The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a woman on horseback, holding a staff. The figure is surrounded by various symbols, including a castle, a lion, and a banner. The text "UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA" is written in a semi-circle at the top, and "ACADEMIA COACTEMALENSIS" is written in a semi-circle at the bottom. The Latin motto "ORBIS CONSPICUA CAETTERAS INTER" is also visible around the bottom edge of the seal.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“ EL IMPACTO NEGATIVO EN EL PSIQUISMO DEL PACIENTE RENAL A  
CAUSA DE LA HEMODIÁLISIS”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE  
CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

BETSABÉ EUNICE ALBANÉS GÓMEZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA

GUATEMALA SEPTIEMBRE DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man in a crown and robes, holding a book. Above him is a cross. To the left and right are lions. Below the central figure is a banner with the word 'PLUS' on the left and 'ULTRA' on the right. The outer ring of the seal contains the Latin motto 'ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA GOACCTEMALLENSIS INTER CAETTERAS'.

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA  
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE  
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usncpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs

Reg. 276-2011

DIR. 1,772-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

05 de septiembre de 2012

Estudiante  
**Betsabé Eunice Albanés Gómez**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL DOCE (1,764-2012), que literalmente dice:

**"UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"EL IMPACTO NEGATIVO EN EL PSIQUISMO DEL PACIENTE RENAL A CAUSA DE LA HEMODIÁLISIS,"** de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Betsabé Eunice Albanés Gómez**

**CARNÉ No. 2005-18552**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado Roberto Bolaños y revisado por Licenciada Elena María Soto Solares. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

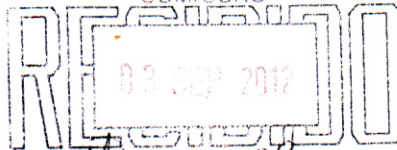
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO



Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:00 Registro: 276-11

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 1377-2012  
REG: 276-2011  
REG: 276-2011

INFORME FINAL

Guatemala, 30 de agosto 2012

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena María Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“EL IMPACTO NEGATIVO EN EL PSIQUISMO DEL PACIENTE RENAL A CAUSA DE LA HEMODIÁLISIS.”**

ESTUDIANTE:  
**Betsabé Eunice Albanés Gómez**

CARNÉ No.  
2005-18552

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 23 de agosto 2012 y se recibieron documentos originales completos el 28 de agosto 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

*[Signature]*  
**Licenciado Marco Antonio García Enríquez**  
**COORDINADOR**

**Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”**



c.c archivo  
Arelis



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: uacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 1378-2012  
REG: 276-2011  
REG: 276-2011

Guatemala, 30 de agosto 2012

**Licenciado Marco Antonio García Enríquez,**  
**Centro de Investigaciones en Psicología**  
**-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**Licenciado García:**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"EL IMPACTO NEGATIVO EN EL PSIQUISMO DEL PACIENTE  
RENAL A CAUSA DE LA HEMODIÁLISIS."**

**ESTUDIANTE:**  
**Betsabé Eunice Albanés Gómez**

**CARNÉ No.**  
**2005-18552**

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 21 de agosto 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Licenciada Elena María Soto Solares**  
**DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala 13 de agosto de 2012

Licenciado  
Marco Antonio García  
Coordinador Centro de Investigaciones en  
Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez"  
CUM

Estimado Licenciado García:

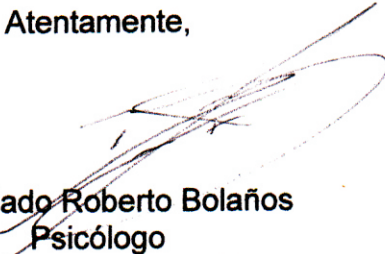
Por éste medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado " El impacto negativo en el psiquismo del paciente renal a causa de la hemodiálisis" realizado por la estudiante BETSABÉ EUNICE ALBANÉS GÓMEZ, CARNÉ 2005-18552.

El trabajo fue realizado a partir DEL 25 DE ABRIL DE 2011 HASTA EL 13 DE AGOSTO DE 2012.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Roberto Bolaños  
Psicólogo  
Colegiado No. 03065  
Asesor de contenido

# Medicorp Diálisis

MEDICINA CORPORATIVA DE DIÁLISIS SOCIEDAD ANÓNIMA

Guatemala 27 de julio de 2012

Licenciado  
Marco Antonio García  
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

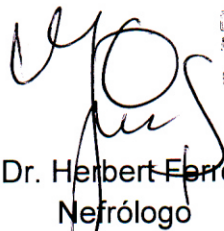
Estimado Licenciado García:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Betsabé Eunice Albanés Gómez, carné 2005-18552 realizó el trabajo de campo en ésta institución con 49 pacientes como parte del trabajo de Investigación titulado "El impacto negativo en el psiquismo del paciente renal a causa de la hemodiálisis" en el periodo comprendido del 21 de mayo al 27 de julio del presente año en horario de 11:30 a 14:00 horas, distribuido en cuatro veces por semana.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente



Dr. Herbert Ferrer  
Nefrólogo  
Director Médico  
Unidad de Hemodiálisis  
Hospital Cedros De Líbano

Dr. HERBERT M. FERRER  
MEDICINA INTERNA Y NEFROLOGIA  
Director Médico  
Unidad Hemodiálisis, Zona 1  
Col. 11434

Medicorp Diálisis

MEDICINA CORPORATIVA DE DIÁLISIS SOCIEDAD ANÓNIMA

Clínica Zona 1

PADRINOS DE GRADUACIÓN

EDVIN DANILO MAZARIEGOS ALBANÉS  
MEDICO INTERNISTA  
COLEGIADO 10784

HERBERT FERRER  
MÉDICO INTERNISTA Y NEFRÓLOGO  
COLEGIADO 11434



## DEDICATORIA

Como seres humanos somos dados a olvidar, particularmente, los favores que recibimos de otros. Pero a esta personita: **JAMÁS LA OLVIDARÉ**. Ese 9 de agosto de 2006, nos marcó por la eternidad. A esa “gran personita”, va dedicado este trabajo y los logros futuros. **A ESTER BEATRIZ, MI HERMANA AL CUADRADO**. (Hermana x hermana). Su riñón vive en mí.

## AGRADECIMIENTOS

**A Dios:** Por regalarme la vida y prolongármela a cada instante. ¡Vaya milagro!

**A mis padres:** Por su amor a toda prueba, su apoyo y paciencia; y por sus inyecciones diarias de optimismo que me hacen luchar día a día en pos de nobles ideales.

**A mis hermanos:** Ester Beatriz; por compartirme un fragmento de su vida, donándome un riñón, que ahora nos hermana al doble. A Eliseo Josué; por hacer mi vida más ligera, haciéndome reír cuando por lógica debería llorar, repitiendo su magistral papel todos los días. Ambos son el resorte que da la tensión justa a mi vida, para no renegar de ella.

**A mi abuelito:** Por su amor de antes que se proyecta en el hoy y el mañana con movimientos pausados, porque la inercia está muy gastada.

**A mis padrinos:** Dr. Mazariegos y Dr. Ferrer por haber sido instrumentos de Dios al conjugar su profesión y vocación en sus trato conmigo.

**A mis amigas y amigos:** Por su generosidad, porque casi no ven mis defectos y exageran mis escasas virtudes.

**A la USAC, gloriosa y tricentenaria:** Mi alma mater, forjadora y formadora de la conciencia y de la ciencia generacional en el país de la Eterna Primavera. Adjetivos me faltan para justipreciar tu historia.

**A la Escuela de Ciencias Psicológicas:** Por darme los fundamentos teóricos que me permiten entender a mis semejantes y tomar juntos, la mejor decisión en pro de la felicidad.

**A mis Catedráticos:** Por compartir de su caudal para enriquecer mi pobreza.

**A Hospital “Los Cedros”:** Que me abrió de par en par, sus generosas puertas administrativas. A los Dres. Ferrer, Silva y Mendizábal, profesionales brillantes; pero más que eso, seres humanos que cumplen su juramento hipocrático en su accionar diario. Aquí pude aportar el pago mínimo del enorme saldo de mi tarjeta de crédito social, con la implementación de mi proyecto de tesis. ¡Gratitud!

**A mis pacientes:** Personas que permitieron que mi proyecto de tesis se llevara a cabo, con las cuáles compartimos vivencias y me enseñaron a amar y valorar la vida.

**Al Licenciado Roberto Bolaños:** “ASESOR”, (en negrilla, subrayado y entre comillas); por su paciencia de santo, su agudeza y experiencia que se entretajeron para que este trabajo académico, sea fácil de digerir.

**A Licenciada Elena Soto:** “MI REVISORA”, Por su dedicación, más allá del deber, su paciencia, por su ser tan especial, por estar allí en todo momento (las 24 horas) y ayudarme a cumplir una de mis metas.

