contacto emocional directo limitado con los pacientes, ya que pueden debilitar las defensas psicológicas de éstos. Ello podría deberse a que los pacientes no perciben el apoyo que necesitan de sus familiares por que éstos tienen un estado de ánimo que les incapacita para proveer ayuda emocional, instrumental e informacional.

Lo más característico de la fase post- trasplante es la confusión o el conflicto entre la asignación y la asunción de los roles entre los diferentes miembros de la familia (Bunzel, Laederach y Shubert, 1999 en Pérez, 2004) interacciones sociales deficientes, la disminución de la actividad sexual, el descenso en la realización de las tareas propias del hogar y una menor implicación en las actividades recreativas (Roseblum, Rosen, Pine, Rosen y Borg, 1993, en Pérez, 2004) incluso un 47% de los cuidadores informa de un aumento de la carga familiar; pues son necesarias muchas visitas médicas y el cuidador no puede volver a su estilo de vida anterior a la enfermedad. Igualmente, el riesgo de un rechazo siempre está presente, lo cual aumenta la ansiedad de los familiares, especialmente, si los trasplantados no siguen el tratamiento prescrito (Wicks, Milstead, Hataway y Cetingok, 1998 en Pérez, 2004).

En este ámbito, resulta muy importante la influencia que ejerce el apoyo social que reciben los familiares de los trasplantados sobre su propia salud mental. El empeoramiento de la salud mental en estos cuidadores podría deberse, entre otras razones, al hecho de no contar con el apoyo de otros para hacer frente a una serie de estresores que suelen aparecer tras el trasplante: miedo a que el paciente muera, sentimiento de que nadie se preocupa por él o por su salud, preocupaciones económicas y preocupación por si funciona o no el nuevo órgano (Collins, 2000 en Pérez y cols., 2004).

En definitiva, la familia tiene que aceptar que en el trasplantado se ha producido un cambio de rol de “enfermo” a “parcialmente sano” y debe convertir su actitud protectora en una actitud de compañerismo hacia el paciente. (Ordoñez, 1995, en Pérez y cols., 2004)

El programa de diálisis peritoneal continua intermitente (DPCI) se realiza en pacientes con escasas redes de apoyo social, en tanto que el programa de diálisis peritoneal ambulatoria (DPCA) está indicada en pacientes que cuentan con redes sociales de apoyo. En un estudio realizado por Azcarate

y colaboradores en 2006, en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social con 22 pacientes, se utilizó la “Escala Familiar” de Espejel Acco, que explora nueve áreas: autoridad, control, supervisión, afecto, conducta descriptiva, comunicación, afectos negativos y recursos. Se encontró un mejor funcionamiento familiar en el grupo de DPCA, en comparación al funcionamiento identificado en la familias integradas a DPCI; esto pudiera deberse a que en dicho programa de manera indirecta el personal de salud, ayuda a la familia a tomar conciencia de la enfermedad y su evolución. El equipo de salud los involucra en el cuidado del paciente y en la reorganización de sus redes sociales de apoyo, tareas y funciones por medio de capacitación concreta y específica que involucra al paciente y su familia. Situación que consecuentemente propiciará una mejor comunicación entre los miembros de la familia y una expresión de afectos más abierta.

La ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los pacientes, además es uno de los predictores más relevantes en la falta de adherencia terapéutica. No obstante, este resultado también podría ser debido, como afirman Frazier, Davis y Dahl (1995 en Pérez y cols, 2004), a que dichos familiares ofrecían un apoyo ineficaz, por ejemplo, criticaban las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes o tenían una preocupación inadecuada por los mismos, bien por ser excesiva o por ser deficitaria.

Los resultados que arrojó un estudio realizado por Vargas y colaboradores en 2003, son que la participación en las redes sociales del individuo, se da de manera favorable en la medida en que el sujeto concibe tener una vida lo más parecida hasta antes de su diagnóstico. Esta postura que toma el paciente proporciona tanto un afrontamiento de la propia muerte, así como la planeación de su vida futura útil para él y para los suyos.

Para entender el por qué la familia es la red social de apoyo más importante para el paciente hablaré de algunas teorías que explican esta relación. La teoría del Vínculo o de John Bowlby resalta que desde el nacimiento entre la madre y el hijo se establece un vínculo que desarrolla lazos afectivos con rapidez y conformados, tienden a ser duraderos y sólidos. Edwards (2002 en Vargas y cols, 2003) también argumenta que el concepto de vínculo planteado por Bowlby se debe entender como la influencia profunda entre la relación del niño y sus padres pues estos no solo se enfocan en las relaciones de los niños con la familia, sino también con terceros. Sloman, Atikson, Ailligan y Liotti

(2002, en Vargas y cols. 2003) comentan al respecto que esta influencia de los padres les da seguridad a los niños para explorar el mundo, siempre y cuando exista la debida proximidad física y psicológica.

En la adolescencia y la adultez se producen algunas variaciones, entre las que se incluye el cambio de las figuras significativas hacia las que se dirigía la conducta afectiva. En la adolescencia el vínculo con los padres se debilita; Bowlby señala tres vertientes en los adolescentes: (Op. Cit)

- 1) Están aquellos jóvenes que se apartan casi por completo de los progenitores y el vínculo se establece en una distancia alejada.
- 2) Existen jóvenes que, pese a establecer vínculos con coetáneos, el lazo con sus padres sigue tan unido como en la infancia.
- 3) La tercera alternativa, donde radican la mayoría de los casos, donde los jóvenes adolescentes establecen vínculos afectivos muy significativos (noviazgo, amistades), sin desprenderse demasiado del vínculo original con los padres, que prevalece hasta la vida adulta.

Sloman, Atkinson, Milligan y Liotti (2002 en Vargas y cols., 2003) también refieren que cuando el ambiente incluye la comunicación emocional abierta y flexible, los infantes aprenden que ciertas emociones son más aceptables que otras. Este tipo de adaptaciones esta particularmente claro en contextos de protección, en la expresión emocional o se suprime o se eleva. Como resultado, estos infantes desarrollan vínculos ambivalentes de inseguridad en que las emociones negativas y las conductas resistentes están presentes en el contexto de esfuerzos por mantener la proximidad con alguno de los padres.

