



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 3

Septiembre de 2016

IMPACTO DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Herminia Mendoza Mendoza¹, Rubén González Vera² Norma Leticia Cabrera Feroso³ y Roberto Arzate Robledo⁴
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica secundaria a obesidad y diabetes, forma parte de las enfermedades crónicas que hoy aqueja a la población mundial, su atención y control médico se ve limitado por cambios abruptos que requiere hacer el paciente, en alimentación, disciplina para la toma de fármacos, asistencia a citas médicas, a ser sometido a procedimientos médicos invasivos, y alteraciones emocionales permanentes como producto de múltiples pérdidas en distintas esferas de su vida: social, laboral, familiar y personal. Esta condición limita al paciente, al no contar con los recursos psicológicos que lo conduzca hacia un nuevo ajuste; la intervención médica se ve limitada por la falta de adherencia al tratamiento y en consecuencia una disminución significativa en su calidad de vida, en tanto que las complicaciones llevan a la muerte. Este trabajo pretende analizar el impacto de la atención psicológica en los pacientes con enfermedad renal. Se concluye que la intervención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual y social, contribuye a un mejor afrontamiento y a su implicación en decisiones relacionadas con cambios que la propia enfermedad requiere, propiciando una readaptación a las nuevas condiciones de vida y reanudación de su proyecto de vida.

¹ Profesora Asoc. "C", Carrera de Psicología, FESI-UNAM. Correo Electrónico: herminiamm25@hotmail.com

² Profesor Titular "A", Carrera de Psicología, FESI-UNAM. Correo Electrónico: rubengv@unam.mx

³ Profesor Asignatura "A", Carrera de Psicología, FESI-UNAM. Correo Electrónico: nfermoso@hotmail.com

⁴ Profesor Asoc. "C", Carrera de Psicología, FESI-UNAM. Correo Electrónico: arzater@unam.mx

Palabras clave: Calidad de vida, insuficiencia renal crónica, diálisis, ansiedad, afrontamiento.

IMPACT OF PSYCHOLOGICAL CARE PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

ABSTRACT

Secondary chronic obesity and diabetes, renal failure is part of the chronic diseases that today afflicts the world's population, their care and medical supervision is limited by abrupt changes required to the patient, diet, discipline for taking drugs, attending medical appointments, to undergo invasive medical procedures, and permanent emotional distress as a result of multiple losses in various spheres of life: social, work, family and staff. This limits the patient, not have the psychological resources that will lead him to a new setting; medical intervention is limited by the lack of adherence to treatment and consequently a significant decline in their quality of life, while complications leading to death. This paper analyzes the impact of psychological care in patients with kidney disease. It is concluded that psychological intervention in patients with chronic renal failure, cognitive, emotional, behavioral and social level, contributes to better coping and their involvement in activities related to changes decisions than the disease itself requires, prompting a re-adaptation to new conditions life and resume their life project.

Keywords: Quality of life, chronic renal failure, dialysis, anxiety, coping.

Introducción

Según la OMS (2013), la salud incluye un estado de completo bienestar físico, mental y social, no es sólo la ausencia de enfermedades o afecciones. La presencia de enfermedad excluye el estado de bienestar mental y social, que desde el contexto médico vivencial son poco abordados, por lo que se combate particularmente la alteración física. Como las enfermedades crónicas, definidas por su larga duración y lenta evolución, y que afectan a una parte importante de personas, menores de 60 años. Adolescentes y adultos forman parte de esta población vulnerable, por los riesgos que implica la nutrición inadecuada, la inactividad física, y los estilos de vida impropios en general. Además, el desarrollo de estas enfermedades, es producto del contexto de la modernidad y la urbanización no planeadas, y de los avances médicos, que aún cuando cuentan

con un mayor conocimiento respecto de las mismas, prolongan el promedio de vida sin calcular los resultados, retardando el envejecimiento y con él, las enfermedades propias de la edad, que afectan en mayor medida el aspecto degenerativo. La vida moderna ha arrojado estilos de vida cuyas características se relacionan con altos niveles de estrés, mayor competitividad con escasos recursos de preparación, falta de empleo, dietas inadecuadas, falta de recursos de atención a la salud a nivel preventivo, incertidumbre, desapego hacia la familia por largas jornadas de trabajo y bajos salarios, entre otros. Esta práctica constituye el cuadro ideal para que la población opte por estilos de vida poco recomendables como el consumo de tabaco, alcohol y comida rápida y su consecuente desarrollo de enfermedades metabólicas como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y cardiovasculares, por mencionar algunas (OMS, 2013). De acuerdo con esta Organización, en el mundo mueren alrededor de 36 millones de personas cada año y casi el 80% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios y se considera que los factores de riesgo más importantes son: la inactividad física, el uso nocivo de alcohol, de tabaco y dietas malsanas.

Dadas las complicaciones que se derivan de las enfermedades crónicas tanto físicas como psicológicas, este artículo pretende exponer la importancia de la atención psicológica en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a obesidad y diabetes y dializado por complicaciones.