**A usted:** Que el prurito de la investigación le hace consultar las vivencias de otros humanos que le antecedieron. ¡Ánimo! Hay mucho por descubrir.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
PRÓLOGO .....	2
I. INTRODUCCION	
1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico	
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.1.2 Marco Teórico.....	6
1. Antecedentes Históricos de la Hemodiálisis. ....	6
2. Insuficiencia Renal Crónica. ....	8
2.1 Causas de la Insuficiencia Renal Crónica. ....	9
2.2 Síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica. ....	9
2.2.1 Síntomas del sistema nervioso y del cerebro.....	10
2.3 Método de diagnóstico de IRC.....	11
3. Tratamiento.....	12
3.1 Hemodiálisis. ....	13
3.1.1 Proceso de hemodiálisis.....	13
4. Información brindada al paciente y su familia sobre el proceso de Hemodiálisis.....	16
4.1 Pronóstico.....	16
4.2 Posibles complicaciones. ....	16
5. Problemas psicológicos y sociales de los pacientes en hemodiálisis. ....	18
5.1 La triada artificiosa físico-psicológico-social. ....	18
5.2 El impacto de la Hemodiálisis en el estado emocional de las personas con IRC. ....	20
5.3 Etapa del inicio de la enfermedad, experiencia de los síntomas.....	21
5.3.1 Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo. ....	22
5.3.2 Reflexión y análisis: nuevo punto de referencia. ....	22
5.3.3 Readaptación personal, social y familiar. ....	23
5.4 Problemas de ansiedad en personas en Hemodiálisis. ....	24
5.5 Problemas de depresión en personas en Hemodiálisis. ....	26
5.6 La percepción de salud en personas en hemodiálisis. ....	28
5.7 Problemas sociales en personas en hemodiálisis. ....	29
5.8 Apoyo emocional a la familia del paciente en hemodiálisis.....	29

1.2 Delimitación .....	31
II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Técnicas .....	32
2.2 Instrumentos .....	33
III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1 Características del lugar y de la población	
3.1.1 Características del lugar. ....	34
3.1.2 Características de la población.....	34
3.1.3 Interpretación de resultados .....	38
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones.....	42
4.2 Recomendaciones.....	44
BIBLIOGRAFÍA .....	45
ANEXOS .....	47
GLOSARIO.....	48

**RESUMEN**  
**“ EL IMPACTO NEGATIVO EN EL PSIQUISMO DEL PACIENTE RENAL A  
CAUSA DE LA HEMODIÁLISIS”**

**Betsabé Eunice Albanés Gómez**

La hemodiálisis a menudo implica la extracción artificial –por medio de una máquina-, de excesivos líquidos tóxicos del torrente sanguíneo del paciente, porque la mayoría de ellos no lo logra por la vía normal de la orina. Los efectos secundarios causados por dicha extracción y/o la eliminación de esos líquidos con demasiada rapidez; incluye la presión arterial baja, fatiga, mareos, dolor de pecho, calambres en las piernas, náuseas y dolores de cabeza. Estos síntomas pueden ocurrir durante y después del tratamiento.

La presente investigación se centra en factores estresantes y hasta depresivos que sufre el paciente renal en hemodiálisis; establecer pautas de referencia para que mejore su calidad de vida, conjuntamente con sus familiares, conviviendo en un ambiente adecuado para manejar de manera positiva su enfermedad. Recurriendo a talleres, entrevistas, testimonios y observación a pacientes y familiares, además a los técnicos que aplican las hemodiálisis. Creando un manual de referencia para establecer apoyo psicosocial al paciente en hemodiálisis. Todo lo anteriormente mencionado, fue implementado en el departamento de Nefrología del Hospital “Los Cedros”, ubicado en 8ª. Av. 2-48 Zona 1. Del 21 de mayo al 27 de julio de 2012.

Se trabajó con 49 pacientes, masculino y femenino, comprendidos en las edades de 16 a 84 años.

Para la selección de la muestra se utilizó la técnica aleatoria simple, tomando en cuenta a pacientes y familiares renales crónicos en hemodiálisis, técnicos en hemodiálisis de la unidad de Nefrología del Hospital “Los Cedros”. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas con médicos especialistas en Nefrología, observación y entrevista con familiares y pacientes renales crónicos en Hemodiálisis. Vaciado directo de la información recibida de profesionales, pacientes en hemodiálisis y familiares de pacientes.

## PRÓLOGO

La ocurrencia y prevalencia de las enfermedades renales de naturaleza progresiva en Guatemala tiene variabilidad en relación con las condiciones socio-económicas de los diversos sectores del país.

El impacto psicológico de la enfermedad sobre el paciente es mayor cuando éste es muy dependiente de los cuidados del núcleo familiar. Este aspecto es de importancia primordial en la rehabilitación del paciente, razón por la cual consideramos necesario realizar un estudio que nos confirme el impacto psicológico negativo, que ocasiona esta patología crónica sobre el paciente; así como su tendencia al suicidio, para poder tomarlo en cuenta dentro del manejo terapéutico.

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio reviste especial importancia:

Para la USAC, pues, se convertirá en pionero en su ramo para la comunidad san carlista.

Para la Escuela de Ciencias Psicológicas, ya que se convertirá en un manual que orientará a los profesionales de la psicología para tratar en forma adecuada a pacientes renales en hemodiálisis.

Para el área de Nefrología del Hospital Los Cedros, para brindar en el futuro apoyo psicológico a pacientes en hemodiálisis.

A pacientes renales en hemodiálisis, para entender la carga psicológica que deben sobrellevar para sobreponerse a sus dolencias y superar todos los escollos emocionales que presuponen su recuperación.

Para los investigadores, que nos perfilamos en el fascinante mundo de la Psicología; compenetrarnos aún más de nuestro compromiso indiviso de solidarizarnos con la sociedad a la que nos debemos y aportar de nuestras vivencias y conocimientos para ayudar a pacientes que deben continuar con su vida “normal” en una situación “anormal” o por lo menos incomprendida.

Durante el proceso de ésta investigación se determinó el impacto negativo en el psiquismo del paciente que genera la hemodiálisis, se identificaron cuáles son los factores estresantes y depresivos que sufre el paciente en hemodiálisis para

el manejo y afrontamiento de una forma de vida violenta e impuesta, se creó un manual de referencia que establezca apoyo psicosocial al paciente en hemodiálisis.

Se mejoró la calidad de vida de pacientes renales en hemodiálisis por medio de talleres a pacientes, familiares de pacientes y técnicos en hemodiálisis.



## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico

#### 1.1.1 Planteamiento del Problema

La ocurrencia y prevalencia de las enfermedades renales de naturaleza progresiva en Guatemala tiene variabilidad en relación con las condiciones socio-económicas de los diversos sectores del país.

El impacto psicológico de la enfermedad sobre el paciente es grande debido a las múltiples medidas agresivas diagnósticas y terapéuticas: dieta, biopsia renal, hemodiálisis, frecuentes hospitalizaciones y diversas complicaciones que puedan ocurrir. La persona que sufre, se siente mal físicamente; sin embargo, el mayor problema es de índole psicológico; siendo el estado emocional el indicador de la existencia de la dolencia renal. Además, la tristeza, el nerviosismo, el miedo y todas las emociones están relacionados con algún acontecimiento. Veamos un ejemplo: a los 26 años, Josué se cansa, empieza a sentir calambres por las noches, se marea... Todo le parece extraño, pero lo atribuye a dormir poco, trabajar muchas horas y a que siempre ha tenido una salud frágil. Se siente triste y apático. En una revisión médica rutinaria le dicen que puede tener algún problema renal, acude al nefrólogo y éste le informa que efectivamente, sus riñones no funcionan correctamente. Le realizaron diversas pruebas y conciertan una nueva cita. Sospechando algo desagradable, no desea acudir solo a la cita y le pide a su pareja que lo acompañe. Siente miedo. Juntos reciben la noticia: "tiene insuficiencia renal crónica".

Es una enfermedad que necesariamente le llevará a necesitar una máquina de hemodiálisis que depure su sangre tres veces por semana, para poder seguir con vida. Fueron muchos los datos que le facilitaron, pero lo único que recordaba al llegar a su casa era "Tengo una enfermedad grave", "Puedo morirme", "Necesitaré de una máquina para sobrevivir".

Respuestas simples para estas preguntas complejas son difíciles de conseguir; sin embargo, en ésta investigación pretendemos dar consejos útiles que apuntalarán la salud psíquica del paciente renal crónico en hemodiálisis, minimizando el impacto negativo en su personalidad que incidirá positivamente en su interacción social.

Todo lo anteriormente señalado nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta:

¿En qué medida el paciente renal en hemodiálisis podrá llevar un estilo de vida “normal”, siendo una persona productiva y cumpliendo con sus compromisos sociales y ser aceptado en su entorno?

### 1.1.2 Marco Teórico

#### 1. Antecedentes Históricos de la Hemodiálisis.

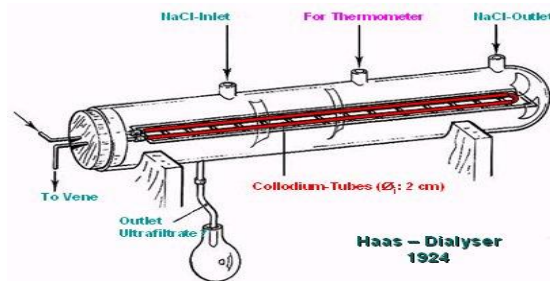
En Washington, calle de la Constitución, hay un letrero que menciona: “lo pasado es prólogo” lo que significa: que siempre debemos tener mucho respeto por nuestros ancestros, ya que nuestro desarrollo tecnológico se basa en las ideas que ellos tuvieron hace 100 ó 150 años. La primera película científica del mundo es justamente sobre hemodiálisis y data de 1914, es decir, tiene cerca de 100 años. En la ilustración se observa cómo se trataba en el siglo XV a quienes necesitaban hemodiálisis y resulta obvio que, para tratar el número actual de pacientes, que los americanos estiman en más de 1.200.000, era necesario desarrollar algo diferente. Georg Haas, que vivió a comienzos del siglo XX y se dedicó a la investigación sobre purificación de la sangre, experimentado en animales y también en humanos.



The vartomans enema (British Museum, 1516) Medwave, año VII, No. 3, abril 2007 revista biomédica.

Los médicos americanos dicen que fueron los primeros en realizar hemodiálisis, pero no es así; los científicos americanos de comienzos del siglo XX solo trabajaron en animales y el primero en hacer tratamiento en humanos fue el doctor Georg Haas, comenzó sus investigaciones en tecnología de trasplante aislando un órgano, hígado o riñón, para luego profundirlo, que es exactamente lo que se hace hoy en día, mediante un sistema de perfusión se utiliza para la administración intravenosa de sueros, una vez que se inicia el periodo isquémico de un trasplante.

Haas inventó un dializador, que es básicamente igual a los actuales, tiene un tubo de vidrio y una membrana tubular que mide 1,8 metros, es decir, es un tubo muy largo; la membrana es de nitrato de celulosa. Están los mismos componentes de los dializadores actuales: la entrada de la solución de NaCl para el líquido de hemodiálisis, la salida del ultrafiltrado, algún mecanismo de control térmico de la máquina y las conexiones a la arteria y a la vena. Haas ensambló ocho de estos dispositivos con un motor conectado a la bomba, con una rueda de transmisión y un dispositivo con el cual entibiaba a sus pacientes.

