

# Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal

## *Life event and psychosocial factors associated to it: the case of renal disease patients*

Rodrigo Cantú Guzmán, Berenice Uribe Arnaiz  
y Carlos Cirlos Martínez<sup>1</sup>

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue indagar los aspectos psicosociales relacionados a la enfermedad renal mediante entrevistas semiestructuradas hechas a diez pacientes derechohabientes del servicio de salud de una universidad pública que acudían a la consulta de nefrología; seis hombres y cuatro mujeres con una media de 59 años de edad. Se pudo corroborar que la enfermedad renal es un suceso vital. Se encontraron sentimientos de tristeza y preocupación ante la enfermedad, apoyo social por parte de familiares (más instrumental que afectivo) y, desde el punto de vista de los pacientes, una relación entre la enfermedad renal y la diabetes, todo lo cual puede ayudar a reforzar el trabajo de cuidados de prevención. Finalmente, se sugiere incluir el apoyo psicológico dentro de los tratamientos renales de los mismos pacientes.

**Palabras clave:** Enfermedad renal; Factores psicosociales; Emociones; Soporte social; Psicología de la salud.

### ABSTRACT

*The aim of this paper was to explore psychosocial aspects related to renal disease, through a semi-structured interview to ten patients in renal medical treatment at the health service of a public university: six men and four women, 59 years average age. The results of this study showed that renal disease is a life event. It was found that sadness and worry feelings are common in renal disease, that social support dominated, but more instrumental rather than affective, and that renal disease patients attribute their disease for having diabetes, so this could help to improve preventive care strategies. Finally, it is suggested to include psychological support within medical renal treatments.*

**Key words:** Renal disease; Psychosocial factors; Emotions; Social support; Health psychology.

La función que tienen los riñones en el cuerpo es la de eliminar residuos y exceso de fluidos por medio de la orina. Estos órganos son poderosos productores de sustancias químicas que realizan la eliminación de residuos y medicamentos, equilibran los fluidos del cuerpo, producen hormonas para regular la presión sanguínea y una forma activa de vitamina D, la cual promueve que se tengan huesos fuertes y saludables, y controlan asimismo la producción de glóbulos rojos (National Kidney Foundation, 2009).

---

<sup>1</sup> Departamento de Servicios Médicos, Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Haití, Col. Mitras Centro, 64060 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-48-69-02, correo electrónico: rodrigocantu@yahoo.com. Artículo recibido el 15 de julio de 2009 y aceptado el 23 de enero de 2010.

La insuficiencia renal es una enfermedad irreversible de ambos riñones en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre, por lo que la persona requiere tratamiento de sustitución de la función renal para conservar la vida, ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante. Hay diversas causas que provocan la insuficiencia renal, entre las cuales destacan la diabetes, la hipertensión o ciertas condiciones hereditarias o congénitas, entre otras (Fundación Mexicana del Riñón, 2005; National Kidney Foundation, 2009).

De acuerdo con Novak (2008), aproximadamente más de un millón y medio de personas con enfermedad renal alrededor del mundo son tratadas con diálisis; de esa proporción, 350 mil se hallan solamente en Estados Unidos. En México, más de 100 mil personas padecen insuficiencia renal crónica (Fundación Mexicana del Riñón, 2005).

El siguiente trabajo es una continuación del estudio que se hizo referente a los aspectos psicosociales en el cáncer (Cantú y Álvarez, 2009), pero ahora en pacientes que acuden a la consulta de nefrología o con algún nivel de insuficiencia renal.

El tratamiento para los pacientes que padecen de insuficiencia renal es complejo, de larga duración y afecta directamente su estilo de vida. Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos garantizan la supervivencia de los enfermos, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, emocional y social (García y Calvanese, 2008). La incertidumbre respecto al futuro del desarrollo de la enfermedad, así como la falta de energía y el cansancio, parecen ser factores importantes de las diferencias observadas en la calidad de vida de personas en diálisis y en la población general (Petrie, 2007).

Sin duda alguna, al igual que en otro tipo de enfermedades –por ejemplo el cáncer (Cantú y Álvarez, 2009)–, la insuficiencia renal genera una serie de efectos de tipo emocional, conductual y social que interactúan entre sí, de modo que dichos factores psicosociales se transforman a la par que la vivencia con la enfermedad (Álvarez, 2002).