La obesidad

La obesidad y el sobrepeso son concebidos por la OMS (2013), como acumulación anormal y excesiva de grasa en el cuerpo, que puede ser perjudicial para la salud; se consideran factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, cardiovasculares y cáncer, y constituyen el sexto nivel de amenaza de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas por sus consecuencias, 44% de éstos por complicaciones de diabetes, y 23% por cardiopatías isquémicas. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es el desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. Según esta misma Organización se

ha encontrado que esto se produce por el aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos saturados en grasas y azúcares, y reducidos en vitaminas y minerales, y el descenso en la actividad física, consecuencia del sedentarismo en el tipo de trabajo, que se realiza en los ambientes laborales, y los modos de desplazamiento y acelerada urbanización.

Rivera, Cuevas, Shamah y Ávila (2012), señalan en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que los adolescentes entre 12 y 19 años de edad presentan sobrepeso u obesidad, lo que significa que uno de cada cinco tiene sobrepeso y uno de cada diez obesidad. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% en las mujeres y 34.1% en hombres. En el caso de adultos, 73% en mujeres y 69.4% en hombres. En las mujeres el sobrepeso se presenta de los 30 a los 39 años y en los hombres, de los 60 a los 69. La obesidad más alta en mujeres es entre los 50 y los 59 años, y en los hombres de 40 a 49. En general en los adultos mexicanos se observa una prevalencia de obesidad abdominal del 64.5 en hombres y 82.8 en mujeres (Barquera, Campos, Hernández, Campos, Pedroza y Jansen, 2012, en: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición).

Entre las complicaciones de la obesidad y el sobrepeso se desarrollan enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial, que constituyen dos de los diversos síntomas del llamado síndrome metabólico, definido por López, Sosa y Labrousse (2007), como “una constelación de riesgos lipídicos y no lipídicos que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo como manifestaciones de un estado de resistencia a la insulina...” (p.12). No se trata de una enfermedad, sino de un grupo de problemas de salud causados por la combinación de factores genéticos y de otros relacionados con estilos de vida inadecuados como la sobrealimentación y la baja actividad física. Un dato alarmante es que la manifestación de este síndrome está apareciendo en edades más tempranas, lo que se explica por el sobrepeso y la obesidad en poblaciones infantiles y juveniles producto de malos hábitos alimenticios y la inactividad física.

La diabetes

La obesidad es uno de los factores predisponentes para que se presente una alteración metabólica como la diabetes, que de acuerdo con la OMS (2013), aparece cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina o cuando el organismo no la utiliza suficientemente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre), que de mantenerse así con el tiempo daña órganos y sistemas. Existen dos tipos de diabetes: la diabetes tipo 1 o diabetes insulino dependiente juvenil o de inicio en la infancia, caracterizada por la deficiente producción de insulina, que requiere de su administración diaria; y la insulina tipo 2, no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta consistente en la utilización ineficaz de la insulina, la cual y constituye el 90 % de los casos de diabetes, debido en gran medida al incremento del sobrepeso y la obesidad, en la población, y a la inactividad física.

La diferencia entre la diabetes tipo 1 y tipo 2, radica en que la segunda por lo general se diagnostica años después de su evolución y porque han aparecido complicaciones. Los síntomas en ambos tipos puede ser similiar sólo que en la diabetes tipo 2 suelen ser menos intensos (poliuria o excreción excesiva de orina, polidipsia o sed excesiva, polifagia o hambre excesiva, pérdida de peso, cansancio y trastornos visuales).

Otro tipo es la diabetes gestacional, que es un estado hiperglucémico detectado por primera vez durante el embarazo. Se diagnostica por medio de pruebas prenatales y los síntomas pueden ser similares a la diabetes tipo 2. Un indicador más de proceso de desarrollo de la diabetes es el deterioro en la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas, con estados de transición entre la normalidad y la anormalidad, siendo un riesgo constante, el progreso hacia la diabetes tipo 2.

Algunas consecuencias de la diabetes son: daños en el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios; además del aumento en el riesgo de cardiopatía y enfermedad vascular cerebral. La neuropatía puede ser periférica, afectando las extremidades y su probable amputación, o autónoma, dañando las vísceras. La retinopatía (daño en pequeños vasos sanguíneos), es la causa central de deficiencia grave de la visión, incluso de la ceguera en el paciente diabético; y la hipertensión junto con la insuficiencia renal crónica.

La hipertensión arterial

La hipertensión es un trastorno que causa un aumento continuo y sostenido de la presión diastólica y/o sistólica; resultante del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas. Según Moser y Sowers (2002), la mayor parte de los pacientes diabéticos tienen presión alta, son obesos, padecer hiperlipemia (alteración en el metabolismo de los lípidos plasmáticos como colesterol y triglicéridos) y trastornos de coagulación; cualquiera de las mismas suponen un riesgo de aumento de episodios cardiovasculares. Los esfuerzos en el tratamiento se han enfocado en el control de la glucemia mediante dieta, insulina o fármacos antidiabéticos; sin embargo, al parecer con un control estricto de la glucemia se ha observado cierto éxito en la prevención de las complicaciones microvasculares de la diabetes, como la retinopatía, neuropatía y nefropatía “...pero los efectos sobre criterios de valoración cardiovascular no se han demostrado de forma constante” (p. 12). Por lo que los tratamientos, han sido orientados a controlar además de la glucemia, otros factores de riesgo existentes, en personas con diabetes.