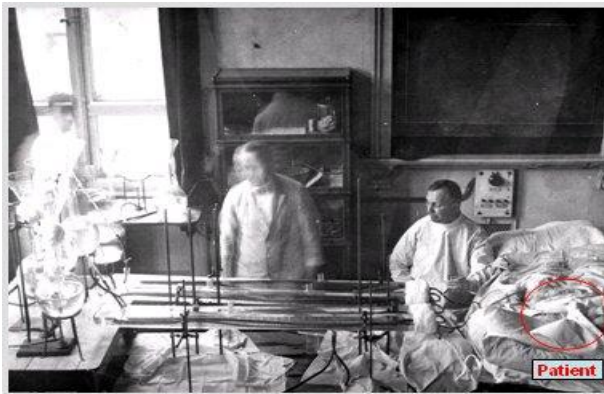


Dializador de Haas – 1924 primera hemodiálisis hecha en perros, por Dr. Georg Hass revista biomédica.

El experimento en el perro se hizo en 1914, antes del inicio de la Primera Guerra Mundial; diez años después, en 1924, Haas realizó la primera diálisis en un ser humano. Tuvo éxito y después empezó a publicar; su primera publicación apareció en julio de 1928 en una revista alemana y presentó sus resultados ante el más famoso congreso de internistas alemanes, pero no recibió aplausos, sino

burlas: todos los internistas se rieron de él, porque consideraron que era una técnica imposible de aplicar y que jamás podría mantener vivos a los pacientes urémicos. Alrededor de 1930 Haas abandonó sus investigaciones y pasaron quince años, hasta que Kolf retomó las experiencias con diálisis.

La hemodiálisis se comenzó a desarrollar a partir de los años sesenta, es decir, casi cincuenta años después de los primeros trabajos de Haas; desde entonces, el número de pacientes hemodializados en el mundo ha ido aumentando en forma exponencial hasta la época actual, llegando alrededor de 1.200.000 casos en el mundo, en el año 2004. Sorprende saber que en Japón, en un solo país, hay más de 240.000 pacientes. Todo esto es consecuencia de las investigaciones realizadas por Georg Haas hace casi cien años.



Primera diálisis en un paciente (Georg Haas), 1924 revista biomédica.

## 2. Insuficiencia Renal Crónica.

Es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG)  $<60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

## **2.1 Causas de la Insuficiencia Renal Crónica.**

La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos.

Muchas otras enfermedades y afecciones pueden dañar los riñones, incluyendo:

Problemas con las arterias que llevan a los riñones o que están dentro de estos:

Anomalías congénitas de los riñones (como la poliquistosis renal).

Algunos analgésicos y otros fármacos.

Ciertos químicos tóxicos.

Trastornos autoinmunitarios (como lupus eritematoso sistémico y esclerodermia).

Lesión o traumatismo.

Glomerulonefritis.

Infección y cálculos renales.

Nefropatía por reflujo (en la cual los riñones se dañan por el flujo retrógrado de orina hacia ellos).

Otras enfermedades del riñón.

La enfermedad renal crónica lleva a una acumulación de líquido y productos de desecho en el cuerpo. Esta enfermedad afecta a la mayoría de funciones y sistemas corporales, incluyendo la producción de glóbulos rojos, el control de la presión arterial, la vitamina D y la salud de los huesos.

## **2.2 Síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica.**

Los síntomas pueden abarcar:

Sensación de malestar general y fatiga.

Picazón generalizada (prurito).

Dolor de cabeza.  
Pérdida de peso sin tratar de hacerlo.  
Inapetencia.  
Náuseas.

Se pueden presentar otros síntomas, como:

Piel anormalmente oscura o clara.  
Dolor óseo.

### **2.2.1 Síntomas del sistema nervioso y del cerebro:**

Somnolencia y confusión.  
Problemas para concentrarse o pensar.  
Entumecimiento en las manos, los pies u otras áreas.  
Fasciculaciones musculares o calambres.  
Mal aliento.  
Susceptibilidad a hematomas o sangrado o sangre en las heces.  
Sed excesiva.  
Hipos frecuentes.  
Bajo nivel de interés sexual e impotencia.  
Cesación de los períodos menstruales (amenorrea).  
Problemas de sueño como insomnio, síndrome de las piernas inquietas o apnea obstructiva del sueño.  
Hinchazón de pies y manos (edema).  
Vómitos, típicamente en la mañana.  
Cambios en los niveles de azúcar.  
Anemia.  
Desnutrición.  
Abortos espontáneos y esterilidad.

Convulsiones.  
Insuficiencia cardiaca congestiva.  
Accidente cerebro vascular.  
Neuropatía.

### **2.3 Método de diagnóstico de IRC.**

La hipertensión arterial casi siempre está presente durante todas las etapas de la enfermedad renal crónica. Una evaluación neurológica puede mostrar signos de daño a nervios. El médico puede oír ruidos cardíacos o pulmonares anormales con un estetoscopio.

Un análisis de orina puede revelar proteína u otros cambios. Estos cambios pueden surgir desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas.

Los exámenes para verificar qué tan bien están funcionando los riñones comprenden:

Niveles de creatinina.  
BUN .  
Depuración de creatinina.

La enfermedad renal crónica cambia los resultados de algunos otros exámenes. Cada paciente necesita hacerse revisar lo siguiente de manera regular, con una frecuencia de cada 2 a 3 meses cuando la enfermedad renal empeore:

Potasio.  
Sodio.  
Albúmina.  
Fósforo.  
Calcio.  
Colesterol.



Magnesio.

Conteo sanguíneo completo (CSC).

Electrolitos.

Las causas de la enfermedad renal crónica se pueden observar en:

Tomografía computarizada del abdomen.

Resonancia magnética del abdomen.

Ecografía abdominal.

Gammagrafía renal.

Esta enfermedad también puede cambiar los resultados de los siguientes exámenes:

Eritropoyetina.

PTH.

Examen de la densidad ósea.

### **3. Tratamiento.**

Al padecer insuficiencia renal, se deben tomar algunas decisiones sobre el tratamiento. Tal vez se opte por no recibir ningún tratamiento. Si se decide recibir tratamiento, entre las opciones está la hemodiálisis, que usa una máquina para filtrar la sangre fuera del cuerpo; la diálisis peritoneal, que usa el revestimiento del abdomen para filtrar la sangre dentro del cuerpo; y el trasplante renal, en el que se coloca un riñón nuevo en el cuerpo. Cada tratamiento tiene ventajas y desventajas. La decisión en cuanto al tratamiento tendrá un impacto importante en la vida diaria

### 3.1 Hemodiálisis.

La hemodiálisis depura y filtra la sangre usando una máquina para eliminar temporalmente los desechos peligrosos del cuerpo, y el exceso de sal y de agua. La hemodiálisis ayuda a controlar la presión arterial y ayuda a que el cuerpo mantenga el equilibrio adecuado de sustancias químicas importantes, tales como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato cuando los riñones son incapaces de esto (es decir cuando hay una falla renal). Es una forma de diálisis renal y es por lo tanto una terapia de reemplazo renal.

#### 3.1.1 Proceso de hemodiálisis.

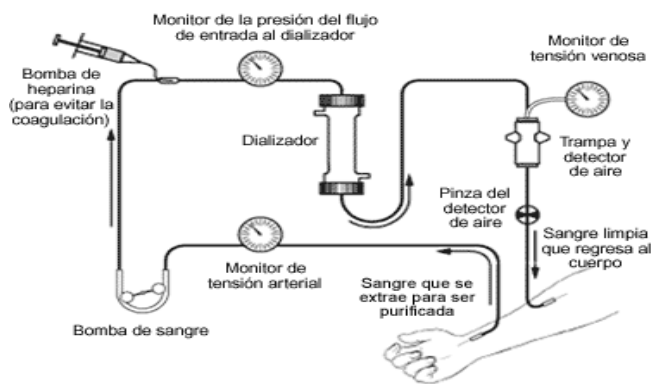


Diagrama esquemático de un circuito de hemodiálisis, revista biomédica.

La hemodiálisis utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para filtrar la sangre. El dializador es un cilindro conectado a la máquina de hemodiálisis. Durante el tratamiento, la sangre del paciente llega a través de unos tubos hasta el dializador, el cual filtra los desechos y elimina el exceso de sal y agua. Luego, la sangre limpia fluye a través de otro conjunto de tubos y vuelve a entrar en el cuerpo. La máquina de hemodiálisis vigila el flujo de sangre y elimina los desechos del dializador.

La hemodiálisis por lo general se realiza tres veces a la semana. Cada tratamiento dura de 3 a 5 horas o más.

Será necesario crear un acceso a su torrente sanguíneo varios meses antes del primer tratamiento de hemodiálisis. Podría tener que permanecer una noche en el hospital, pero a muchos pacientes se les realiza el acceso sin hospitalización. Este acceso proporciona una manera eficaz para que la sangre se transporte desde el cuerpo hasta el dializador y de vuelta al cuerpo sin causar molestias. Los dos tipos principales de acceso son una fístula y un injerto.



Fístula arteriovenosa, revista biomédica.

Un cirujano hace una fístula usando los vasos sanguíneos del paciente; se conecta una arteria directamente a una vena, por lo general en el antebrazo. El aumento en el flujo sanguíneo hace que la vena aumente de tamaño y se fortalezca de manera que se pueda usar para inserciones repetidas de aguja. Este tipo de acceso es el preferido. Podría demorar varias semanas en estar listo para usarse.



Injerto, revista biomédica.

Un injerto conecta una arteria a una vena usando un tubo sintético. No necesita desarrollarse como la fístula, por lo que se puede usar más pronto después de colocarlo. Sin embargo, un injerto tiene más probabilidades de tener problemas de infección y coagulación. Antes de la hemodiálisis, se colocan agujas en el acceso para extraer la sangre.