De acuerdo con Thoits (1983), las experiencias objetivas de un suceso vital como padecer insuficiencia renal, que amenaza o interrumpe las actividades rutinarias de las personas, conllevan un reajuste de sus pensamientos y comportamientos;

dichos sucesos pueden ser positivos o negativos, aunque son estos últimos los que parecen estar relacionados con la aparición de síntomas o eventos asociados a alguna enfermedad (Páez, Iraurgi, Valdosedá y Fernández, 1993). Bloom (1988) define los sucesos vitales como aquellos eventos externos que provocan demandas adaptativas en la persona, y que pueden ser lidiados exitosamente o bien ocasionan conflictos internos, físicos o psicológicos, que desembocan en alguna enfermedad. En otras palabras, los sucesos vitales son entendidos como aquellos que provocan demandas que están fuera del alcance de los recursos de la persona.

Rahe (1974) propone que existen cinco aspectos que deben de considerarse al momento de revisar los sucesos vitales: la experiencia pasada (cómo ha manejado la persona anteriormente los sucesos estresantes), las defensas psicológicas (habilidad para lidiar con sucesos estresantes), las reacciones físicas ante los estresores, las habilidades de afrontamiento para atenuar o compensar reacciones físicas, y la conducta de enfermedad (manera en que se interpretan los síntomas y se decide buscar ayuda).

Rodríguez, Campillo y Avilés (2006) señalan que la insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado emocional, económico, social y de salud del paciente, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal se ve obligado a someterse a un estricto tratamiento y debe modificar por completo su vida social; las múltiples canulaciones, la dieta, la restricción de líquidos, las técnicas dolorosas, la pérdida de la esperanza en un trasplante renal y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente, disminuyen su colaboración en el tratamiento y hacen que manifieste una actitud negativa hacia el proceso de diálisis.

En la insuficiencia renal, la adaptación al tratamiento comparte ciertas similitudes con el que se observa en otras enfermedades crónicas. Este proceso se caracteriza por etapas como el afrontamiento ante la pérdida de una función vital del cuerpo, conocer la necesidad de sufrir un tratamiento a largo plazo, aprender técnicas relacionadas al tratamiento de diálisis y restringir numerosas actividades, todo lo cual impacta el entorno social y la vida diaria, pero también crea la necesidad de incorporar una imagen y una identidad nuevas a causa de

los cambios en la apariencia física y en el estilo de vida.

Las habilidades de afrontamiento están directamente relacionadas a los recursos psicológicos y sociales de que disponga la persona (Cepeda, Wanner, Barrales y Nuñez, 2007; Novak, 2008; Petrie, 2007). Vigotski (1972) afirma que todas las emociones poseen elementos de tipo representacional y corporal, ya sean motores-expresivos o fisiológicos y, asimismo, un elemento evaluativo (individual) determinante para la vivencia. Según Álvarez (2002), las emociones, concebidas desde la perspectiva de la cognición social, se basan en cómo las personas elaboran información sobre la afectividad y de la manera en que esto repercute en sus procesos cognitivos; así, al presentarse una emoción negativa, se espera que sea acompañada también por pensamientos negativos. Hallazgos en la investigación han demostrado ciertos aspectos positivos de la expresión emocional en el campo de la salud, y otros aspectos negativos en su falta o supresión. La expresión emocional es la manera en que las personas son capaces de confrontar pensamientos y emociones estresantes o negativos (Pennebaker, 1989). Así, la expresión emocional dentro del marco del modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad tiene un lugar importante en la disciplina de la psicología de la salud (Álvarez, 2002; Campbell, 2001).

Uno de los factores emocionales más estudiados es el estrés, en la mayoría de cuyas definiciones se encuentran dos componentes: uno de origen externo (situaciones alrededor del sujeto) y otro interno (las alteraciones que produce en la persona, ya sean físicas o psicológicas) (Bloom, 1988). Según Lazarus (2000), la investigación sobre el estrés psicológico –también llamado estrés percibido– se basa en el constructo de la valoración, o bien en el enfoque subjetivo. Aquí, la idea principal es que el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa las transacciones con el entorno; en otras palabras, el estrés percibido no sólo no se encuentra en el entorno ni es consecuencia de algunas características de la personalidad, sino que más bien depende de alguna forma en particular de relación entre la persona y su medio.

Lazarus divide el estrés en tres tipos: de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. De acuerdo

con Konz (2005), el estrés se refiere a una reacción individual ante una amenaza que es percibida, por lo que ocurre una respuesta fisiológica en los sistemas endocrino y nervioso, seguida de la percepción psicológica de amenaza, o bien una respuesta de estrés ante un ambiente sociocultural, lo que conduce a un modelo biopsicosocial.

En el momento en que se le da al paciente un diagnóstico de enfermedad crónica, generalmente padece una crisis que se manifiesta en un desequilibrio social, físico y psicológico, es decir, atraviesa un suceso vital (Moos y Tsu, 1977). Sin embargo, también se ha encontrado que no hay diferencias significativas en cuanto a las reacciones emocionales al comparar a sujetos que padecen cáncer con personas sanas (Andreu, Galdon e Ibañez, 1991).