En la vejez, difícilmente puede prevalecer la conducta de apego con la generación anterior, entonces se dirige esta conducta hacia miembros de su misma generación (cónyuge, hermanos) miembros de generaciones posteriores (hijos, nietos). Ante una enfermedad o catástrofe, los adultos con frecuencia aumentan sus exigencias de otras personas. En estas circunstancias todos reconocen como algo natural la intensificación de la conducta afectiva, equivale a soslayar el papel vital que desempeña la vida en el hombre: de la cuna a la sepultura. (Op. Cit)

Por otro lado, la Teoría de Murray Bowen (1989 en Vargas y cols., 2003) comprende seis conceptos teóricos interrelacionados:

- 1) La escala de diferenciación del self. Para algunos puede ser elevada y para otros baja, para los primeros, son personas que tienen una percepción de las cosas más objetiva, en tanto que los que la tienen baja, encuentran las mismas con gran probabilidad de caer en situaciones de confusión o de estrés. Los que se encuentran en el centro son individuos que viven en un mundo controlado por las emociones.
- 2) Sistema emocional de la familia nuclear o sistema emocional. Designa patrones emocionales de forma triangular. Operan en relaciones que son muy estrechas, este sistema se realiza a través de tres áreas donde se expresan los siguientes síntomas: a) El conflicto conyugal: uno de los miembros de la pareja pierde su diferenciación y se vuelve más dependiente del otro. B) disfunción de un cónyuge. Cuando alguno de la pareja sufre algún trastorno físico o emocional, el otro en tanto, gana fuerza en este intercambio emocional. C) La proyección sobre uno o más hijos.
- 3) Proceso de Proyección familiar. Es el medio por el que los padres se sirven para proyectar parte de su inmadurez sobre uno o más hijos. El hijo se convierte en un objeto de proyección más apegado emocionalmente a los padres, y termina con un nivel más bajo de diferenciación del self.
- 4) Proceso de transmisión multigeneracional. Kretchmar y Jacorvitz (2002) mencionan que el establecimiento de límites claros pero flexibles entre las generaciones, es importante para que la familia funcione saludablemente. Si los límites entre padres e hijos se mantienen apropiadamente sin ser rígidos les permite a los niños explorar la intimidad que necesitan con el apoyo apropiado y tener una alta diferenciación del self. Pero si los límites son muy rígidos, bloquean la intimidad de ambos y tener un efecto negativo en la diferenciación del self de ambos.
- 5) Los perfiles de posición entre hermanos comprenden características de algunos de los hijos que tendrán influencia sobre el crecimiento de los hermanos.
- 6) Los triángulos. Explican el desarrollo de las familias y de casi todas las relaciones que se dan de forma triangular. Se afirma que cuando se eleva la tensión en la pareja el que se encuentre más molesto o incomodo con la situación, incluye –a veces- a otra persona, que puede ser un hijo.

Según Bowen (1989 en Vargas y cols. 2003) “El ser humano es un animal pensante que goza de un cerebro que le permite razonar, reflexionar y pensar de modo abstracto... tiene que definir su lugar en el esquema total y aceptar el hecho de que morirá y será sustituido por las generaciones futuras”. Propone dos sistemas de pensamiento, abiertos y cerrados, donde en función de la diferenciación del self, el sujeto es capaz de comunicar un alto porcentaje de pensamientos privados e íntimos,

sentimientos y fantasías con respecto a su muerte. Las personas que tienen una diferenciación del self baja, es producto de un sistema cerrado que da como resultado, que la persona que sufre una enfermedad, la viva desde su realidad como un acontecimiento caótico que rompe con todos los esquemas y expectativas de su vida. Álvarez (1998, en Vargas y cols. 2003) dice que es crucial que el médico le haga ver al paciente terminal que contará con una relación que lo acompañe hasta el final ofreciéndole la posibilidad de expresar sus dudas y sus temores.

Rothbaum, Rosen, Ujie y Uchida (2002) hablan de las similitudes y las diferencias de ambas teorías:

TEORIA DEL VINCULO	TEORIA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES
Se enfoca en la dinámica que involucra protección, cuidado y seguridad	Se preocupa por la dinámica familiar, involucra estructura, roles, modelos de comunicación, límites y relaciones de poder.
Ambivalencia por la actividad que ocurre dentro de los individuos	Se enfoca en la triada que ocurre dentro de los grupos
Tiene que ver más con los niños y su desarrollo	Tiene que ver más con los adultos.
Investigación en poblaciones normales	Investigación en poblaciones clínicas

Yurss (2002 en Vargas y cols. 2003) habla del modelo psicosocial que refiere a los subsistemas del ser humano (biológico, individual, familiar, comunitario) como recíprocos, lo que quiere decir, en este caso, que la enfermedad afecta a la familia y la familia a la enfermedad. Por lo que al combinar la atención, no solo a la enfermedad, y/ o al paciente, si no también a la red social inmediata, es decir, la familia, aumenta los recursos y la eficacia del tratamiento. Esto nos invita a ver a la persona como una entidad biológico-emocional, explorando los factores familiares para ver hasta que punto inciden en el origen de la enfermedad, pues las tensiones que sufre a través del ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los que pueden ser la expresión de los procesos de adaptación del paciente. La familia al estar satisfecha con los cuidados del paciente, con la información necesaria, con la organización adecuada, el paciente se sentirá más seguro, mejorando en sus relaciones sociales y su independencia.



Fuertes y Maya (2002 en Vargas y cols. 2003) exponen que las reacciones de las familias ante una enfermedad crónica, por lo general se adaptan adecuadamente a la nueva situación, e incluso son capaces de reorganizar sus lazos, siendo la minoría aquellas familias que se desintegran por este hecho. Para lograrlo, es indispensable planificar el futuro del paciente y de la familia misma, además de que se requiere conocer los sentimientos propios, principalmente el cuidador, para así, poder transmitirlos de forma eficiente y encontrar soluciones a los conflictos que puedan llegar a generarse.

En la psicoterapia el sujeto enfrenta sus expectativas, materializadas en otro sujeto con su misma enfermedad, esto da la posibilidad de abrir un panorama de su condición actual y del balance entre sus habilidades y los puntos donde necesita la ayuda de sus redes sociales. El psicólogo tiene que supervisar las etapas por las que atraviesa cada uno de los participantes de este grupo, a pesar de que con el tiempo, la misma red ayuda en el establecimiento de actividades que afectan de forma positiva a los pacientes. Este espacio psicológico debe ser el punto de partida para el paciente donde se le da la oportunidad de expresarse y convivir. (Op. Cit)

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico, con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez y Hinestroza, 2004 en Azpiroz, y cols. 2009).

#### 4.5 Duelo.

El término duelo proviene de los vocablos *duellum*, que significa combate, y *dolus*, que significa dolor. Así, podemos definir el duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, como lo puede ser una enfermedad. Las etapas por las que pasan los enfermos crónicos y terminales son las que describió la doctora Elizabeth Kübler Ross: negación, cólera, regateo, depresión y aceptación. (Op. Cit)

Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar a la familia y al paciente, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se declaró la enfermedad. Este trabajo de

duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos. Entre ello, cobrará relevancia la posibilidad de un futuro trasplante. (Kersner, 2000, en Áviles, 2007)

Sin embargo, no debemos dejar de lado que al ser una enfermedad crónico degenerativa, y en algunos casos terminal, es necesario conocer los diferentes tipos de duelo, pues no solo se debe apoyar al paciente, también a la familia, y debemos, como profesionales de la salud, prepararnos para hacer frente a la muerte. Cada tipo de duelo es importante, pues existe la posibilidad de que los involucrados (paciente, familia, equipo médico) pase por uno o más de ellos, y como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, la información es la mejor arma de apoyo y entendimiento que podemos emplear, pues el paciente terminal realiza el duelo precautorio mediante el estado de las “mil muertes”. Si lo que pretendemos es darle dignidad al paciente, es indispensable ser lo más congruente posible con su naturaleza humana. Un padre no deja de serlo por que va a morir, ni los hijos dejan de serlo por que el padre va a morir. (Rebolledo, 2003)