Si la enfermedad renal ha progresado rápidamente, podría no tenerse el tiempo necesario para hacerse el acceso vascular permanente antes de comenzar los tratamientos de hemodiálisis. Podría tener que usarse un catéter (un tubo pequeño y flexible que se inserta en una vena del cuello, pecho o pierna cerca de la ingle) como acceso temporal. Algunas personas usan un catéter como acceso a largo plazo también. Los catéteres que se usarán por más de unas tres semanas deben colocarse debajo de la piel para mayor comodidad y menos complicaciones.



Proceso de hemodiálisis, revista biomédica.

## **4. Información brindada al paciente y su familia sobre el proceso de Hemodiálisis.**

### **4.1 Pronóstico.**

“A muchas personas no se les diagnostica la enfermedad renal crónica hasta que han perdido gran parte de su función renal”.<sup>1</sup>

El pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón, vistos como datos epidemiológicos, ha demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye. La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón es por enfermedades cardiovasculares, sin importar si hay progresión a IRC.

“Mientras que las terapias de reemplazo renal pueden mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada”.<sup>2</sup>El trasplante renal aumenta significativamente la supervivencia de los pacientes con IRC cuando se compara a otras opciones terapéuticas. Sin embargo, es asociado a una mortalidad incrementada a corto plazo (debido a las complicaciones de la cirugía). Apartando el trasplante, la hemodiálisis doméstica aparece estar asociada a una supervivencia mejorada y a una mayor calidad de vida, cuando se compara a la hemodiálisis convencional de tres veces a la semana y a la diálisis peritoneal

### **4.2 Posibles complicaciones.**

Los problemas de acceso vascular son la razón más común para la hospitalización entre personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis.

---

<sup>1</sup> Avendaño Hernando. Nefrología Clínica, España 2009, pág. 999

<sup>2</sup> Cassem Ned H. Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales, España 1998 pág. 56

Algunos de los problemas comunes son infección, bloqueo por coagulación y mala circulación.

Estos problemas pueden impedir que los tratamientos den resultado. Podría tener que someterse a repetidas cirugías para lograr un acceso que funcione adecuadamente.

Otros problemas pueden ser causados por cambios rápidos en el agua y el equilibrio químico del cuerpo durante el tratamiento. Los calambres musculares y la hipotensión (una disminución repentina de la presión arterial) son dos efectos secundarios comunes. La hipotensión puede hacerle sentir débil, mareado o mal del estómago.

## **5. Problemas psicológicos y sociales de los pacientes en hemodiálisis.**

### **5.1 La triada artificiosa físico-psicológico-social.**

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. Cuando pensamos hay multitud de neuronas que establecen conexiones, las emociones incluyen muchos componentes bioquímicos y ¿actuar? músculos que se contraen y se 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 valoración que hacemos como del suceso agradable o no, peligroso o beneficioso, sobre la base de las expectativas de consecuencias y, finalmente, en base a nuestros sentimientos, gustos y deseos.

Parece que el ser humano es biología, química, física, todo ello relacionado mediante procesos complejos, cualitativamente diferentes a otros fenómenos de la naturaleza que, sin duda, no han sido completamente explicados por las ciencias médicas y la conducta humana.

“No obstante, los avances de la medicina hacen que haya personas viviendo sin un órgano “vital”. Es el caso de las personas sometidas a la hemodiálisis (HD), que se benefician de una técnica que ha llegado a un nivel de vida desarrollado, pero que suele ir de la mano a problemas psicológicos, derivados de la insuficiencia renal crónica (IRC) y de la propia técnica de tratamiento”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Periz Lola, 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal, España 2001. Pág. 43

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 ésta situación.

Cuando nos hablamos de insuficiencia renal, nos referimos a una situación de mal funcionamiento renal, lo cual es insuficiente para definir al enfermo, ya que lo característico de él no es solo el déficit orgánico, sino cuáles son sus reacciones emocionales y su comportamiento ante la enfermedad.

El ser humano es el único que no solo tiene una enfermedad orgánica, sino que “se siente” enfermo. No reacciona frente a lo que es la enfermedad objetivamente una alteración en un órgano del cuerpo, causado por agentes específicos que afectan el organismo de un modo previsible, sino a lo que significa para él como persona. Este significado es diferente para cada afectado e impregnan todo lo que hace, siente y piensa. A causa de la variación individual, no hay una relación proporcional entre la gravedad de las alteraciones orgánicas y la vivencia emocional.

Dos personas pueden tener la misma enfermedad, con idénticos síntomas, recibir el mismo tratamiento, y sin embargo, sus valoraciones o sentimientos con relación a la enfermedad o al tratamiento pueden ser totalmente distintos. Esto es porque la enfermedad no existe como realidad aislada, sino que se da en un individuo, con unas experiencias determinadas y viviendo en un medio social concreto.

Las personas en hemodiálisis (HD) están obligadas a modificar su forma de vida, más o menos, en función de cual fuera lo anterior de sus proyectos y del curso de la IRC o su tratamiento. Los cambios que impone al HD van desde hábitos básicos como la dieta o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan el proyecto de vida de una persona y por ende su autorrealización. Esta situación lleva a cambios en la percepción de sí mismo y las relaciones sociales.



Insistentemente podemos observar que los factores físicos, psicológicos y sociales contribuyen una unidad indisoluble, afectando unos a otros.

## **5.2 El impacto de la Hemodiálisis en el estado emocional de las personas con IRC.**

Se suele denominar impacto de la enfermedad a las perturbaciones en el estilo de vida derivadas de los cambios anatómicos, déficit funcionales y discapacidades físicas inducidas por la enfermedad.

“El impacto de la insuficiencia renal crónica parece fundamentalmente determinado por el tratamiento, siendo el que más afecta el bienestar de los afectados la HD, por el modo en que evolucionan los síntomas físicos y las enfermedades concomitantes, así como por el tipo de estrategias de afrontamiento que emplee cada paciente para adaptarse a los cambios impuestos por la enfermedad”.<sup>4</sup>

En los pacientes hemodializados puede haber expectativas de trasplante o no. En el primer caso, la esperanza de mejoría después del trasplante puede mitigar el impacto psicológico de los síntomas. Por el contrario, si el paciente sabe que no puede ser trasplantado y, a medida que pasa el tiempo, además, experimenta un deterioro físico progresivo, las emociones negativas se incrementan como consecuencia de la desesperanza y del no control de la situación.

En cambio más llamativo es el abandono o reducción notable de la actividad laboral o de estudio. Inicialmente, los tres días semanales que tienen que acudir para recibir la hemodiálisis al hospital generan grandes dificultades para poder desempeñar un trabajo o dedicarse a los estudios con cierta normalidad. Además la incertidumbre respecto al futuro favorece la inhibición para desarrollar actividades sistemáticas.

---

<sup>4</sup> Méndez, Ana, Nefrología, España 2002. Pág. 78

Se han propuesto diferentes fases en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, en las que el impacto de la enfermedad y su tratamiento es diferente.

“La experiencia en el tratamiento psicológico y la atención de enfermería a personas en hemodiálisis, junto a las propuestas de diferentes autores, nos permiten señalar cuatro fases en el transcurso de la IRC: Inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación”.<sup>5</sup>

### **5.3 Etapa del inicio de la enfermedad, experiencia de los síntomas.**

La característica fundamental de ésta fase es temor a lo desconocido y la falta de comprensión de su enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal. Esta experiencia es paralela a la de las crisis agudas de enfermedad: se mantiene contacto con el médico o con el hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. Aunque hay una manifestación de síntomas, el paciente suele pensar que desaparecerán en un período breve de tiempo.

El médico informa sobre la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de su vida. En este momento, el enfermo se centra en sus manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como el pronóstico y el malestar físico que lo acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter, iniciándose así el siguiente periodo.

---

<sup>5</sup> Miñarro J. Simon V Estudio de ansiedad en pacientes en hemodiálisis y trasplantados, España 1985. Pág. 317

### **5.3.1 Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo.**

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento.

Conociendo que su enfermedad es crónica, toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y en general, reflexiona sobre sus límites y sus capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que se vive: esto es, toma como referencia las creencias que una persona sana tiene sobre los afectados de una enfermedad crónica. En nuestra cultura hay una devaluación social del enfermo, percibiéndolo como una persona distinta a la mayoría, inferior. Desde esta perspectiva el afectado empieza a sentirse incapaz para tener proyectos, no puede trabajar, no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable y lleno de limitaciones.

La creencia del sano que considera al enfermo como un ser débil, marginado, unida a los obstáculos que se interponen entre lo que hacía antes y lo que puede hacer ahora, suele ir asociada a la inseguridad, el distanciamiento social, vergüenza de sí mismo y, en último término, a un elevado riesgo de inadaptación personal, familiar y social. El sujeto enfermo pone en cuestión este sistema de valores, momento en que se inicia la tercera fase.

### **5.3.2 Reflexión y análisis: nuevo punto de referencia.**

Al conocer mejor la realidad en la que está inmerso el individuo, pone en duda las creencias sociales sobre el enfermo crónico que hasta ahora se correspondían con las suyas propias. Se da cuenta de que realmente tiene unas limitaciones, pero también de que posee múltiples capacidades que le permitirán desarrollar un nuevo proyecto de vida.

El estado de ánimo del enfermo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado.

Podría decirse que vive un período de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

### **5.3.3 Readaptación personal, social y familiar.**

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado.

Gracias a éste proceso de adaptación puede resolver muchas dudas que le acosaban en el pasado ¿qué puedo hacer y qué no puedo hacer?, ¿cuál es el papel en la familia?, ¿cuál es el papel en la sociedad?.

El modo en que se resuelven estas cuestiones será decisivo para la postura que adopte ante la enfermedad. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven solo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y se vuelven dependientes, sin proyectos propios.