Sandín (2003) sugiere que los efectos del estrés dependen de la percepción del estresor, la capacidad del individuo para controlar una situación estresante, su preparación social para afrontar problemas y la influencia de patrones de conducta aprobados por su sociedad. Bloom (1988), a su vez, argumenta que el estrés afecta la salud dependiendo de los recursos personales y de la personalidad, así como también de los recursos sociales, como un grupo de apoyo, por ejemplo.

El estrés por sí mismo ofrece muy poca información sobre los detalles referentes a la lucha de la persona para adaptarse (Lazarus, 2000); sin embargo, la emoción conlleva al menos quince formas distintas relacionadas con dicha adaptación; estas emociones son, a saber: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión. Cada una de esas emociones indica cómo la persona valora la situación y asimismo cómo la maneja, lo que reafirma la íntima relación entre ellas y el estrés.

Otro factor relevante estudiado en los sucesos vitales es el soporte social, el cual ha sido caracterizado de formas muy variadas según diversos autores. House (1981), por ejemplo, lo define como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración. Bravo y Serrano (1997), como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. Páez y cols. (1993) lo describen co-

mo la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material, y no solamente como la inserción objetiva en una red social. Taylor (1999) aduce que los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se ofrece información sobre cómo otros los han afrontado exitosamente. Puede decirse que el soporte social no sólo refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo –familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, etc.– le brinda.

De acuerdo con White y Grenyer (1999), algunos hallazgos indican que si bien el proceso de diálisis tiene un gran impacto en el paciente, puede ser modulado si éste tiene pareja. Tomando en cuenta las perspectivas del paciente y su pareja, se han indagado algunas categorías referentes a los aspectos psicosociales relevantes relacionados a la enfermedad; así, por ejemplo, en los pacientes se encontró ansiedad debido a la incertidumbre, cambios en el estilo de vida a partir de la diálisis, respuestas emocionales negativas a la diálisis, aspectos positivos de la relación y sentimientos de estar “endeudados” con su pareja a partir del apoyo que reciben; de acuerdo con las parejas, se hallaron cambios en el estilo de vida a partir de la diálisis, cansancio, reacciones negativas ante la situación de enfermedad de su pareja enferma, aspectos positivos de la relación y pérdidas en la misma relación (convivencia, sexualidad y otros).

De ahí que la vivencia de un suceso vital como la insuficiencia renal tenga un considerable impacto en las diversas emociones que viven las personas y afecte las relaciones entre los miembros de la familia, así como la relación de ésta con su grupo social (Leventhal, Leventhal y Van Nguyen, 1985). Así, hablar de emociones, y particularmente de la relación de ellas con el estrés, no sólo tiene una implicación individual en términos de sus repercusiones psicológicas y fisiológicas internas, sino también un componente social en el cual las diferentes formas de entenderlo y manejarlo, además de que pueden influir en la forma de relacionarse con los demás.

Dentro de los aspectos negativos del proceso de diálisis se encuentran –como ya se ha dicho– una obligada limitación física y numerosas respuestas emocionales negativas (ira, depresión, etc.) ante ese drástico cambio en el estilo de vida, por lo que los pacientes señalan que no son capaces de realizar algunas de las actividades que hacían antes y sentirse cansados la mayor parte del tiempo (White y Grenyer, 1999).

En cuanto al afrontamiento, Taylor (1999) refiere que, a pesar de que la mayoría de los pacientes con una enfermedad crónica muestran una serie de reacciones psicológicas, por lo general no buscan algún tipo de apoyo psicológico, pero sí recursos internos o sociales para lidiar con ciertos problemas o reducir su estrés psicológico. Páez y cols. (1993) refieren que la forma de afrontar negativamente los problemas de salud mental está generalmente asociada con la mayor frecuencia de sucesos vitales negativos y un menor soporte social.

De acuerdo con García y Calvanese (2008), en el análisis descriptivo se halló que los trasplantados presentan mejores índices de calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física, mayor bienestar subjetivo y menor cantidad de trastornos emocionales que los pacientes en diálisis. Así, concluyen que la depresión y la ansiedad son manifestaciones comunes en la enfermedad renal crónica y afectan indiscutiblemente la calidad de vida del paciente.

Para Kimmel (2001), los nefrólogos y sus pacientes pueden contribuir a un mayor entendimiento del estrés o malestar psicológico y aclarar la conexión entre las variables psicosociales y las variables fisiológicas, endocrinológicas y neuroinmunológicas.