- A. Duelo precautorio Cuando nos enteramos de la condición terminal de nuestro paciente, se tiende a que “muera prematuramente” (Op. Cit.), esto quiere decir, que comenzamos a tratar de llenar los huecos que nuestro paciente dejará, sin embargo no es posible, pues aún sigue presente, y esto puede provocar confusión y depresión en el paciente y familia. Nos duele la ausencia dado que en ella dejamos de ser referenciados y referenciantes de un alguien que nos mantenía en equilibrio con nuestra propia realidad. Luego entonces, la consecuencia del duelo precautorio nos permite preparar el duelo real, disminuyendo el tiempo empleado para procesarlo.
- B. Duelo formal: El duelo formal, es consecuente con el duelo precautorio, de hecho, solo continua el reordenamiento de dar lugar a la ausencia ahora evidente. El proceso de duelo comprende tres movimientos consecuentes con los acontecimientos de la muerte (Op. Cit.):
  - 1. Manifestar nuestro dolor, sentirlo, dolerse. Hablar al muerto reconociendo el dolor, sentirlo y darle su sentido.
  - 2. Distender el tiempo. El pasado en el pasado, el futuro y el presente cotidiano a lo cotidiano. Alguien alguna vez dijo que, en la muerte del otro morimos parcialmente por que quedaron vacíos los espacios compartidos y por ese efecto de destemporalización nos confundimos.

3. Encontrarle un lugar a nuestros muertos. Amen de los ritos y los procesos funerarios, los panteones y los nichos, un lugar en nosotros, en nuestras vidas y memorias.

C. Duelo no resuelto: Cuando no se resuelve la ausencia es porque precisamente se pierde el sentido trascendente frente a la nueva realidad. Se forma un círculo vicioso, repitiendo la negación, imbricando periodos de rabia y depresión y en ocasiones sumidos en la resignación, pero sin llegar a aceptar la pérdida. Al no integrarse los hechos a la historia, entonces si podemos hablar de pérdida. La pérdida se manifiesta en el deudo, presente, como una condición de ausente del nuevo orden de las cosas y de la nueva realidad. Si se le insiste en que lo reconozca, desarrolla conductas paranoides. Tiende al aislamiento y al autismo, o bien reacciona violentamente, irritable y áspero. Este estado, puede perpetuarse indefinidamente e incluso se vuelve “un lugar” de refugio de quien lo siente, dando como resultado conductas cada vez más ambivalentes. Se esta y no se esta. Algunas veces parece integrarse a ese nuevo orden de las cosas dando como la imagen de ser algo consciente y que se reconoce la ausencia, pero guardándolo como un espacio que se menciona como personal; y llega a reconocer frente a los otros, la muerte del otro, como para que no rejueguen con su intimidad y su dolor. De ahí las dificultades en reconocerlo como un duelo no resuelto. (Op. Cit.)

Cuando se trata de una muerte por enfermedad aguda, dado que el duelo tiende a no resolverse por tanto dolor, el manejo estará dirigido a prevenir la depresión y la desesperanza.

Ya que la IRC no es una enfermedad exclusiva de adultos, como hemos visto, en el caso de muerte de niños, el manejo de duelo debe incidir en el concepto de pareja, debido a que la madre puede manifestar culpas por ser depositaria social de la crianza y cuidado de los hijos, y los resentimientos del “por que la dejaron sola”. El padre por su parte, suele sumirse en la culpa por “no haber estado” o instrumentar resentimientos contra su pareja por el mismo rol social asignado. La resultante es que se reporta hasta el 70% de divorcios secundarios a una muerte infantil. (Op. Cit.)

Existen diferentes cosas que se deben de revisar tras el diagnóstico, aún con mayor razón si es terminal. Una de estas son los arraigos, que son tensores de la existencia, puesto que de ellos depende el sentido trascendente de nuestro ser y hacer. Apuntalados, nos detienen, nos contienen y estructuran ese “nuestro propio orden de las cosas”, obligándonos a no aceptar la realidad más que a través de ellos. Cuando el paciente no encuentra un orden a las situaciones que enfrenta es cuando el

sufrimiento es mayor, puesto que al no evolucionar al ritmo de los acontecimientos que nos marca la realidad, nos perdemos a nosotros mismos, de ahí que tampoco abre expectativas al propio orden de las cosas. Cuando la muerte es inminente, la incongruencia es propiamente la pérdida del “sentido” de los arraigos con la realidad, lo que significa perder la vida. ¿Cómo fui a perder el tiempo en esto o en aquello? Hablamos del tiempo como si habláramos de la vida, sin considerar que aún seguimos vivos. (Op. Cit.)

Al enfrentar la finitud, luchamos y nos aferramos a nuestro propio orden de las cosas, o bien lo abandonamos en un esfuerzo extremo por sobrevivir. Es cuando parece que ya nada vale la pena, ni las personas, ni las cosas tienen importancia alguna. Es por ello que a los arraigos, en tanto Valores no deben ser devaluados, ni tirados por la borda, contrario a eso habrá que encontrarles su lugar, sin sentir que somos incongruentes con nosotros. (Op. Cit.)

Otro de los aspectos a revisar tras el diagnóstico son los Pendientes para poder utilizarlos y conformar adecuadamente el manejo de los pacientes terminales. Su resolución les permitirá estar tranquilos. Facilitará además progresar para el desarrollo de un duelo precautorio adecuado, y alcanzar un estado que les permita morir en paz. (Op. Cit.)

Por último se encuentran los Depósitos. El reconocimiento de sus valores como “actos de vida” o a la inversa (los actos de vida como Valores). Y, reconocer asimismo quienes son los “herederos”, aquellos que los tendrán que perpetuar. (Op. Cit.)

La palabra deudo, por otro lado, designa a la personas que acaban de perder a un ser querido. Esta palabra pone de realce al que está en deuda, al que debe, y es que gran parte del dolor generado refleja un sentimiento de culpa, relacionado con lo dicho durante la despedida y con el perdón. Si no fue posible una despedida en vida, se puede llevar a cabo de cuerpo presente, pero si ésta no fuera factible, podrá realizarse por carta u otros medios que sirvan de despedida, como un reclamo para quien acaba de abandonar el cuerpo físico. (Op. Cit.)

El duelo hay que vivirlo intensamente, de tal modo que no tenemos que aparentar fortaleza, ni acelerarlo, si no estamos recuperados, no debemos pasar a una nueva etapa, pues no tiene sentido fingir. Por otro lado, si un duelo entra en una fase de estancamiento y ésta es prolongada y se obstaculiza, el duelo podrá tornarse en un proceso del que sólo saldremos con ayuda especializada. Así también, el equipo multidisciplinario e interdisciplinario no es inmune o insensible a los

procesos de angustia y dolor, por lo que deberá someterse después de cada caso a ayuda terapéutica. (Op. Cit.)

Tanto en la agonía como en una muerte súbita, se muere progresivamente; es decir, por grados y por pares. En consecuencia, la muerte no es un estado, sino un proceso, en el que hay cuatro niveles de acuerdo a Behar (2004):

- La muerte aparente o relativa: Consiste en la desaparición del tono muscular, paro respiratorio, baja actividad cardíaca y circulatoria; sin embargo, el individuo podría volver a la vida y recobrar la conciencia.
- La muerte clínica: Se representa cuando cesa la actividad cardíaca y respiratoria, desaparecen los reflejos. No obstante, subsisten reacciones metabólicas y podría haber un retorno a la vida, salvo cuando la anoxia –que es la falta de irrigación sanguínea en el cerebro- rebasa los ocho minutos.
- La muerte absoluta: Se presenta cuando hay muerte cerebral y vida vegetativa asistida. Esto ocurre en el coma sobrepasado, o sea, en la muerte para la vida.
- La muerte total: Es la acumulación del proceso, cuando ya no existen células vivas.