“En general, podría afirmarse que las personas que se quedan estancadas en la primera etapa son aquellas que viven exclusivamente para su enfermedad, con un elevado riesgo de desarrollar trastornos psicológicos”.<sup>6</sup>

El estancamiento en la segunda fase conduce a la marginación social, dependencia y pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo

---

<sup>6</sup> Echeburúa E., Ansiedad crónica. evaluación y tratamiento. Madrid 1993 pág. 35

mantendrá una actitud de duda constante, altibajos emocionales, relaciones familiares tensas y experimentará niveles elevados de ansiedad, por la incertidumbre a la que se ve sometido ante los cambios tanto en sus hábitos como en sus actividades físicas.

Dado que durante las etapas primera y tercera el enfermo se encuentra en una situación de descontento y alteración emocional, en muchas de las investigaciones que estudian la influencia del tipo de tratamiento sobre los trastornos psicológicos del sujeto exigen como requisito que los enfermos hayan permanecido en diálisis por lo menos un año ya que éste parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación.

La mayoría de las personas con IRC suelen pasar por estas fases, si bien la duración de cada una y los contenidos individuales pueden variar, lo cual influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento.

Después de la aparición de nuevas creencias sobre la enfermedad se hace consciente el intento de readaptación a esta nueva situación.

El enfermo, desde nuevo punto de referencia empieza a dar respuestas a las dudas que hasta ahora había mantenido: ¿qué puedo y no puedo hacer?, ¿cuál es mi papel ante mi familia y la sociedad?.

#### **5.4 Problemas de ansiedad en personas en Hemodiálisis.**

La mayoría de los médicos están de acuerdo en que las características de la insuficiencia renal crónica y sus tratamientos favorecen la aparición de ansiedad generalizada, debido a la presencia constante de situaciones amenazantes a las que tienen que enfrentar estos enfermos.

Llamativamente se ha observado que cuando no hay condiciones terminales inminentes, el nivel de ansiedad predice la supervivencia de los pacientes, incluso mejor que las variables médicas. Todo parece indicar que las respuestas de ansiedad generalizada perjudican no solo el bienestar de los enfermos renales, sino también sus condiciones físicas.

Entre los aspectos que favorece la aparición de la ansiedad en las personas en HD y que son comunes a otros tratamientos de la IRC, destacan los siguientes: restricciones en la dieta, disminución de la capacidad sexual, cambios en las relaciones sociales y familiares, cambios en la apariencia física, temor a la muerte, la situación familiar y económica. El temor a la muerte aparece en todos los pacientes con dependencia en el tratamiento en el que se encuentre; sin embargo, las causas específicas del miedo a morir varían. Así, los sujetos en hemodiálisis tienen miedo a las complicaciones derivadas de la enfermedad y de los efectos derivados de la hemodiálisis. Las personas que se ven sometidas a la hemodiálisis comparten como estresores las restricciones en los líquidos, la debilidad y la fatiga y la dependencia de los profesionales sanitarios.

Entre los factores específicos que contribuyen a favorecer la ansiedad en la hemodiálisis son dignos de mención: las limitaciones para viajar, para realizar actividades físicas y en el tiempo disponible, los picores y las náuseas, el miedo a empeorar, el miedo al pinchazo o al mal funcionamiento de la fístula, y el temor a un posible fallo de la máquina, al futuro, a los ingresos hospitalarios, así como la dependencia de la máquina.

“Las personas en hemodiálisis con más complicaciones (exceso de peso, calambres, catarros, dolor de garganta, dolor de oído, etc.), son las que tienen mayores niveles de ansiedad. En ésta misma línea, se indicó que las mayores puntuaciones en ansiedad las manifestaban los pacientes en hemodiálisis que habían disminuido su capacidad funcional por complicaciones físicas”.<sup>7</sup>

“Las diferencias entre hombres y mujeres son que las mujeres las que tenían más ansiedad que los hombres tal como parece suceder en la población general. En cuanto a la variable edad, la ansiedad es mayor en los pacientes más jóvenes, aproximadamente entre los 25 y 45 años, lo cual ha sido explicado porque existe mayor cantidad de responsabilidades en éste intervalo de edad.

---

<sup>7</sup> Parker Louis, Psiconefrología, México 1999. Pág. 684

Además los niveles de ansiedad se desarrollan mas cuando la persona está casada, tiene hijos y desarrolla una actividad laboral”.<sup>8</sup>

Entre las condiciones que disminuyen o rebajan la ansiedad, parece que el apoyo social tiene un papel importante.

### **5.5 Problemas de depresión en personas en Hemodiálisis.**

La depresión y la ansiedad son las manifestaciones psicológicas más frecuentes entre los pacientes renales.

Los síntomas físicos más, comunes derivados de un estado de ánimo depresivo: apatía, dificultades para concentrarse, problemas relacionados con el sueño, anorexia, disminución en el deseo sexual.

Del mismo modo que sucede con la ansiedad, la depresión es una variable que predice la supervivencia del paciente, mejor incluso que la edad y las variables clínicas y analíticas, aunque, según parece, el mejor predictor de la supervivencia del sujeto consiste en la combinación de dos variables: depresión y ansiedad.

Para comprender la relación entre depresión y supervivencia conviene tener en cuenta que los pacientes con depresión son los que siguen peor las prescripciones médicas, además de presentar un estado físico más deteriorado.

La presencia de depresión correlaciona fuertemente con la ansiedad depresiva excesiva, hasta el punto de que en muchos casos clínicos lo que aparece es un trastorno emocional global que incluye componentes de ansiedad y depresión.

Las pérdidas en las que se ven sometidos éstos pacientes contribuyen a explicar las respuestas de tristeza y la depresión. Entre éstas destacan las pérdidas de salud, del trabajo, de la estabilidad, pérdida de libertad y libertad respecto a la

---

<sup>8</sup> García JJ, Problemática psicológica en el paciente renal, España1992, pág. 468

dieta y la ingesta de líquidos. Esto, unido a una reducción de las actividades de ocio y diversión, explicaría la aparición de síntomas depresivos.

Otro factor depresivo es la experiencia de indefensión, por lo poco o nada que puede hacer por sí mismo para cambiar sus condiciones físicas o las exigencias del tratamiento. “Algunos autores han encontrado una relación inversa entre la depresión y percepción de control, indicando que los sujetos que atribuían sus condiciones de salud a factores personales eran los que tenían más depresión”.<sup>9</sup>

En general, parece demostrado que un estado físico general malo favorece el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Por otro lado en los pacientes en hemodiálisis, la presencia de de toxinas en el organismo provoca también la aparición de síntomas depresivos tales como pérdidas de memoria, dificultades de concentración, apatía, anorexia, pérdida de peso, fatiga, disminución del deseo sexual, insomnio etc.

Los resultados de la depresión apuntan hacia niveles mayores de depresión en mujeres que en hombres, pero estando en hemodiálisis el número de hombres deprimidos parece ser elevado, llegando a las dos terceras partes del total.

El efecto de la actividad laboral sobre el efecto de la depresión parece ser consistente, la mayoría de los resultados indican que los sujetos no activos laboralmente presentan más crisis depresivas.

Los resultados apuntan hacia el mantenimiento de los niveles de depresión en los enfermos sometidos a HD de los niveles de depresión en los enfermos no sometidos a HD aunque en los tres primeros meses de tratamiento sea mayor.

Otra variable que se ha hallado relacionada con la existencia de depresión es el apoyo social. Los pacientes con menor apoyo social tienen síntomas depresivos que los que gozan de mejor apoyo, especialmente cuando la percepción de disfunción física es mayor.

---

<sup>9</sup> Rodríguez A. situación laboral y depresión en los insuficientes renales crónicos. 39 – 43, 1986.



Finalmente algunas publicaciones han indicado que las expectativas de los profesionales de la salud respecto a la evolución de la enfermedad pueden ser relevantes en la medida que lo comuniquen a los pacientes. Si éstas son elevadas y no responden a la percepción del paciente, favorecen el aumento de la depresión.

### **5.6 La percepción de salud en personas en hemodiálisis.**

El uso de indicadores de salud percibida en la práctica médica, especialmente en el campo de la epidemiología, ha supuesto un gran avance en la evaluación de los tratamientos. Esto significa que, además de los objetivos indicadores objetivos del estado físico, interesa conocer la percepción del paciente respecto a ciertos aspectos como el dolor, la capacidad funcional, el sueño. Sin el conocimiento difícilmente podrían diseñarse intervenciones destinadas a su mejora.

La información del paciente respecto al grado de mejoría experimentado es tan importante como la mejoría observada en las pruebas médicas objetivas.

Un hecho sorprendente es que la percepción del paciente guarda una relación más estrecha con variables socio demográficas y psicológicas que con el tipo de tratamiento que recibe; en éste caso destaca la influencia de la depresión cuya presencia va asociada a una percepción negativa de salud.

Además la percepción de salud, al igual que la depresión, es un buen predictor de la mortalidad asociado a la percepción de salud es superior al asociado a la situación física.

Los sujetos sometidos a hemodiálisis, con frecuencia, piensan que su salud es mala. Además del tipo de tratamiento, existen otras variables que están fuertemente relacionadas con la percepción de salud como son la edad, el nivel educativo y la presencia de otras enfermedades.

### **5.7 Problemas sociales en personas en hemodiálisis.**

Hay múltiples situaciones sociales en las que la mayoría de las personas se sienten incómodas: cuando alguien hace una crítica o recibe un elogio, al hablar en público, cuando desean decir no, al iniciar una conversación con un desconocido... Hay por lo tanto múltiples situaciones para la aparición de problemas, de malestar.

En el caso de las personas en hemodiálisis, éstas situaciones de riesgo se multiplican: tener que explicar las faltas al trabajo, hablar con los amigos de la propia salud, mostrar el brazo con la fístula, o el cuello con el catéter, todo ello junto con los problemas físicos, favorecen la disminución de las actividades sociales, especialmente de las que requieren actividad física.

De modo general, el mayor impacto de la IRC y la HD es el que se produce en padres, hijos, esposos y esposas y en general en todas las personas que conviven con el enfermo.