La hipertensión, según estos autores, es definida como una presión arterial >149/90 mmHg persistente, frecuente en pacientes diabéticos, condición que supone un aumento en el riesgo de una enfermedad vascular cerebral (ECV) y de una afectación ocular e insuficiencia renal. Así un paciente diabético tiene mayor riesgo de presentar una enfermedad coronaria, que un no diabético con una presión arterial similar. Bajo esta situación se entiende que aunque en la actualidad se hacen esfuerzos por controlar la presión en el afán de cuidar al

paciente de una nefropatía diabética, se sabe que la mayor parte de muertes que se producen prematuramente en pacientes diabéticos son derivadas de Enfermedad Vascular Cerebral (ECV), lo que indica que el control de la hipertensión es indispensable.

La relación diabetes e hipertensión está estrechamente relacionada tanto con trastornos metabólicos importantes como con factores renales, que pueden ser detectados clínicamente. Estudios epidemiológicos indican que el aumento de la presión arterial, especialmente la sistólica, se asocia desde progresión de nefropatía diabética hasta enfermedad renal en estadio terminal.

El tratamiento médico es orientado al cuidado del paciente diabético en cuanto a su dieta y fármacos adecuados para controlar valores altos de glucosa en sangre, con el fin de que reduzcan el riesgo cardiovascular, todo ello para conseguir una disminución significativa de la morbilidad y la mortalidad del paciente diabético.

La insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica, constituye, una de las enfermedades que con mayor frecuencia se presenta en el mundo y en México; un problema de salud pública. Su causa reside en trastornos de alta prevalencia, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus mal controladas. La edad en que se presenta es cada vez más temprana, menores, adolescentes y con mayor frecuencia en personas por arriba de los 20 años, su ascenso está condicionado por el incremento en la obesidad. Por lo que su debida atención durante este largo proceso mediante la promoción de estilos de vida saludables es fundamental: comer sanamente, hacer ejercicio y acudir a la supervisión médica, con el fin de reducir la progresión de estadios avanzados de la enfermedad (OMS, 2013). Asimismo, La Guía Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana de la CENETEC (2009), señala la importancia del autocuidado en el paciente con insuficiencia renal crónica, que le permita mantener su calidad de vida, mediante el control metabólico y la adherencia al tratamiento. Para lo cual se

sugiere implementar programas educativos que permitan la modificación de conductas de riesgo asociadas a la progresión del daño renal.

No obstante que existen programas de prevención de las complicaciones del daño renal, como se ha mencionado, los casos con estas características se incrementa año con año, por lo que una vez que los síntomas que se enunciarán se presentan, es muy probable que el tratamiento de sustitución renal sea necesario. Algunos son: que el paciente presente letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómito, anemia, hipertensión, aumento de la fosfatemia (incapacidad de los riñones para eliminar el fosfato) y disminución de la calcemia (calcio en la sangre, que interviene en la coagulación). El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia. El síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre. Los paciente que llegan a la uremia pueden presentar alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefaleas, temblores disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones conjuntivales y corneales, arritmias, anemia, piel seca, coloración amarillo bronce, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento y amenorrea, incluyendo la muerte (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

Según la Guía Clínica de Intervenciones de Enfermería en el Manejo Ambulatorio del Adulto con Terapia Sustitutiva de la Función Renal –Diálisis Peritoneal, señala que un tratamiento que constituye una alternativa, cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible es la diálisis peritoneal, mediante la cual se elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante. Los principios que fundamentan la diálisis son la difusión y ultrafiltración de los solutos y el agua; el movimiento de solutos es directamente proporcional al gradiente de concentración existente a ambos lados de la membrana, el cual se manipula variando la composición del líquido de diálisis. La diálisis peritoneal se realiza al utilizar la membrana peritoneal del

cuerpo que se encuentra dentro del abdomen como membrana semipermeable. Se infunden soluciones especiales que ayudan a eliminar las toxinas, permanecen en el abdomen por un lapso de tiempo y luego se drenan, extrayendo el exceso de agua, los desechos y las sustancias químicas del cuerpo. Al comenzar el primer tratamiento, el cirujano coloca en el abdomen un tubo pequeño y blando llamado catéter. Este catéter queda allí permanentemente. Permite la entrada y salida del dializado de la cavidad abdominal.