Acompañar y apoyar al paciente y a la familia es una labor agotadora, estresante y muy demandante, pero es la obra más valiosa que una persona puede hacer por otra. Los integrantes del equipo multi e interdisciplinario deberán ser buenos comunicadores y capaces de percibir las señales que emite el enfermo para pedir ayuda; de lo contrario, después de repetir las varias veces sin recibir respuesta, el enfermo se aislará y será más difícil establecer de nuevo la comunicación, y no hay que confundirlo con aceptación. La comunicación con la familia del paciente generalmente es difícil y tensa, por que la familia no contempla la enfermedad, sino que la vive con el enfermo. (ibídem)

Asimismo, la comunicación, el apoyo y la información permanentes facilitan la adaptación de la familia a la situación. Además debemos decir la verdad, pero en términos comprensibles para el paciente y sus familiares; aunque también el enfermo podría rehusarse a saber esta información, y debemos respetar su pleno derecho a no ser informado. Si el médico, el enfermo y la familia no comparten la misma información, ocurrirá lo que en medicina paliativa se conoce como el *muro del silencio*, que impide al enfermo tomar decisiones, a la familia ayudarle y al equipo de salud llevar a cabo un tratamiento de alivio adecuado de los síntomas. (ibidem)

Por lo ya mencionado, es importante conocer el concepto de calidad de muerte que brindan (en Behar, 2004) K. Walston, C. Burger, A. Smith y R. Baugher, en su obra *Comporting the Quality of Death for Hospice and Non-hospice Cancer Patients*, la definen como “la calidad de vida que experimenta el enfermo en los tres últimos días de su existencia” y para ello hay que tomar en cuenta que existen ciertas situaciones que serían ideales para morir como son:

- Este en el lugar deseado.
- Ser el agonizante físicamente capaz de hacer lo que desee.
- No padecer dolor.
- Sentirse en paz con Dios, consigo mismo, y con el entorno.
- Participar en las actividades diarias habituales.
- Ser capaz de permanecer en el hogar tanto tiempo como desee.
- Morir dormido, sin conciencia.
- Sentirse en plenitud de facultades.
- Contemplar alguna tarea que considere importante.
- Ser capaz de aceptar la muerte.
- Vivir hasta que ocurre un acontecimiento que considere crucial.

Lo más importante de ser posible, es preguntarle al paciente que es lo que necesita, para ayudar a cubrir sus necesidades a la medida de nuestras posibilidades.

En el Hospice Saint Chistopher de Londres, la doctora M. Baines en su obra *Tackling total pain*, señala en referencia al dolor que experimentan los enfermos en fase terminal: “Es bastante excepcional que el dolor sea producido únicamente por factores no físicos; sin embargo, los problemas emocionales y sociales exacerban frecuentemente el dolor y, de hecho, se establece un círculo vicioso en que el dolor físico conduce la ansiedad y a la depresión y éstas, a su vez, disminuyen el umbral para experimentar las sensaciones dolorosas” (ibidem)

Hay otra forma muy simple de evaluar el grado de bienestar de un enfermo en fase terminal: la percepción diferencial de la duración del tiempo en función del grado de bienestar que se experimenta en cada momento. Es decir, cuanto más largo nos parezca el tiempo, menor es el bienestar experimentado a lo que se le conoce como tiempo psicológico.

Frente a la noticia de la muerte, se pierde el sentido mismo de la existencia. Nos desesperamos y luchamos, pero sin objetivos claros, sólo por luchar, mientras que los eventos de nuestra vida continúan sin que nada ni nadie pueda detenerlos. Se van agotando los recursos y entramos en conductas contradictorias. (Op. Cit.) Es ahí cuando necesitamos de ayuda pero no somos capaces de pedirla o lo hacemos utilizando generalmente un idioma confuso y las más de las veces equivocado, ante lo cual, nos revelamos por que no nos entienden. Perdemos la noción del tiempo, sobre todo del presente y cuando al fin alguien nos comprende, estamos desfasados y continuamos en la contradicción hasta que nos abstraemos del mundo. Los demás, entran en un proceso de querer revertir los acontecimientos y pretenden ayudar frecuentemente en forma irracional, lo que provoca un enfrentamiento casi directo entre las partes. En estos momentos es cuando se hace densa la vida y el tiempo parece perderse. Siempre existe alguien que hace lo que exactamente todos necesitan pero, para entonces se han agotado las expectativas y se enfrenta por fin, la muerte. (ibídem)

Ahí, en ese instante aparece el Otro, lo demás, el entono, la vida nuevamente. Se hace importante trascender y reconocer la propia existencia son esos los últimos actos de nuestra vida, que se vuelven entonces “toda nuestra vida” y que como tal, vale la pena. La primera experiencia humana ante la muerte fue a raíz de descubrir *al otro* y saberse refrendados en él y por él. Es decir, cuando se compartió la existencia y cuando, en esta existencia se sucede la muerte *del otro*. No se refractaba la referencialidad. Al no existir la respuesta que le explicara por qué ese otro ya no se movía, por que no le respondía (Op. Cit.)

El duelo, al darle su lugar a la ausencia puede encausar nuestras acciones hacia objetivos precisos de conciliación con nosotros mismos. Es necesario entender que están contraindicados los medicamentos de cualquier tipo que pretendan “relajar” al deudo. Tal medida por el contrario, induce al duelo no resuelto. Cuando el duelo rebasa al individuo lo expone a sufrir daño. (ibidem)

Lo más importante es no olvidar que es parte de nuestra profesión. Debemos aprender a establecer comunicación sin tender lazos de amistad y/o dependencias, pues puede perjudicarnos emocionalmente. (Op. Cit.)

#### 4.5.1 Religión.

No perdiendo de vista que el paciente con IRC se encuentra en constante contacto con la muerte, en especial cuando se considera terminal, se debe poner especial énfasis en el aspecto religioso, pues aunque no signifique necesariamente que sea un fiel practicante de ella, tomando esto en cuenta, podremos estructurar las cosas de tal manera que permitamos al paciente expresar sus sentimientos para que no se sienta culpable. El equipo multidisciplinario e interdisciplinario asistencial que lo ayuda, debe tener claro lo útil y lo que no, así como su comportamiento con las personas que lo asisten pues la mayoría están en crisis. La sensibilidad y el diálogo apropiado evitarán choques culturales, y más que nada el respeto por las creencias y cultura que reconoce el paciente, esto de acuerdo a Behar (2004). Es por ello que a continuación expongo algunas particularidades relevantes para el tratamiento del paciente Renal.