A menudo, la pareja, los padres e incluso los hijos se adaptan tanto a los cambios de actividad derivados de la hemodiálisis como a sus nuevas condiciones físicas, preocupándose más por los cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento y en la reducción o eliminación de los contactos sociales.

### **5.8 Apoyo emocional a la familia del paciente en hemodiálisis.**

Las familias que más afectadas se ven y quienes más cuesta recuperarse son aquellas que no tienen recursos para afrontar las responsabilidades que anteriormente asumía la persona enferma. Por otra parte, el estado físico o emocional, las quejas del enfermo, las complicaciones, la atención sanitaria... influirán también en la reacción del resto de la familia ante la enfermedad.

Las quejas más frecuentes de los familiares que buscan ayuda psicológica para mejorar sus relaciones son que desde la entrada a hemodiálisis el paciente ha dejado de participar en actividades agradables que realmente sí puede realizar y

que su comportamiento ya no es alegre y responsable, sino triste, dependiente y en muchas ocasiones agresivo.

Las personas en hemodiálisis acuden a las sesiones de hemodiálisis o a las consultas dirigidas por profesionales sanitarios que disponen de protocolos de intervención para realizar diagnósticos precisos, prescribir el tratamiento adecuado o realizar los cuidados pertinentes.

“Sin embargo no es frecuente encontrar protocolos de evaluación e intervención para mejorar la adaptación a la enfermedad y a la hemodiálisis tanto a pacientes como a familiares que son de los más afectados en el transcurso de la enfermedad”.<sup>10</sup>

Las intervenciones que se realizan con esta finalidad no son sistemáticas ni planificadas por lo que su eficacia es limitada.

Para favorecer la rehabilitación de los pacientes y sus familias en hemodiálisis es necesario que ésta se plantee como uno de los objetivos de la intervención. Por otro lado se deben diseñar y aplicar protocolos de evaluación e intervención psicosocial, resultando imprescindible el abordaje interdisciplinario para conseguir la máxima eficacia, ampliando la intervención de los profesionales médicos y de enfermería a la de psicólogos en especial y trabajo social.

---

<sup>10</sup> Magaz A. Mejora de la calidad de vida en personas con IRC. Protocolo de intervención. Bilbao-Madrid, 1997. Pág. 223

## **1.2 Delimitación**

Departamento de Nefrología del Hospital “Los Cedros” ubicado en 8 Av. 2 - 48 Zona 1 de la ciudad capital de Guatemala.

El estudio se realizó a cuarenta y nueve personas, hombres y mujeres, comprendidos entre las edades de 16 a 84 años de edad, que ahora dependen de una máquina de hemodiálisis para sobrevivir; en el período comprendido del 21 de mayo al 27 de julio de 2012; en un horario de 11:30 horas a 14:00 horas, distribuido en cuatro veces por semana.

Los factores que se tomaron en cuenta para realizar la investigación fueron los factores estresantes y depresivos que sufre el paciente renal en hemodiálisis.

## II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 2.1 Técnicas

Con las técnicas de investigación, se llevó a cabo lo siguiente:

Entrevistas abiertas individuales a familiares de pacientes renales crónicos en hemodiálisis de la unidad de nefrología del Hospital “Los Cedros” Del 21 de mayo al 27 de julio del presente año. Se emplearon 30 minutos por entrevista.

Observación directa a pacientes renales crónicos donde se establecieron conductas, estado de ánimo, emociones, miedo, nerviosismo, tristeza y alteraciones psicosociales que se manifestaron no solo en el paciente sino también en los familiares.

Testimonios por pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital. Al mismo tiempo se entrevistaron a médicos especialistas en Nefrología.

✓ Médicos especialistas en Nefrología, entrevistados:

- a) Dr. Herberth Ferrer. (Jefe del área de nefrología del Hospital “Los Cedros”).
- b) Dr. Manuel Toledo. (Fundador y Asesor del área de Nefrología del Hospital General San Juan de Dios).
- c) Dr. Schubert Castillo. (Nefrólogo del IGSS, Autonomía).
- d) Dr. Mendizábal. (Nefrólogo).
- e) Dr. Julio Silva. (Director Médico. Medicina Corporativa de Diálisis)

Observación a pacientes renales crónicos en hemodiálisis del Hospital “Los Cedros”.

Testimonios por pacientes renales crónicos en hemodiálisis de la unidad de nefrología del Hospital “Los Cedros”.

Entrevista a familiares de pacientes renales crónicos en hemodiálisis de la unidad de nefrología del Hospital “Los Cedros”.

## 2.2 Instrumentos

Entrevista: Es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplían y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional.

Observación: Es una técnica psicológica, que detecta y asimila la información de un hecho, o el registro de los datos utilizando los sentidos como instrumentos principales.

Testimonio: Relato que una persona hace sobre una vivencia personal. Se basa, principalmente, en la capacidad de su memoria (efectivamente, no todos recordamos con la misma facilidad las cosas, a las personas o los acontecimientos).

### **III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1 Características del lugar y de la población**

##### **3.1.1 Características del lugar.**

El trabajo de campo se realizó en el departamento de Nefrología del Hospital “Los Cedros” ubicado en 8 av. 2-48 Zona 1 de la ciudad capital de Guatemala. Las hemodiálisis se llevan a cabo en el cuarto nivel de las instalaciones antes mencionadas, en un horario de 11:30 a 14:00 horas.

El departamento de Nefrología cuenta con elevador y escaleras, cincuenta y seis máquinas de hemodiálisis completas y totalmente funcionales, cuenta con tres salas de hemodiálisis A, B y aislamiento; recepción, una oficina administrativa, sala de espera para quince personas, un televisor para las personas que esperan, diez televisores distribuidos en las tres salas, una sala de cirugía y todos los implementos necesarios para la atención de los pacientes y familiares.

##### **3.1.2 Características de la población.**

El proceso de investigación de “El impacto negativo en el psiquismo del paciente renal a causa de la hemodiálisis”, se realizó con una muestra de cuarenta y nueve personas,- hombres y mujeres-, comprendidos entre las edades de 16 a 84 años, que ahora dependen de una máquina de hemodiálisis para sobrevivir. Personas que antes de ser diagnosticadas tenían una vida normal y que ahora viven con la zozobra si el día de mañana estarán vivos para poder realizar algunas de las actividades que hacían con anterioridad.

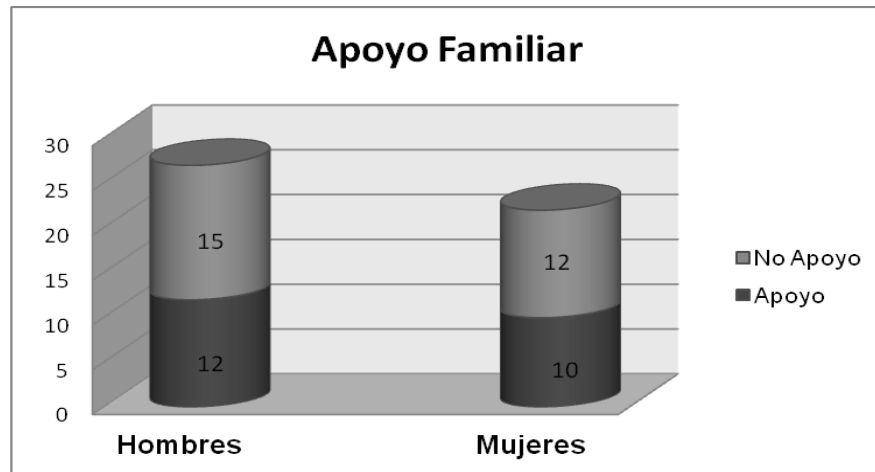
**Gráfica No. 1**



**Fuente:** Entrevistas realizadas a pacientes en hemodiálisis del Hospital Los Cedros.

**Descripción:** De los 49 pacientes que se atendieron; 27 eran de sexo masculino y 22 de sexo femenino.

**Gráfica No. 2**

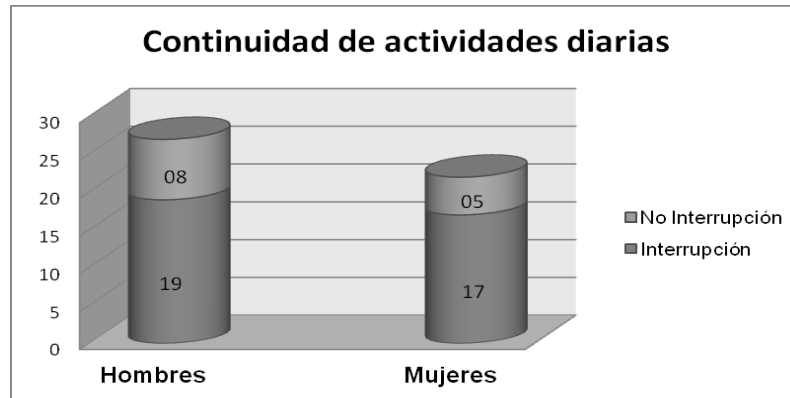


**Fuente:** Entrevistas realizadas a pacientes en hemodiálisis del Hospital Los Cedros.

**Descripción:** De los 27 hombres que se atendieron; solo 12 reciben apoyo familiar y de las 22 mujeres, solo 10 reciben apoyo familiar.



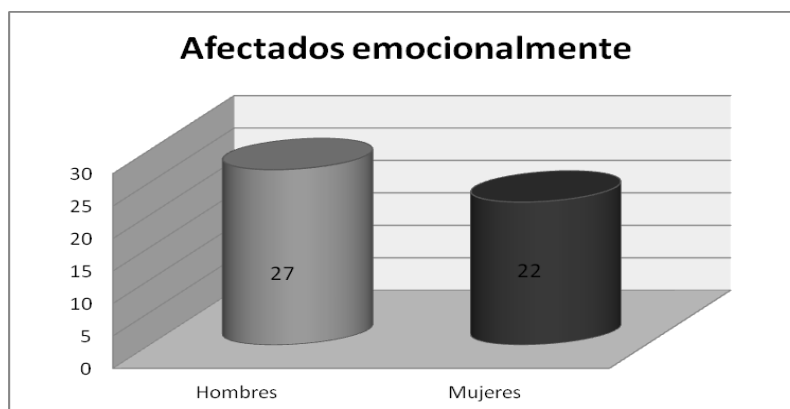
**Gráfica No. 3**



**Fuente:** Entrevistas realizadas a pacientes en hemodiálisis del Hospital Los Cedros.

**Descripción:** De 27 hombres que se atendieron; 19 dejaron a un lado sus actividades diarias, y 8 continuaron pero no manteniendo el ritmo de actividad antes de la hemodiálisis. De las mujeres, 17 abandonaron sus actividades y 5 continuaron, teniendo que abandonar muchas actividades anteriores.