Para Rivera, Montero y Sandoval (2012), el procedimiento de diálisis peritoneal en sí misma, genera alteraciones emocionales y sociales tanto en el paciente como en su familia, lo cual fue demostrado al realizar un estudio con dos muestras, una paralela a la investigada en este trabajo, formada por sujetos provenientes de población abierta (sin afectación renal), que cumplió criterios de inclusión de ausencia de deterioro cognitivo evidente, salud general conservada (sin padecimientos crónicos graves que afectasen la funcionalidad de los sujetos), funcionalidad conservada, y edad igual o mayor a 50 años). Y otra compuesta de 83 pacientes diabéticos, 43 mujeres y 40 hombres, con una edad media de 53.5 años, en tratamiento de diálisis del Hospital General del IMSS de la Ciudad de México, considerando como criterio de inclusión para este estudio que presentaran sólo daño renal, sin otro tipo de afectaciones como ceguera o pie diabético y sin deterioro cognitivo importante, así como tener como mínimo dos meses en dicho tratamiento. A cada uno se les aplicó dos tipos de escalas: para medir desajuste psicológico y afrontamiento. Para la primera se empleó: escala de depresión, inventario de ansiedad de Beck, Escala Hunter opinión and personal expectation scale; para valorar desesperanza, sub-escala de enfermedad, escala de soledad, escala de ansiedad ante la muerte y escala de suicidio. Mientras que para la segunda, se utilizó: el cuestionamiento de afrontamiento al estrés y el cuestionario de salud para la evaluación de calidad de vida. Otras variables de relación fueron medidas a través de: la escala de soporte social de salud, escala de soporte social percibido, escala de bienestar espiritual, escala sobre la capacidad percibida de dar y la escala de economía percibida.

Los datos arrojados mostraron que las variables de desajuste mayormente asociadas de manera significativa e inversa con la calidad de vida fueron la depresión, seguida por la ansiedad y la soledad, aunado a un amplio compromiso de estas tres variables de desajuste con la calidad de vida vinculada a la salud. Al evaluar la Ansiedad ante la muerte se halló una moderada e inversa correlación, entre ésta y el total de la calidad de vida asociada a lo físico: a menor calidad de vida física, mayor ansiedad ante la muerte. Dato importante, porque dicha variable se encuentra asociada de manera directa con depresión, desesperanza e ideación suicida. Se observa que la espiritualidad basada en una relación plena con la vida (vida con sentido, adecuada integración con el otro y aceptación mutua) está asociada inversamente con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte, lo cual es consistente con resultados obtenidos en sujetos de una muestra no clínica.

En resumen los resultados corroboran la evidencia con respecto a la estrecha relación existente entre salud mental y calidad de vida en pacientes en diálisis. Así variables como la depresión, ansiedad, desesperanza y soledad mostraron la pertinencia de considerar su inclusión dentro de los protocolos de atención clínica hospitalaria. Al considerar el total de la muestra de pacientes en diálisis, la depresión, desesperanza y soledad, se asociaron a un estilo de afrontamiento cognitivo–disfuncional, desadaptativo, que puede favorecer el desarrollo de una actitud pasiva y desesperanzada con respecto al tratamiento, afectando la adherencia al mismo y por ende su calidad de vida.

Saborit, Sow y Llamas (2013), llevaron a cabo un experimento, en el cual incluyeron a los profesionales, a los pacientes con insuficiencia renal crónica y a su familia, a fin de determinar indicadores que evaluaran el grado de rehabilitación psicológica de los pacientes, que les permitiera integrarse de manera funcional a su vida diaria, pues consideraron como aspecto esencial del proceso rehabilitario, estimular en estos paciente su autoestima, mejorar sus relaciones interpersonales y mantener un mayor nivel de autonomía e independencia. El propósito fue identificar criterios y percepción que tenían los pacientes, familiares y personal de

salud, en cuanto al logro de rehabilitación psicológica, ya que según ellos, el aumento en la incidencia de esta enfermedad exige acciones que perfeccionen la atención que reciben estas personas, no sólo desde el punto de vista médico, sino con un enfoque multidisciplinario, se atiendan aspectos de índole social y psicológico, ya que esta enfermedad impacta de manera significativa la vida social y la estabilidad psicológica, siendo su condición médica un factor potencialmente discapacitante. En la atención psicológica de estos pacientes hay que tener presente que la expresión clínica comprende síntomas de la enfermedad y manifestaciones propias de la pérdida de las funciones renales.

Saborit, Sow y Llamas (2013), definen la rehabilitación psicológica como: "...una de las funciones a desarrollar por los psicólogos clínicos con el objetivo de realizar acciones psicológicas sobre individuos cuyo carácter distintivo es el ser portador de limitaciones tanto físicas como psíquicas de carácter irreversible, por lo cual son tributarios de acciones psicológicas para integrar a estos pacientes a la vida cotidiana hasta un nivel donde sus limitaciones se lo permitan" (p.157).