A. Judaísmo: El equipo asistencia deberá conocer algunas de las costumbres y prácticas mas comunes, una de ellas es que el viernes por la tarde empieza el Shabat judío exactamente antes del anochecer, y termina el sábado por la noche cuando aparecen las tres primeras estrellas en el firmamento. Durante este tiempo no se puede escribir, encender fuego, prender aparatos eléctricos, cocinar, viajar, enterrar a sus muertos, tocar dinero, ni realizar trabajo alguno, pero en ciertas circunstancias (como cuando pelagra la salud o la vida de la persona) se situarán el Shabat, las fiestas y todos los mandamientos se sitúan por debajo de las necesidades. Existe la costumbre de encender velas, ya sea que signifique el inicio o el final de dicha festividad, también se imparte una bendición por la semana siguiente. Las restricciones alimenticias de los judíos son muy específicas, a este ritual se le conoce como *kosher*, se aseguran de que todo, especialmente la carne y la leche no se mezclen. Además está prohibido comer carne de puerco y sus derivados. En el momento de un fallecimiento no se permite ninguna mutilación, por lo que la autopsia y la donación de órganos está prohibida, salvo que la primera sea requerida por disposición legal. El funeral se lleva a cabo dentro de las 24 horas siguientes o tan pronto sea posible, el cuerpo es lavado y amortajado por miembros del voluntariado de la comunidad y posteriormente se coloca en un sencillo ataúd de madera. Al periodo de lutos se le llama *Shiva*, que quiere decir siete, por los siete días de duelo y que es básicamente un periodo de luto familiar, durante el cual se reza en la casa del difunto. A los familiares más cercanos les serán desgarradas las vestiduras por el rabino o por la persona designada.



- B. Cristianismo: La mayoría deseará la presencia de un sacerdote, quién hará confesión y dará la absolución, la comunión y el sacramento de la extremaunción. Antes de morir el agonizante, el sacerdote orará por él y ofrecerá apoyo a la familia. Las oraciones son para encomendar al moribundo a Dios y “autorizarle” morir. No hay objeciones religiosas para llevar a cabo la autopsia ni para la donación de órganos.
- C. Islamismo: Tienen prohibido comer carne de cerdo y sus derivados, así como ingerir bebidas alcohólicas. El musulmán deberá continuar con sus oraciones hasta donde le sea posible. En el momento de morir, si el agonizante no puede decir las últimas palabras “no existe ningún otro Dios que Alá y Mahoma es su profeta”, cualquier practicante musulmán podrá decírselas al oído. Después del deceso, el cuerpo no debe ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán; así mismo se le debe volver la cabeza hacia el hombro derecho para enterrarlo de cara a la Meca (ciudad sagrada), los miembros enderezados y el cuerpo amortajado con una sábana. El entierro se llevará a cabo cuanto antes, de preferencia durante las primeras 24 horas. La autopsia no está permitida, salvo que lo requiera el forense, y posteriormente los órganos serán devueltos al cuerpo para enterrarlo. Los dolientes procuran no manifestar dolor ya que hacerlo se considera falta de fe en Alá. Durante los tres primeros días los familiares no cocinan y la comida es llevada por los visitantes. El duelo dura un mes y durante 40 días la familia visita la tumba los viernes.
- D. Budismo: Se rigen bajo cuatro verdades: la existencia del dolor, su causa, la supresión de dolor y el camino para la supresión. Buda enseña que el conocimiento elimina el dolor, además, admite la reencarnación y el Nirvana, que es el estado libre de placer y dolor. Los practicantes del budismo aceptan transfusiones y trasplantes de órganos en algunos casos, pues esta doctrina es fundamental ayudar al prójimo. El paciente budista generalmente es vegetariano, deberá tener tiempo para meditar y a menudo rechazará medicamentos que obnubilen su conciencia. En el budismo, generalmente se lleva a cabo la cremación, de modo que el cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin símbolo alguno, y el tiempo antes de la cremación puede variar de tres a siete días, dependiendo del calendario lunar.

E. Hinduismo: Para los hinduistas, la el pudor son aspectos relevantes, así como el respeto hacia los practicantes de la medicina tradicional hindú, llamados *ayurvedas*, por ello, esperan que los médicos occidentales y el equipo asistencial y multidisciplinario observen y respeten los mismos patrones de los *ayurvedas*. No hay trasplante de órganos, y solo admiten la autopsia cuando es requerida por un forense. Cuando los enfermos crónicos y en fase terminal están en agonía, los familiares les leen parte de algún libro sagrado, como el *Bhagavad Gita*, y el sacerdote apoyara al paciente y a la familia a aceptar la muerte de una manera filosófica. Es muy frecuente que el enfermo desee acostarse en el suelo para estar más cerca de la tierra en el momento del tránsito, lo cual representa una ayuda para la siguiente reencarnación. Después del deceso, los familiares lavan el cuerpo y lo visten con ropas nuevas. Siempre que la familia está en condiciones, llevará el cuerpo a la India para su cremación y posteriormente esparcirá las cenizas en el Ganges, el río sagrado.

Si al entrevistar al enfermo éste dice que no tiene religión, esto no necesariamente significa que no tenga creencias religiosas. Es probable que este paciente tenga de tanto en la inteligencia humana como en la sabiduría, y quiera resolver problemas morales, legales y de tolerancia. Todo enfermo puede creer que al morir, la vida termina por completo, de ahí que el equipo de asistencia y multidisciplinario se concentre en resolver los problemas de dolor, sufrimiento y muerte. (Op. Cit.)

## CAPITULO 5. EQUIPO DE SALUD Y SÍNDROME DE BURNOUT

Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento con la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento ( Hersh-Rifkin & Stoner, 2005, en Contreras, 2007) Aunado, durante su formación académica, el equipo de salud no recibe el entrenamiento y la instrucción necesarios en cuanto a las técnicas de comunicación. Sin escuchar no hay diálogo, pero requiere gran energía, pues hay más ocasiones de escuchar que de hablar, por lo menos el doble. Escuchar no solo es hacerlo con lo que se dice, sino también cómo lo dice, por estos medios podemos conocer que es lo importante para el. Escuchar es de por sí terapéutico y muchas veces sólo hacer esto es suficiente para elevar su autoestima, reducir la tensión y reanudar la cooperación que beneficie el desarrollo del tratamiento. En el caso de enfermos que no se pueden comunicar verbalmente debemos estudiar sus expresiones faciales, gestos, postura, y mirada.(Behar, 2004)

Es por estas razones, así como lo delicado, largo y complicado del tratamiento que el trabajo en este ámbito interdisciplinario tampoco es fácil para los profesionales de la salud. El contacto con una grave enfermedad orgánica y sus angustiantes consecuencias para el paciente y su familia, unido al hecho de tener que actuar en situaciones atípicas muy alejadas de la práctica más pautada, suponen con frecuencia notables dificultades técnicas. (Glacomantone y Mejía,1997, en Bueno y Vinokur, 2002)

El síndrome de Burnout también conocido como el Síndrome del quemado o de agotamiento profesional, fue definido por primera vez por el médico Psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1974, como un “conjunto de síntomas médico- biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía”. ( Dos Santos, Pérez, Reyes y Soloaga, 2007)

Christine y Susan Jackson (Martínez, Guerra, 1995 en Dos Santos, Pérez, Reyes y Soloaga, 2007) se ocuparon de definir de un modo técnicamente más estricto al síndrome y de diseñar instrumentos de medición del mismo entre trabajadores del ámbito de la salud. Lo definen en tres dimensiones a saber:

- 1) La sensación de cansancio: Constituye un elemento primordial en la génesis del síndrome y constituye en una sensación creciente de agotamiento en el trabajo que experimenta la persona, luego de intentos fallidos de adaptarse a un entorno estresante.
- 2) La despersonalización: Se genera a partir de la necesidad de protegerse del sentimiento negativo aislándose de los demás, y se caracteriza por un trato distante y la deshumanización de las relaciones hacia los pacientes y demás miembros del equipo de salud.
- 3) La percepción de falta de realización profesional. Se presenta en un tiempo variable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto de trabajo que surgiría al comprobarse que las demandas que se le requieren exceden su capacidad para atenderlas debidamente, a pesar de sus intentos de adaptación.