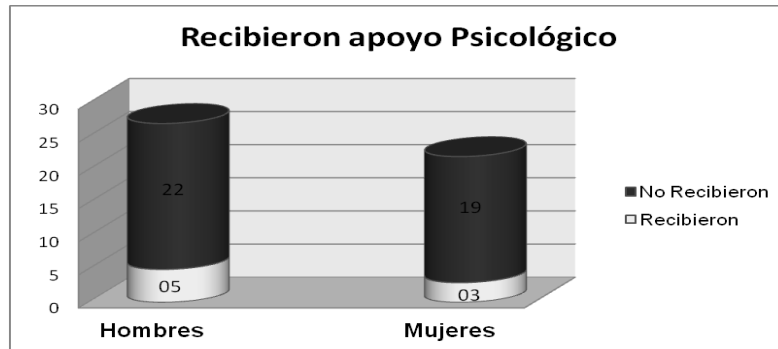
**Grafica No. 4**



**Fuente:** Entrevistas realizadas a pacientes en hemodiálisis del Hospital Los Cedros.

**Descripción:** De los 27 pacientes de sexo masculino y las 22 pacientes de sexo femenino; el 100% de hombres y mujeres fueron afectados emocionalmente.

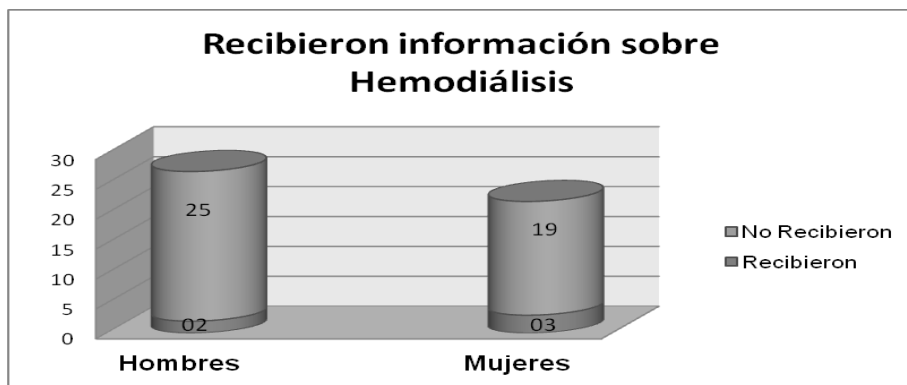
**Gráfica No. 5**



**Fuente:** Entrevistas realizadas a pacientes en hemodiálisis del Hospital Los Cedros.

**Descripción:** De los 27 hombres atendidos; solo 5 recibieron apoyo psicológico y de las 22 mujeres; recibieron solo 3 apoyo psicológico, cabe notar que éste apoyo psicológico fue muy corto e inconstante ya que no cuentan con un profesional en psicología para realizar éste trabajo.

**Gráfica No. 6**



**Fuente:** Entrevistas realizadas a pacientes en hemodiálisis del Hospital Los Cedros.

**Descripción:** De los 27 hombres atendidos; solo 2 recibieron información sobre hemodiálisis y lo que conlleva. De las 22 mujeres atendidas; solo 3 recibieron ésta información, los pacientes muchas veces no saben a qué se están sometiendo.

### **3.1.3 Interpretación de Resultados**

El trabajo de campo se realizó con cuarenta y nueve pacientes que llevaban una vida como cualquier persona y después de haber sido diagnosticados con insuficiencia renal crónica, dependen de una máquina de hemodiálisis para poder vivir: veintisiete de estos pacientes eran de sexo masculino y veintidós de sexo femenino.

Es muy triste saber que no todos los pacientes cuentan con apoyo familiar, muchos de ellos no pueden valerse por sí mismos, llegan en silla de ruedas o caminan con demasiada dificultad, y muchas veces, no pueden irse por sus propios medios del hospital, hasta que una ambulancia pueda pasar por ellos. De los veintisiete hombres, solo doce reciben apoyo familiar y de las veintidós mujeres, solo diez tienen apoyo de su familia. Cabe notar, que ésta ayuda, no siempre es de parte de todos los miembros de la familia y no es un apoyo total.

No es nada fácil enterarse que de ahora en adelante se dependerá de una máquina de hemodiálisis para vivir. De los siete días de la semana; tres deben ser utilizados para ir al hospital y recibir la hemodiálisis, el tiempo empleado en conducirse al hospital, recibir el tratamiento, esperar que los síntomas disminuyan, alimentarse, y regresar a casa,- muchas veces con malestar y mucho cansancio-; todo esto implica dejar por un lado las actividades cotidianas como empleo, estudios, distracciones, restricciones en todos los ámbitos y muchas veces el abandono de sueños, que con suerte, pueden llegar a cumplirse o tal vez no. De todos los pacientes; solo ocho hombres y cinco mujeres, continuaron con todas sus actividades diarias normales. El continuar con las actividades cotidianas, en todos los casos, implicó una disminución de ellas.

La insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis en sí, no son, solo una enfermedad física, sino que se constituyen una en dolencias que afectan emocionalmente, no sólo la sufre el paciente, sino toda la familia con él o ella. Se manifiestan muchos cambios emocionales: negación, depresión, estrés,

cólera, culpa, baja autoestima, etc. La vida cambia totalmente, y lo más triste, es que se torna impuesto y violento, no hay opción, es vivir o morir. De los pacientes en hemodiálisis, el cien por ciento, fueron y siguen siendo afectados emocionalmente, cada uno en distinta forma, pero nadie escapa de este flagelo psico-social.

Antes de realizar el trabajo de campo, solo cinco pacientes de sexo masculino habían recibido apoyo psicológico y tres de sexo femenino, es un dato que provoca preocupación, tristeza o muchas emociones encontradas, se dice que la insuficiencia renal es una enfermedad que está de moda. En nuestro país hay una cantidad enorme de pacientes que padecen de ésta enfermedad y no todos tienen acceso a la ayuda psicológica, aunque deberían tenerla. El tratamiento no solo debiera ser físico, ya que la disposición mental del paciente logrará entrar en la terapia y superar la deficiencia de manera exitosa, pero... ¿quién los ayuda?, ¿quién escucha cómo se sienten?, ¿quién orienta a la familia para que el proceso sea menos difícil?, ¿quién está con el paciente cuando llora porque tiene miedo de dejar a sus hijos huérfanos?, o pregunta ¿si estará vivo mañana?, ¿cómo afrontar ésta situación?, o mejor dicho ¿quién o quiénes, la afrontan y enfrentan con ellos?

Es entendible que hay demasiados pacientes, como para dedicarles una atención muy personalizada; explicarles, qué es la insuficiencia renal y todo lo que conlleva, resolver sus grandes dudas, junto con las de sus familiares; se torna tan complicado como explicarle a un infante lo que es un año/luz. En ese momento, tanto el paciente como familiares, están sumergidos en su problema, en su dolor, en su preocupación; o muchas veces, el paciente ni siquiera está consciente en ese momento como para entenderlo, pero lo ideal sería, contar con un programa que eduque y ayude al paciente -juntamente con su familia- para comprender qué es la insuficiencia renal, qué es la hemodiálisis y todo lo conexo; presentarles la hemodiálisis como lo que es: “UN MEDIO PARA VIVIR”. Es cierto, es un camino muy duro por recorrer, pero es un camino que nos lleva

–al final- a un destino; que los pacientes y su familia no vean la hemodiálisis como la paga de sus “pecados”.

De los veintisiete pacientes del sexo masculino, solo dos recibieron información sobre la enfermedad y el tratamiento. De las veintidós mujeres, solo tres recibieron ésta información.

Es extremadamente notable, que dentro del personal médico y personas conexas, por su orientación profesional, carecen de los conocimientos, de su preferencia y sobre todo del tiempo, para orientar a los pacientes renales en hemodiálisis, sobre las implicaciones emocionales que el tratamiento traerá al paciente y a su entorno familiar, laboral, académico, religioso, etc. Sugiero, humildemente, que la labor de un profesional de las ciencias psicológicas aunado a la labor directa del médico, no solo coadyuvarán una a la otra, sino que ambas serán más exitosas, con la consecuente reducción de tiempo en los tratamientos, que al final reducirían costos en la Salud Pública e individual.

Yo fui paciente que estuvo en hemodiálisis, hace seis años, cuando me diagnosticaron la insuficiencia renal, sentí que me moría en vida.

Fue un proceso muy duro, más que físico yo diría que fue más emocional. Todo lo que éstos pacientes sienten, yo lo viví; sentí el miedo de no regresar a mi casa y morir en la máquina de hemodiálisis, sentí mucha frustración al ver mis sueños truncados, al saber que mi futuro era incierto, que ya no podía hacer muchas de las cosas que antes hacía, de tener que depender de una máquina para vivir, de abrir mis ojos cada mañana -cuando bien me iba y podía dormir- y pensar que debía ir al hospital en vez de ir a la universidad o al trabajo, pero a la vez dándole gracias a Dios porque estaba viva. Muchas veces me sentí muy deprimida, triste, cansada, molesta con la vida, y todo esto fue un sufrimiento no solo para mí, sino para toda mi familia y la gente que me quiere, no tuve la oportunidad de contar con ayuda psicológica, no tuve información ni educación -previa y pertinente- sobre todo éste proceso. Pero gracias a Dios y la hemodiálisis, estoy viva. La hemodiálisis hizo lo que mi riñón ya no podía hacer,

tuve la bendición de contar con el apoyo de mi familia, lo que me dio la fortaleza y el amor por la vida, conté con un personal de salud estupendo, (médicos y técnicos en hemodiálisis) que me hicieron sentir que estando con ellos todo estaría bien, hicieron que cada día en el hospital, fuera menos doloroso, podría decir que fueron los ángeles que Dios envió para cuidarme.