Estos autores concluyeron en su estudio, que los indicadores con mayores niveles de aceptación fueron el apoyo social, el régimen alimenticio, el estado clínico, el uso del tiempo libre, la incorporación al trabajo o actividad socialmente útil, la capacidad de autocuidado; y que la combinación en las intervenciones rehabilitatorias del tratamiento, la dieta, la educación física y la atención psicológica, todas son importantes como elementos clave en la rehabilitación del paciente renal

Según Utrillas y Vidal (2002), el diagnóstico de una enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida desde ese momento, todo es distinto; aunque la reacción va a depender de tres factores: del tipo de enfermedad, de aspectos personales, del entorno físico y social presente.

La insuficiencia renal crónica, por lo general es diagnosticada tardíamente, es reconocida, hasta que lo que la medicina ofrece es terapia sustitutiva, como la diálisis o el trasplante. La enfermedad crónica renal aparece en la vida de los

pacientes de manera inesperada, sobre la que difícilmente están preparados, y mucho menos para lidiar con ella de manera permanente; los síntomas una vez que se presentan, por su cronicidad aumentan, e inevitablemente determinan cambios en todas las esferas de su vida: trabajo, familia y amigos, entre otros. Una nueva realidad se tiene que enfrentar, la relacionada con su organismo (síntomas, cambios físicos, limitaciones físicas y el efecto de los procedimientos médicos) y con sus emociones, vinculada con la sensación de vulnerabilidad, enojo, miedo, ansiedad, frustración y depresión, entre otras.

Efectos del tratamiento en el paciente dializado, consecuencia de la obesidad

El curso de la enfermedad renal puede ser silencioso durante años, por falta de síntomas claros y de un diagnóstico efectivo claro por parte del equipo de salud para prevenir un fuerte desenlace. El impacto de una noticia de enfermedad renal en etapa tardía se produce sólo cuando los elementos del tratamiento entran en conflicto con el estilo de vida y las actividades que desarrollaba la persona antes de la aparición de la insuficiencia renal crónica; cuando se le informa que su única opción para sobrevivir es el tratamiento de sustitución renal (diálisis o hemodiálisis). El impacto es directo cuando los elementos del tratamiento requieren cambios bruscos, en el tipo de alimentación, en el aspecto físico, en atención hospitalaria y en actividades de cuidado general, entre otros, relacionados con situaciones familiares y sociales. Todo impacta además cuando por los factores antes mencionados, el paciente disminuye sus actividades de las cuales obtenía gratificaciones personales y hasta económicas, generando cambios en los roles que venían desempeñando antes de la enfermedad, convirtiéndose en un enfermo renal crónico.

Ahora, no sólo tiene que vivir con la diabetes y la obesidad, sino con un conjunto de enfermedades más, que si bien no fueron controladas las primeras, cuando empiezan a aparecer las complicaciones, las dificultades son aún mayores de controlar.

Calidad de vida en el paciente con enfermedad renal.

Los cambios producidos por una enfermedad como la diabetes y sus complicaciones llevan a la necesidad de indagar el concepto de Calidad de vida en pacientes que la padecen. Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), señalan que este concepto fue inicialmente empleado después de la segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos cuando los investigadores de aquella época pretendían explorar la percepción que se tenía acerca de lo que era una buena vida, en términos financieros. La calidad de vida fue entendida primeramente en cuanto al nivel socioeconómico, educacional y tipo de vivienda habitada. Posteriormente determinados psicólogos sugirieron la importancia de considerar aspectos subjetivos, toda vez que hacían alusión a indicadores, como la felicidad y la satisfacción. En una revisión de distintos autores, se encontró que el concepto de calidad de vida era empleado de manera confusa, ya que mientras para algunos hacía referencia a aspectos de tipo económico, con indicadores objetivos, para otros, lo más importante tenía que ver con la percepción individual subjetiva de los sujetos, en referencia a juicios personales en un sentido más amplio. Concluyen que son importantes ambos aspectos, por su impacto en una mayor conciencia sobre qué hacer y no hacer para favorecer una mejor condición de vida, que en su conjunto, reflejen de manera más completa, el bienestar general del paciente.

Según Mantegaz (2003), para distintos autores, la Insuficiencia Renal Crónica contribuye de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes. A este impacto se le conoce como *Illness Intrusiveness*, término en inglés que hace referencia “a las perturbaciones en el estilo de vida e intereses derivadas de los cambios anatómicos, déficits funcionales y discapacidades físicas inducidas por la enfermedad” (p. 22). Para la OMS (2013), la calidad de vida se entiende como la percepción de la persona de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, y las relaciones sociales, en vínculo con los elementos esenciales

de su entorno. Como se puede identificar tres son las dimensiones implicadas en la definición de calidad de vida: la física, la psicológica y la social. La física, que incluye la percepción en cuanto a la aparición de síntomas propios de la enfermedad, como los efectos producidos por los tratamientos. La psicológica, que contempla la percepción en relación a cambios cognitivos y afectivos, como miedo, ansiedad, la pérdida de autoestima, de autoimagen e incertidumbre, así como cambios en creencias personales, religiosas y espirituales, en torno al sentido de vida y del sufrimiento, entre otras, Y la social, que se relaciona con la percepción de cambio en relaciones interpersonales y roles desempeñados dentro y fuera de la familia, cambios producto de la propia enfermedad, incluyendo la comunicación médico-paciente, la situación laboral y con redes de apoyo.