Como factores pre disponentes para el desarrollo del síndrome se han postulado los siguientes: el ejercicio de una profesión asistencial, la edad (siendo los jóvenes más vulnerables), el sexo masculino (por la inestabilidad afectiva, la personalidad competitiva e impaciente y esfuerzo por el logro), la inadecuada o insuficiente formación profesional (que fomenta falsas expectativas y brinda un exceso de conocimientos teóricos, sin aportar habilidades para el enfrentamiento del estrés laboral), y la precariedad de las condiciones del ambiente laboral (falta de motivación, volumen de trabajo excesivo, relación defectuosa entre los colegas, etc.) . Además, recientemente se ha reportado que la sobrecarga laboral actuaría como predictora de la calidad de atención médica ofrecida a los beneficiarios de los sistemas de salud. (Op. Cit.)

El padecimiento de este síndrome se acompaña de diversas manifestaciones, entre las primeras se citan: cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, síntomas gastrointestinales, hipertensión arterial y trastornos del apetito. Las manifestaciones psicológicas incluyen, entre otras, irritabilidad, déficit atencional y trastornos de la memoria. La consecuencia última es la crisis de la identidad profesional: el sujeto no puede identificarse con la actividad que desempeña y experimenta que su ejercicio profesional carece de sentido (Op. Cit).

En el estudio realizado por Dos Santos, Pérez, Reyes y Soloaga, en 2007, se detectó el síndrome de Burnout en el 73.3% de los encuestados, siendo un 100% de médicos y un 63.6% de los enfermeros los que lo presentaron dicho síndrome, siendo la despersonalización la manifestación diagnóstica con mayor puntuación. Las situaciones reconocidas como principales productoras de estrés laboral difirieron notablemente según la profesión ejercida.: el trabajo con pacientes terminales por el

personal de enfermería y la sensación de desprotección social y el riesgo de mala praxis entre los médicos. En ambas profesiones también fue relevante el puntaje en la escasa disponibilidad de recursos materiales y/o de capacitación necesarios para lograr una calidad óptima en la atención de los pacientes.

Resulta evidente la importancia de implementar estrategias que permitan tanto su prevención como la detección temprana y el tratamiento adecuado a los afectados.

Es probable que, además, el personal de enfermería al ser el que tiene un contacto más frecuente y el que desarrolla vínculos más estrechos con los pacientes terminales, el que pueda desarrollar sentimientos de impotencia o de frustración si no se cuenta con la capacidad necesaria para la atención de este tipo de pacientes. De hecho, en un estudio estadounidense, se comunica que la disponibilidad de cursos de capacitación del personal de enfermería, en los que se proporcione información específica sobre las patologías de los pacientes a los cuales asisten habitualmente, contribuiría a la disminución de los niveles de estrés laboral crónico. (Op. Cit)

Las consecuencias del padecimiento de Burnout se distribuyeron también desigualmente entre los dos grupos: Las sociales fueron las predominantes entre los médicos afectados, mientras que las físicas y las psicológicas lo eran entre los enfermeros (Op. Cit.)

La profesión de enfermería ha sido considerada frecuentemente en la literatura como una ocupación particularmente estresante, caracterizada por las continuas demandas físicas y emocionales que los profesionales reciben de sus pacientes. Los enfermeros/as se enfrentan habitualmente a la muerte y al dolor, a múltiples problemas relativos a su tarea, a desajustes emocionales, y no es extraño que se vean envueltos en situaciones obligados a tomar decisiones de responsabilidad en situaciones críticas para las que en algunos casos sólo cuentan con información ambigua e incompleta, siendo esto considerado como fuentes de estrés predisponentes para el síndrome de Burnout..(Moreno y cols., 2000)

Otro tipo de factores que colaboran en la aparición de Síndrome, son los de tipo organizacional: sobrecarga laboral, escaso apoyo social, la comunicación pobre, los continuos cambios en el entorno laboral, la excesiva responsabilidad que conlleva el trabajo, los conflictos iguales o superiores, el

conflicto y la ambigüedad de rol y las demandas emocionales excesivas de los pacientes y sus familiares. (Op. Cit.)

Se ha detectado una elevada correlación entre el burnout y ciertas alteraciones de tipo cardíaco, y deterioro de la vida social y familiar del individuo. A un nivel organizacional se han señalado problemas de absentismo, aumento de solicitudes de traslado, incremento en el número de rotaciones, disminución de la productividad y eficacia del trabajo, pérdida del compromiso e implicación con la organización, etc. (Op. Cit.)

Afortunadamente se han comenzado a hacer esfuerzos para detectar los problemas del estrés laboral en el equipo de salud. Un ejemplo de ello es el Cuestionario realizado por Moreno y cols.(2000), quienes postulaban la necesidad de elaborar no cuestionarios genéricos , sino específicos de la profesión o tipo de tarea que se está evaluando, ya que los factores antecedentes varían en función de las diferentes actividades, funciones y características de la tarea específica de la profesión como se ha puesto de manifiesto al estudiar los factores desencadenantes específicos de determinadas profesiones. Dichos autores tomaron como referencia el Nursing Stress Scale (NSS), el Nurse Stress Index (NSI), el Maslach burnout Inventory (MBI) así como el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) para construir un nuevo instrumento, el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE), además de la consideración transaccional del síndrome, la cual supone que el proceso está siendo modulado en cada una de sus fases por las variables propias del sujeto y las conductas desarrolladas. Este cuestionario incluye tres estrategias básicas de afrontamiento vinculadas a la tarea y al puesto de trabajo de enfermería: el afrontamiento directo, la evitación y la búsqueda de apoyo social.

Uno de los puntos específicos a medir de acuerdo con Moreno y cols. (Op.Cit.) es la personalidad resistente, que ha sido estudiada principalmente como una variable que modula la relación entre el estrés y sus resultados o consecuencia: los datos encontrados indican que está relacionada con una mejor salud. Los individuos con personalidad resistente tienden a transformar las situaciones estresantes de manera que parecen convertirlas en ocasión y desafío del que pueden extraer consecuencias positivas. En el modelo de Kobasa la personalidad resistente queda operativizada en tres dimensiones: Compromiso, Control y Reto.

Además de esto, al estar en constante contacto con la muerte, el equipo de salud, debe aprender a manejarse en este ámbito, pues al ser la IRC una enfermedad que requiere de tratamientos a largo plazo, es común que el equipo de salud genere lazos afectivos con el paciente y su familia. Para ello Rebolledo (2003) nos plantea la Disociación Instrumental o “sistematización”. Reconocen la muerte como parte de su trabajo, es parte de y puede ser depositada como tal. Esta organización del pensamiento permite al personal de salud, organizar el duelo de sus pacientes, resolviendo muchas veces casi de inmediato.