Nunca diré que la hemodiálisis es “buena, bonita y barata”, pero con la orientación y la ayuda correcta puede ser un proceso menos traumático y frustrante, se puede llevar una vida medianamente normal, no como se hacía antes, pero algo parecido. Pero con todo, la hemodiálisis se constituye en uno de los mejores recursos que la ciencia médica dispone actualmente, para prolongar la vida a pacientes que ya no “tendrían futuro”, en un presente incierto y tumultuoso.

Sueño con el día en que se creen y se apliquen programas para la ayuda a pacientes, familiares de pacientes y personal de salud, para que el proceso de la hemodiálisis sea más llevadero para todos, donde cada uno asuma su rol con responsabilidad y conocimiento de causa, donde no haya víctimas ni victimarios, sino más bien, DONDE TODOS VIVAMOS PLENAMENTE.

## **IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones**

Luego de realizada la investigación se concluye lo siguiente:

1. En Guatemala hay una gran incidencia de insuficiencia renal crónica, lo cual en su mayoría conlleva a la hemodiálisis, esto ha provocado en los últimos años un mayor interés en el estudio de la vivencia de la hemodiálisis y de las repercusiones psicológicas y sociales de ésta situación.
2. Cuando nos referimos a hemodiálisis, nos referimos a una situación de mal funcionamiento renal, lo cual es insuficiente para definir al paciente, debido a que lo característico de él no es solo el déficit orgánico, sino cómo reacciona emocionalmente ante la enfermedad.
3. A muchos de los pacientes no se les diagnostica la enfermedad renal crónica hasta que han perdido gran parte de su función renal, mientras que la hemodiálisis puede mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada.
4. Los cambios que impone la hemodiálisis van desde hábitos básicos como la dieta o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo, los estudios, que afectan el proyecto de vida de una persona y por ende su autorrealización.
5. La insuficiencia renal crónica y el tratamiento que es la hemodiálisis es un factor que afecta no solo al paciente sino a los familiares del paciente, el estado físico o emocional, las quejas del enfermo, las complicaciones, la

atención sanitaria... influirán también, en la reacción del resto de la familia ante la enfermedad.

6. Muchos de los pacientes no reciben el apoyo familiar y eso influye negativamente en el tratamiento y en la calidad de vida del paciente en general.
7. Las expectativas de los profesionales de la salud respecto a la evolución de la enfermedad, pueden ser relevantes en la medida de la manera en que lo transmitan a los pacientes e influirá en la mejora o deterioro de la salud del paciente.



## **4.2 Recomendaciones**

En base a lo concluido se recomienda:

1. Al momento de dar el diagnóstico, brindar una orientación sobre el proceso de la hemodiálisis y todo lo que conlleva y enfocarlo de una manera positiva donde el paciente y la familia vea que es un medio de vida y puedan estar preparados para sufrir el cambio que afectará la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares.
2. Realizar protocolos de evaluación e intervención para mejorar la adaptación a la enfermedad y a la hemodiálisis, tanto a pacientes como a familiares que son de los más afectados en el transcurso de la enfermedad.
3. Diseñar y aplicar protocolos de evaluación e intervención psicosocial, resultado imprescindible del abordaje interdisciplinario, para conseguir la máxima eficacia, ampliando la intervención de los profesionales médicos y de enfermería a la de psicólogos en especial y trabajo social.
4. Contar, dentro del personal de salud, con un profesional en psicología para brindar el apoyo necesario tanto a pacientes como a familiares.
5. Brindar una orientación a los profesionales en salud sobre la influencia positiva o negativa que ellos ejercen sobre los pacientes.
6. Para favorecer la rehabilitación de los pacientes y sus familiares en hemodiálisis, es necesario que ésta se plantee como uno de los objetivos de la intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Avendaño Hernando. (2009) NEFROLOGÍA CLÍNICA (3ª ed.). Madrid España. Editorial Médica Panamericana. 1086 p.
- ✓ Echeburúa E. (1993) ANSIEDAD CRÓNICA. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO. (1ª ed). Madrid. Editorial Eudema. 96 p.
- ✓ García E, Magaz A. (2008). ENSEÑANZA DE SOLUCIONES COGNITIVAS PARA EVITAR PROBLEMAS INTERPERSONALES. (1ª ed.) Madrid España. Grupo Albor-Cohs. 224 p.
- ✓ García J, Sanz C, Ruiz J, Gamen A, Alvarez R, Cebollada J. (1992). PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE RENAL. (12ª ed.) Argentina. Editorial Médica Panamericana S. A. 914 p.
- ✓ García R Hernández J, Rodríguez A. (1986) SITUACIÓN LABORAL Y DEPRESIÓN EN LOS INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS. (7ª ed.) Argentina. Editorial Médica Panamericana S. A 948 p.
- ✓ Magaz A. (2003). MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON IRC. Tesis de doctorado en psicología. Universidad de Deusto. Bilbao.
- ✓ Magaz A, Brado C. (1991) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DIFERENCIALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN FUNCIÓN DEL MÉTODO DE TRATAMIENTO. Un estudio piloto. Clínica y Salud 292 p.
- ✓ Miñarro J. Simon V. (1985) ESTUDIO DE ANSIEDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y TRASPLANTADOS. Revista de Psicología General y Aplicada. 40 (2) 317 – 329 p.
- ✓ Valderrábano, F. (1999) TRATADO DE HEMODIÁLISIS. Madrid España: Editorial Médica Jims. S.L. 569 p.

- ✓ Zahonero M. (1986). ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS. Colección Tesis Doctorales. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

# ANEXOS

## GLOSARIO

- 1) **Abotagamiento:** Hinchazón, especialmente de la cara, en la nefritis. Edema, tumefacción.
- 2) **Acroglucogenuria:** Presencia de acroglucógeno en la orina. Esta sustancia, goma animal, produce ciertas reacciones que se utilizan para descubrir la presencia de albúmina.
- 3) **Albúmina:** La albúmina es una proteína producida por el hígado. El examen de albúmina en suero mide la cantidad de esta proteína en la parte líquida y transparente de la sangre.
- 4) **Aldosteronuria:** Presencia de aldosterona en la orina.
- 5) **Anuria:** Ausencia de orina en la vejiga. un obstáculo en el tránsito de la orina entre el riñón y la vejiga.
- 6) **Bacteriuria:** Presencia de bacterias en gran cantidad en la orina recién emitida, coincidiendo o no con un proceso inflamatorio de las vías urinarias.
- 7) **BUN:** (Por sus siglas en inglés) corresponde a nitrógeno ureico en sangre.
- 8) **Cardionefritis:** Se designan a las enfermedades que afectan a la vez el corazón y el riñón, para destacar la estrecha sinergia funcional que une el corazón izquierdo con riñón.
- 9) **Catéter:** Dispositivo de forma tubular que puede ser introducido dentro de un tejido o vena. Los catéteres permiten la inyección de fármacos, el drenaje de líquidos o bien el acceso de otros instrumentos médicos.

- 10) CSC:** Conteo sanguíneo completo.
- 11) Diálisis:** Método de separación de las sustancias disueltas, que consiste en hacerlas pasar a través de una membrana especial.
- 12) Enfermedad Renal Crónica (ERC):** Se define como la disminución de la función renal, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos tres meses.
- 13) Eritropoyetina:** Es una hormona glicoproteica que estimula la formación de eritrocitos y es el principal agente estimulador de la eritropoyesis natural. En los seres humanos, es producida principalmente por el riñón en las células intersticiales peritubulares, células mesangiales (85% - 90%), el resto en el hígado y glándulas salivales (10% - 15%)
- 14) Fasciculaciones musculares:** Calambres.
- 15) Fístula:** Comunicación patológica congénita o adquirida entre dos órganos (fístula interna) o entre un órgano y la superficie (fístula externa).
- 16) Gammagrafía renal:** También conocida como "exploración renal" o "toma de imágenes renales," comprende varios exámenes con radioisótopos que evalúan la función y la anatomía de los riñones.
- 17) Glomerulonefritis:** Es un tipo de enfermedad renal en la cual la parte de los riñones que ayuda a filtrar los desechos y líquidos de la sangre se daña.

**18) Hematomas:** Es un área de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y filtran sus contenidos dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel.

**19) Hemodiálisis:** Procedimiento de depuración extrarrenal que desembaraza la sangre de los desechos tóxicos por difusión a través de una membrana semipermeable. Se utiliza la mucosa intestinal (diálisis o perfusión intestinal), el peritoneo (diálisis peritoneal) y particularmente membranas censo del índice de filtración glomerular.

**20) Hipertensión:** Aumento de la tensión, de aumento de la presión en la red arterial. El término hipertensión arterial designa, en la práctica, la elevación de la tensión en las arterias de la circulación mayor .Esta hipertensión provoca, a menudo, cefaleas, trastornos sensoriales discretos, calambres de las extremidades y puede conducir a complicaciones graves: accidentes nerviosos de origen vascular, insuficiencia ventricular izquierda

**21) H.D:** Hemodiálisis.

**22) I.R.C:** Insuficiencia renal crónica.

**23) Nefropatía:** Se refiere a daño o a la enfermedad del riñón.

**24) Prurito:** Es un hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en el área afectada.

**25) Trastornos autoinmunitarios:** Es una afección que ocurre cuando el sistema inmunitario equivocadamente ataca y destruye tejido corporal sano. Hay más de 80 tipos diferentes de trastornos autoinmunitarios.

**Descripción:** Pacientes en hemodiálisis