Cambios emocionales y adaptación a la enfermedad renal crónica.

Toda enfermedad exige de la persona una serie de cambios adaptativos tanto físicos como emocionales, derivados del estrés generados por los tratamientos, los efectos de los propios medicamentos, los obstáculos personales, sociales y laborales, entre otros.

Hidalgo (1997), señala que, para Reichsman y Levy (1972), el proceso de adaptación, no ocurre de manera inmediata, sino en una serie de fases:

- a) Fase de luna de miel. Inicia en las breves semanas de aplicar la diálisis y se extiende unos meses, debido a que se pasa de gran malestar físico, a otro de recuperación, por el tratamiento.
- b) Fase de desencanto y desánimo. Ocurre cuando al reiniciar sus actividades cotidianas, el paciente se percata de ciertos cambios que lo limitan, prevalece algunos meses.
- c) Fase de adaptación a largo plazo. Aparece cuando el paciente asume sus limitaciones; conoce de manera más específica su enfermedad y su evolución, reorganizando su vida en función de estas condiciones.

Cambios observados que en estos pacientes a lo largo de cuatro años, expresan manifestaciones comunes, en general; como las siguientes:

En la primera etapa y de inicio de la enfermedad, se niega la existencia del diagnóstico, debido tal vez al miedo que produce la incertidumbre y a la falta de comprensión de lo que verdaderamente es la enfermedad. La situación de vida cambia para el paciente, ahora se le requiere constantemente en el hospital, capacitándolo tanto con un familiar encargado, para los cuidados y manejo del equipo que será utilizado en el hogar, si es que es el caso. En la segunda etapa, el rol de enfermo se configura más claramente, pues no sólo se percata de que su cuerpo se ha enfermado, sino que las repercusiones van más allá de sus dolencias físicas, la dieta, la medicación, el tiempo empleado en el hospital, entre otros. Las reacciones en esta etapa aunque pueden variar de un paciente a otro, en general fomentan mayor conciencia de los cambios que se requiere hacer en todos los ámbitos de la vida, lo cual va a depender de la edad, el rol que se desempeñaba en la familia, el estado civil, y la situación económica, entre otros, lo que genera un cambio importante en la percepción respecto de todas estas áreas cruciales. La valoración negativa que haga de sí mismo puede orillar a limitarse más allá de lo que la propia enfermedad le impone. En la tercera etapa, por la exigencia de adaptación que requiere su propio tratamiento y el impacto que ha producido, el paciente experimenta importantes cambios en su estado de ánimo, que afectan de manera negativa en su salud, tratamiento y evolución de la enfermedad; esta vivencia le puede producir un fuerte desequilibrio emocional, que le demandará reestructurar nuevos valores en su sistema de creencias. Ante tal situación y dependiendo de los recursos de afrontamiento del paciente puede acceder a la cuarta etapa, bajo un nivel de readaptación a su nueva condición, pudiendo reconstruir su imagen personal, sus relaciones sociales, familiares y laborales, y retomando un nuevo proyecto de vida.

Los pacientes que permanecen en la primera etapa corren el riesgo de retardar el tratamiento y empeorar físicamente, desarrollar fuertes trastornos psicológicos y llegar incluso a la muerte en una etapa temprana, por la falta de conocimiento e implicación en su autocuidado. Transitar hacia la segunda etapa y mantenerse al margen de la información que aclare el porqué experimenta determinadas molestias, percibiendo sólo lo negativo de la enfermedad y no las opciones

alternativas, puede generar una fuerte marginación social, y un desarrollo de dependencia y pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el paciente puede experimentar fuertes tensiones familiares, agresiones mutuas, altibajos emocionales importantes, y problemas de ansiedad por la incertidumbre ante los cambios en sus hábitos y condiciones físicas. En otro caso, puede aceptar y readaptarse a su nueva condición de vida que le permita favorecer un mayor autocuidado, retrasando en la medida de lo posible la dependencia y, con ello, promover su autonomía, haciéndose cargo de las medidas de autocuidado que requiere adoptar para evitar mayores complicaciones, a las ya existentes.

El manejo de estas etapas, en el mejor de los casos, ocurre paulatinamente; no obstante, es cierto que no todos los pacientes reaccionan de la misma manera; por lo que algunos se quedan en las fases precedentes a la adaptación; lo que les genera mayor sufrimiento y sobretodo, la aceleración de un deceso temprano, por el abandono precoz del tratamiento y la falla en las indicaciones médicas y dietéticas, fundamentales; en la intervención. Ante tales circunstancias, la repercusión de una aceptación tardía, trae consigo un desgaste físico, emocional y económico, importantes tanto para el paciente como para sus cuidadores, y para la familia, en general.

Atención Psicológica al paciente con Insuficiencia Renal Crónica dializado.

El estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica pocas veces es atendido, atribuyendo el fracaso de este tratamiento, a variables relacionadas con aspectos biológicos, como que el hecho de que el cuerpo no resistió o que el paciente “no le echó ganas”. No siempre se da prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad con aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución, a mediano plazo. Mucho se habla de la atención médica, poco del vínculo del alimento con los afectos hacia el cambio permanente en la alimentación y menos sobre la implicación de los cambios emocionales y las características de la personalidad en la aparición, curso y pronóstico de las enfermedades crónicas en general y de la

enfermedad renal, en particular, como variables que interfieren o facilitan el éxito de los tratamientos, en pro de una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Se podría ubicar dos momentos cruciales para el paciente con insuficiencia renal crónica: 1) cuando es notificado de la enfermedad, ante la cual si no tiene el antecedente por algún conocido o familiar que la haya vivido o no recibe la información entendible, por el uso técnico médico incomprensible para él, puede llegar a referirse a la enfermedad como algo transitorio en su vida, negando y por tanto retrasando el inicio del tratamiento correspondiente, y 2) cuando se le hace saber que requiere sustitución renal (diálisis o hemodiálisis) y se le tiene que preparar para llevarla a cabo. Es hasta este momento, que el paciente se percata del cambio tan drástico que tendrá su vida. Se puede considerar que la reacción a las primeras sesiones de diálisis indican en gran medida la posible adaptación a una nueva condición de vida. De tal modo que ocurren alteraciones en el estado de ánimo (tristeza, depresión), ansiedad (miedo), en la vida social (aislamiento y cambios de humor que favorecen el surgimiento de relaciones conflictivas y reacciones emocionales negativas en el entorno familiar), y conductuales (sobreingesta de líquidos y alimentos prohibidos). Los recursos de afrontamiento con los que cuente el paciente, tanto de apoyo social, laboral y familiar recibido, como todas aquellas acciones orientadas al cuidado de sí mismo serán decisivos, para mantener la autonomía; lo que redundará en la sensación de seguridad y éxito de tratamiento médico. La motivación de los propios cuidadores, ven así recompensados sus esfuerzos, al acompañar, a su familiar enfermo (Hidalgo, 1997).

De lo anterior se deriva la necesidad de enfatizar la importancia de abordar, aspectos como la preparación psicológica del paciente para el manejo de estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (ansiedad, depresión, ira y hostilidad, entre otros); el manejo efectivo de variables de apoyo psicosocial, incluyendo el rol de apoyo y acompañamiento de la familia o del cuidador primario; el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad en favor de una adecuada comunicación del paciente con sus médicos que lo mantengan al tanto sobre su

enfermedad y las posibilidades de tratamiento opcionales, que si no son aplicadas oportunamente, retroalimentan negativamente su estado de salud, como suele suceder frecuentemente.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica es intenso en cualquier momento de la vida, sin embargo también depende de otros factores como: la etapa del ciclo vital en la cual se presenta, del tipo de estrategias de afrontamiento que se hayan desarrollado, del manejo y control emocional, entre otros, los cuales permitirían al paciente reacomodarse a las nuevas condiciones de vida que la propia enfermedad le requiere. Con frecuencia los pacientes con este padecimiento se ven desbordados ante una serie de cambio abruptos que requieren hacer y que no se encuentran preparados para enfrentarlos, por lo que la intervención psicológica se hace indispensable.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, y social, contribuye a un mejor afrontamiento, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de que reanude una vida que se reacomode a las nuevas condiciones, con una calidad que el curso de la enfermedad lo permita. Muchas son las pérdidas en el paciente con IRC, por mencionar sólo algunas, se encuentran, cambios en la rutina diaria: salud, alimentación, imagen corporal, autonomía, autoestima, bienestar físico y emocional, rol familiar, de pareja, trabajo, estilo de vida y sexualidad, entre otros.

La escasa adherencia terapéutica en el paciente renal parece ser una constante con consecuencias, como la malnutrición, daño en huesos, falla cardiaca, incluyendo la muerte (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006). Una razón es que los tratamientos de sustitución renal, no son curativos, son invasivos y además implican un alto costo económico, familiar, laboral y social; entre otros; aunado a que, si bien es cierto que estos tratamientos mitigan las molestias, también generan efectos adversos, como la desnutrición, insomnio, fatiga extrema, disminución significativa de la movilidad, cansancio, palidez,

hinchazón en pies, tobillos, cara, así como el mal sabor de boca, producto de desechos tóxicos. Dichos efectos se producen por el llamado síndrome urémico que se agudizan con el paso de los años. Esto justifica la importancia de intervenir desde el inicio que se diagnostica la enfermedad, para favorecer el bienestar de los pacientes, y su calidad de vida, retardando lo más posible la intervención de tratamientos cada vez más invasivos, y desde luego, la muerte.

Conclusiones.