El conocimiento del diagnóstico es lo que permite “salvar” la fase de negación. Esta tal vez la depresión la que dura más tiempo y se debe fundamentalmente a un fenómeno de transferencia o mejor dicho, de contra transferencia; por que se plantea interiormente como un conflicto existencial (yo también voy a morir). Esta disociación contempla dos planos de referencia: individuo frente al individuo y al tratante frente al paciente. Condiciones que permiten niveles de afectividad diferente en forma recíproca y facilita la relación. (Op. Cit.)

En el personal de salud, también existe en duelo no resultado en lo que a la muerte de los pacientes se refiere. Sucede generalmente cuando el paciente no está diagnosticado o no existe un pronóstico terminal o cuando, existiendo las condiciones terminales, no se realiza la mencionada disociación instrumental y el paciente se vuelve depositario de nuestros afectos. Otra manera de no resolver el duelo, es cuando nos hacemos depositarios de las “intimidades” de los pacientes, o bien en la contraparte, al hacerse depositario de los conflictos familiares en su conjunto, sin facilitar y permitir que lleguen al paciente. La no solución del duelo de los miembros del equipo de salud, trasciende en la vida personal, afectando progresivamente su actitud promoviendo con ello una mayor tendencia a sufrir en carne propia padecimientos terminales o bien desarrollándose el Síndrome de Aniquilamiento. (Op. Cit.)

Por otro lado la asistencia psicológica si es de orden institucional solo cubre superficialmente a los pacientes y familiares, sin llegar a desarrollar todavía ascendencia necesaria para provocar la continencia y resolución del individuo con su proceso de muerte y mucho menos en la atención a lo que al propio personal de salud se refiere. Otras aplicaciones de orden preventivo serían el reconocimiento de los estadios psicológicos en todos aquellos que participan en el proceso de muerte, esto incluye a los trabajadores de la salud. Además de la falta de cultura médico tanatológica, el inconsistente apoyo por trabajo social sobre las dinámicas procedentes en ambos

sentidos, hacia el paciente y sus familiares y hacia el equipo de salud. Las y los trabajadores sociales, al igual que los médicos carecen de programas que comprendan este rubro dentro de los conocimientos de su profesión. (Op. Cit)



## CONCLUSIONES

Los pacientes con IRC por mucho tiempo han sido un sector descuidado por los profesionales de la salud mental. Por desgracia nos hemos enfocado, en el ámbito clínico, a atender a los pacientes que llegan a nosotros en busca de un tratamiento y cuando la percepción de sus conflictos ya esta muy atenuada; sin embargo, es necesario que recordemos que existen diferentes formas de pedir ayuda, y que no siempre son atendidas. Por ello es fundamental incluirnos en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas como lo es la IRC, pues requieren de un trabajo multi e interdisciplinario que les brinde a ellos y sus familiares las estrategias necesarias para hacer frente a la enfermedad, tratamiento y muerte del paciente.

La familia y el paciente esperan que el médico les aclare la situación, y la mayoría de los casos obtienen respuestas llenas de tecnicismos, que, sin previo entrenamiento médico, son casi imposibles de entender. Es por ello que se les debe hablar con claridad, en un lenguaje más comprensible que le permita entender lo que ocurre, para que a partir de esto se tomen las decisiones más concretas, pues a mayor incertidumbre se crea mayor sobreprotección que puede derivar en psicopatización y conflictos familiares mayores, y en duelos más complicados, largos y dolorosos. Además, de esta forma, el equipo de salud otorgará la responsabilidad de la enfermedad al paciente, quedando estos como un apoyo para restablecer su salud, o bien para llegar a una muerte tranquila, pues como lo dice Rebolledo (2003) el paciente requiere de el equipo de salud atención, intención y respeto en su calidad de persona humana, aún y por sobre la enfermedad que padece, y en reciprocidad, se espera del paciente el compromiso formal de atender a las indicaciones, así como de su participación activa para alcanzar el estado de salud esperado, y es en este ámbito donde el Psicólogo puede y debe hacerse presente sirviendo como intermediario y mediador entre médico y el paciente, así como de la familia.

Sin embargo, no debemos enfocarnos solo en los pacientes y familiares que ya sufren los estragos de la enfermedad, al contrario, es en la prevención en donde podemos impactar de una forma más radical y notoria, esto implementando varios programas , no solo en los centros de salud, si no en todos los ámbitos en los que los psicólogos nos desarrollamos. Comencemos por las escuelas de educación básica; los psicólogos educativos, pueden realizar trabajos de concientización en padres, maestros y alumnos acerca de los estragos que provocan los trastornos psicológicos, como lo es el estrés, la ansiedad, la depresión, entre otros, pues es derivado de estos trastornos y el ritmo de vida

que los mismos marcan que descuidamos nuestra salud por atender cosas que parecieran más importantes, como el exceso de trabajo o de estudio, etc. Es fundamental desde esta etapa, enseñar a los niños a distribuir tanto sus prioridades como su tiempo.

Ahora bien, en el caso de los programas de educación de los profesionales involucrados en la atención de la salud, la enseñanza Psicológica y Tanatológica, esto tendrá diversas funciones: en primer lugar dará herramientas a los profesionales de la salud a hacer frente a los trastornos psicológicos y la muerte de sus pacientes, así como afrontar sus propios duelos de una forma eficiente y rápida; y en segundo lugar, podrán apoyar de una forma más eficiente y humana a los pacientes y familiares.

Adicionalmente, me parece de vital importancia que desde las instancias educativas se nos enseñe a trabajar de forma multi e interdisciplinaria por medio de talleres en los que se combinen estudiantes de diversas profesiones, en este caso enfermería, medicina y psicología, para que en el momento de ejercer nuestras profesiones tengamos nociones de cómo trabajar en equipo, pues todos y cada uno de nosotros somos de vital importancia en la recuperación de nuestros pacientes.

Otro de los factores relevantes es la elaboración de instrumentos no psiquiátricos con los que médicos y enfermeras puedan detectar trastornos psicológicos en los pacientes, para que por medio de especialistas pueda afrontarse la situación a la brevedad, evitando con esto, el agravamiento del problema o la generación de otros conflictos no solo a nivel personal sino social (familia, grupo de diálisis, redes sociales de apoyo, etc.).

Adicionalmente, el Psicólogo que se desarrolla en el ámbito de la salud, debe generar estrategias para estar al tanto de la salud mental del personal que se mantiene en contacto con los pacientes, pues trastornos emocionales como el Síndrome de Burnout, afecta directamente sobre la calidad de atención que reciben los pacientes, afectando no solo a la calidad de vida del mismo, sino impactando de forma negativa el apego del paciente al tratamiento, la relación con los familiares y la vida social y personal del equipo de salud.

En el ámbito laboral, los psicólogos también podemos apoyar en el tratamiento y prevención de estas enfermedades en varios sentidos. En el caso de los pacientes que requieren situaciones especiales para enfrentar su enfermedad, servir como mediador entre trabajadores y empresas,

buscando siempre que las partes resulten los menos afectadas posibles. Así también, en el caso de los psicólogos que se encargan de los Recursos Humanos en instituciones de salud, buscar alternativas de atención para el personal que resulten benéficas para las partes involucradas. Otra alternativa es la creación de programas de asertividad, manejo de emociones y administración de tiempo para el personal, pues con esto se contribuirá a disminuir aquellas situaciones que colaboran en la aparición y/o agravamiento de las enfermedades crónico degenerativas como lo es la IRC.

De acuerdo con lo establecido en la información presentada a lo largo de los capítulos, propongo un plan de tratamiento tanto para pacientes, familiares, y personal de salud. En primer lugar, un plan cognitivo conductual con un entrenamiento de auto instrucciones y desensibilización sistemática, esto con el fin de intervenir con las personas que ya se encuentran dentro de un programa de tratamiento de IRC, enfocándonos en disminuir los estresores que los tratamientos de sustitución renal producen en ellos. En una cuestión preventiva y a largo plazo, y así también en los que se encuentran en tratamiento, un programa de terapia sistémica, ya que ésta se especializa en grupos con características y necesidades similares, lo cual servirá como red social de apoyo.

Por último, me es prioritario recalcar que la visión de la sociedad ante los psicólogos no va a cambiar por sí sola, es necesario que comencemos a trabajar en cuestiones preventivas, mostrar a las personas que existen posibilidades de un mejor desarrollo psicosocial, y esto solo se logrará dejando de esperar a que el paciente llegue a nuestro consultorio, debemos invitarlos a tener una mejor calidad de vida, con propuestas y hechos fehacientes y prácticos, ajustados a las necesidades, actitudes y aptitudes de la población con la que deseamos trabajar.

## BIBLIOGRAFIA

- ψ Alvarez F., Fernández; M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001) Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programas de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*.
- ψ Álvarez Gasca María Araceli. Políticas de la Salud en México Relacionadas con la Obesidad. *Gaceta FES Iztacala*, UNAM. 2010
- ψ Arenas M., Moreno E. Reig A., Millán I., Egea J. y Amoedo M. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mental mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Revista de la sociedad española de Nefrología*, 2004, 24, 470-479
- ψ Ávila Rojas Teresa Luzeldy, Barrios Santiago Pedro, De los Ríos Castillo José Lauro. Alteraciones Emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2004, 42 (5) 379-385
- ψ Ávila Rojas Tresa Luseldy, De los Ríos Castillo José Lauro, Montes Banda Gloria. Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2005. 3 (1-2), 9-14
- ψ Avilés Esquivel Martha, Campillo R. Marta, Rodríguez Ángel Estela (2007) Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y su familia. *Hacer Psicología*
- ψ Azcarate García E., Ocampo Barrio P. y Quiroz Pérez. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar* .México 2006, 8 (2). 97-102.
- ψ Azpiroz Carmen R., De Bortoli, Miguel Angel, Jofré Marcos J. y Páez Amelia E. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*. 2009, 8(11) 117-124.
- ψ Bakewell A., Higgins R., Edmunds M. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney International*. 2002 27(12) 239-240
- ψ Behar Daniel (2004) Tanatología. Al negar la muerte negamos la vida. Un buen morir. Encontrando sentido al proceso de muerte. PAX, México.
- ψ Bueno Dennis y Vinokur Enrique. Aspectos psicológicos del paciente renal. *Revista de Nefrología, Diálisis y trasplante*. Argentina 2002. 56, 11-114
- ψ Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal (2010) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Boletín de distribución gratuita.

- ψ Contreras Françoise, Esguerra Gustavo A., Espinoza Juan Carlos Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. *Psicología y Salud*. 2008,18 (2), 165-179.
- ψ Contreras Françoise, Esguerra Gustavo A., Espinosa Juan Carlos, Gómez Viviana Estilos en el afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de Hemodiálisis . *Acta Colombiana de Psicología*.2007, 10(2) 169-179.
- ψ De los Rios Castillo José Lauro, Barrios Santiago Pedro, Teresa Luzeldy Ávila Rojas (2004) Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con neuropatía. *Revista Médica del IMSS*,
- ψ Dos Santos Antola Lorena, Pérez Quintana Patricia, Reyes Juan Marcelo y Soloaga Guillermo. Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital Juan Ramón Gómez de la localidad de Santa Lucia, Corrientes. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. 2007, 167, 1-7
- ψ Drayer R. A., Pirano B., Reynolds C.F., Houck P.R., Mazumdar S., Bernardini J. Characteristics of depression in hemodialysis patients: Symptoms quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry*, 2006. 28,306-312
- ψ Echeburúa Enrique y de Corral Paz (1991) en Manual de Psicología Clínica Aplicada. Parte 4 Cap. XVI. Siglo XXI Editores. Madrid, España.
- ψ García F. W., Fajardo C., Guevara R., González V. y Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: el papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 2002, 22(3), 245-252
- ψ Incrementa el issste su red de hospitales con servicio de hemodiálisis, para agilizar atención a pacientes <http://www.isste.gob.mx>
  
- ψ Iruela L.M., Merino J. y Lombardia C. Psiquiatría de enlace en los pacientes trasplantados. *Monografías de Psiquiatría* .1995, 2, 36-9
- ψ Keller Fred Simmons(1990) La definición de la Psicología. Trillas , México
- ψ Kretschmar, M.D. & Jacobvitz, D. Observing Mother-Child Relationships Across Generations: Boundary Patterns, Attachment, and the Transmission of Caregiving. *Family Process*. 2002, 41(3) 351-374
- ψ López Ramos Sergio (2002) Lo corporal y lo psicossomático. Plaza y Valdés, México

- ψ Moreno Jiménez Bernardo, Garrosa Hernández Eva, González Gutiérrez José Luis. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos laborales*. 2000, 3 (1), 18- 28
- ψ Peña José Carlos (2004) Insuficiencia Renal Crónica. Guía para el paciente en Diálisis. Intersistemas, México.
- ψ Peña Rodríguez José Carlos (2007) Manual de Nefrología y trastornos de agua y electrolitos. Capítulo 17 Nefropatía diabética. Mc. Graw Hill, México.
- ψ Pérez Balseiro Vicente. Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia Renal. (2005) [http://www.seden.org/files/art624\\_1.pdf](http://www.seden.org/files/art624_1.pdf)
- ψ Pérez E., Medina G., Alvarado L. y Cortés R. Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal. *Nutrición Clínica*. 2005, 6, 215-219
- ψ Pérez San Gregorio Ma. Ángeles, Martín Rodríguez Agustín, Galán Rodríguez Antonio. Problemas Psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004, 5 (1). 99-114
- ψ Rebolledo Mota J. (2003) Aprender a morir. Fundamentos de Tanatología Médica. Distribuidora y Editora. Mexicana S.A. de C.V., México.
- ψ Rothbaum Fred, Rosen Karen, Ujie Tatsuo y Uchida Nobuko. Family Systems Theory. Attachment theory and culture. *Family Process*. 2002, 41(3), 328-347
- ψ Secretaría de Salud (2001) Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Secretaria de Salud, México.
- ψ Spielberg (1980) Tensión y ansiedad. Harper y Row Cap. IV Latinoamericana, México.
- ψ Treviño Becerra. Tratamientos sustitutivos en enfermedad Renal: diálisis peritoneal y trasplante renal. *Cirugía y Cirujanos*. 2009, 177 (5), 411-415
- ψ Vander Put Adrián (1979) Enfermedades de los riñones. Ediciones Adrian Van Der Put, España.