Hablar de sobrepeso y obesidad, nos lleva necesariamente a reflexionar sobre las consecuencias a mediano y a largo plazo, en la población. Su impacto a gran escala se proyecta en la falta de recursos y por ende de servicios de salud suficientes, que atiendan a las personas con cualesquiera de estas enfermedades crónicas. Esta afectación también es para las familias por las múltiples pérdidas a las que se enfrentan, sean físicas, económicas, laborales, psicológicas, sociales y espirituales. Sus manifestaciones son temas constantes en congresos, foros y coloquios, en el ámbito de la salud; en cualquiera de sus especialidades existe una preocupación constante por este trastorno multidimensional. Las enfermedades derivadas del sobrepeso y la obesidad como la diabetes, la hipertensión y la insuficiencia renal crónica, han llevado a médicos, nutriólogos, psicólogos, antropólogos, odontólogos, oftalmólogos, por mencionar algunos, a interesarse en estudiar la obesidad y sus enfermedades añadidas e intervenir una vez que están presentes; donde el objetivo de la psicología tendría que ser evitar que se llegue a complicaciones derivadas de cada una, realizando un trabajo de atención conjunta, con otros profesionales implicados, para atender física y emocionalmente al paciente y a su familia, y se favorezca su condición de vida conciencia a partir del aprendizaje de estas experiencias que afectan de modo colectivo (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

El objetivo común de cualquiera de las especialidades de la salud, interesadas en la atención de las enfermedades derivadas de la obesidad, tendría que ser enfocado primero a su prevención en etapas tempranas, y después al tratamiento integral de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, las renales y las cardiovasculares, en general. Asimismo tendría que ser incluido en cualquier protocolo de atención clínica hospitalaria la intervención multidisciplinaria que incluya paralelamente la psicológica, que facilite y promueva el desarrollo de recursos de afrontamiento ante los distintos cambios que conlleva una enfermedad crónico degenerativa como es el daño renal producido como complicación de la diabetes, ya que como lo señalan Rivera, Montero y Sandoval (2012), el desajuste psicológico significativamente elevado está asociado a niveles altos de ansiedad ante la muerte, depresión, desesperanza e ideación suicida; a menor calidad de vida, mayor soledad asociada con una baja percepción de soporte social. Los sujetos con desajuste psicológico importante afrontan su situación de enfermedad con un bajo nivel en la solución de problemas, una alta expresividad emocional abierta y una alta autofocalización negativa. Dicho estilo estratégico es claramente desadaptativo, pudiéndose traducir en recaídas, incremento de estadía hospitalaria, mayor consumo de medicamentos y complicaciones del cuadro clínico, con el consecuente incremento en costos de atención. A la luz de estos resultados, es muy importante atender el estado emocional de los pacientes en insuficiencia renal crónica a fin de favorecer una adecuada adaptación al proceso terapéutico prescrito por el médico tratante, lo cual tendría un impacto positivo en la reintegración a su vida diaria, mayor adherencia al tratamiento, mantener un estado de autonomía e independencia, y por lo tanto en la calidad de vida del paciente, que posponga en la medida de lo posible la discapacidad y el sufrimiento tanto en los pacientes como en su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Barquera, S.; Campos, I.N.; Hernández, L.B.; Campos, I.N.; Pedroza, A. y Jansen, I. (2012) Sobrepeso y obesidad en adultos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 127-179.
- Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinosa, J.C.; Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, *5* (3), 487-499.
- Intervenciones de Enfermería en el Manejo Ambulatorio del Adulto con Terapia Sustitutiva de la Función Renal –Diálisis Peritoneal. (2013), Catálogo Maestro de guías de práctica clínica, IMSS 642-13, Secretaría de Salud, pp. 1-53
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. (2009), Catálogo Maestro de guías de práctica clínica IMSS 335-09, Secretaría de Salud, pp. 4-95
- Hidalgo, C.G. (1997). La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su Tratamiento. *Psikhe*, *6* (1), 35-45.
- Mantegaz, L. A. (2003). Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis Doctoral Universidad de Deusto, p. 230.
- Moser, M. y Sowers, J. R. (2002). Tratamiento clínico de los factores de riesgo cardiovascular en la diabetes. *Professional Communications*, NC. New York, p. 278.
- OMS (2013). Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva (Marzo, 2013).
- OMS (2013) Diabetes. Nota descriptiva No. 312 (Octubre, 2013)
- López, M.E.; Sosa, M.A. y Labrousse, N.P. (2007). Síndrome metabólico. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. *174*, Octubre. 12-15.
- Rivera, J.D.; Cuevas, L.N.; Sharon, T.L. y Ávila, M.A. (2012). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.
- Rivera, L. A.; Montero, I. M.; y Sandoval, A. R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*. *35* (4).

Saborit, A. R.; Sow, I. Y Llamas, R. J. (2013). Indicadores de rehabilitación psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica terminal. ***Psicología para América Latina.***(24),43-67.Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000100004&lng=pt&tlng=es.

Urzúa, M.A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. ***Terapia Psicológica.*** **30** (1), 61-71

Utrillas, S. M. y Vidal, S. E. (2002). El apoyo psicosocial al paciente renal. ***Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.*** **2** (5), II trimestre.