Con el objetivo de corroborar o contrastar la teoría y las dimensiones de estudio señaladas y asimismo verificar si los datos son congruentes o diferentes a los de otros estudios relacionados al tema, se diseñó un estudio basado en entrevistas a pacientes diagnosticados y en tratamiento por insuficiencia renal para indagar las dimensiones señaladas, el impacto emocional ante el diagnóstico, el soporte social, los modos de afrontamiento y la conceptualización y atribución causal que hacen acerca de la enfermedad.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron en el estudio diez pacientes, derechohabientes a los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León (SMUANL): seis hombres y cuatro mujeres, con una media de 59 años de edad y una desviación estándar de 16.4. Como criterio de inclusión se consideró que estuvieran acudiendo a la consulta de nefrología.

Referente al nivel de estudios, dos de ellos no habían terminado la educación primaria, uno contaba con primaria, dos más con secundaria, tres con preparatoria, uno con estudios universitarios y uno más con posgrado. En cuanto a su ocupación, seis de ellos eran jubilados, tres amas de casa y uno empleado. De acuerdo a su estado civil, ocho de los participantes estaban casados y dos eran viudos. En cuanto al número de hijos, se encontró una media de 3.4, con una desviación estándar de 2.5, y a las personas que habitaban con ellos se encontró una media de 2.3, con desviación estándar de 1.2.

Ninguno de los pacientes recibía apoyo psicológico en general o por padecer insuficiencia renal.

### Instrumentos

Se tomaron en cuenta variables deducidas a partir de la literatura revisada: conceptualización (cómo describían y qué pensaban de la insuficiencia renal), atribución causal (causas que los pacientes atribuyen a tener dicha enfermedad), emociones (qué sintieron al ser diagnosticados), apoyo social (con quiénes se relacionaban y conversaban en el transcurso de la enfermedad) y afrontamiento actual (qué dificultades habían encontrado por la enfermedad y qué habían hecho frente a ellas).

Se realizó un diseño descriptivo cualitativo en el cual se utilizó un formato o un cuestionario para llevar a cabo una entrevista semiestructurada, utilizada previamente en un estudio con pacientes con cáncer (Cantú y Álvarez, 2009), que consta de reactivos para indagar datos sociodemográficos, así como preguntas abiertas adaptadas a la enfermedad renal, con las que se indagan cues-

iones referentes al diagnóstico y su repercusión en términos psicosociales.

Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron un formato de consentimiento informado antes de llevar a cabo la entrevista y la aplicación de los cuestionarios.

### Procedimiento

Se acudió al médico nefrólogo de los SMUANL, con quien se comentó el objetivo general del estudio y se acordó que los practicantes de psicología recibieran en otro consultorio a los pacientes que aquél enviaba, lugar donde se aplicaron los cuestionarios y se hicieron las entrevistas semiestructuradas con la asesoría del psicólogo de la institución.

### Análisis de datos

Se transcribieron las respuestas de los pacientes a las preguntas sobre las dimensiones bajo estudio. Se clasificó y se trabajó por medio de categorías deductivas a partir de la literatura previamente revisada y se llevó a cabo un análisis de contenido utilizando el software Atlas.ti, WIN 5.0. Con objeto de ilustrar de mejor forma los hallazgos, se elaboraron tablas con las dimensiones analizadas y las respuestas prototípicas de los pacientes a ellas.

## RESULTADOS

### Conceptualización de la enfermedad

En cuanto a esta categoría, y específicamente a la pregunta «Cuando usted escucha las palabras “insuficiencia renal”, ¿qué piensa?», los pacientes respondieron lo siguiente:

- “Me fui para abajo; pisé el nivel 4. Lloraba, me deprimía [me decía que] ya no sería lo mismo. No lo iba a superar porque no tenía dinero. Mi padre también tuvo diálisis. Pensaba en él y en que no podría con la diálisis”.
- “Me mortificó mucho, y más porque estoy sola”.
- “El hígado no funciona satisfactoriamente y hay problemas con el riñón”.

- “Problemas de riñón, es lo que le dice el doctor: posibles diálisis, trasplantes... Me siento bien, no tengo dolores”.
- “En el riñón, en la retención de líquidos”.
- “Todavía no he llegado al nivel de dializar. Me asusta un poco”.
- “Tomo el diagnóstico de forma normal ya que no tenía un conocimiento real del tipo de problema”.
- “Tengo un problema que tengo que atender. Tengo tratamiento para salir adelante”.
- “Los riñones fallan, y no quiero llegar a eso. Mi padre tuvo insuficiencia renal con diálisis”.
- “Se diagnosticó en 2006 y simplemente lo vi como algo normal”.

### Atribución causal de la enfermedad

En cuanto a la categoría de atribución causal de la enfermedad, y específicamente a la pregunta “¿Cuáles considera usted las causas que han provocado su enfermedad?”, los pacientes respondieron lo siguiente:

- “No hubo cuidados por parte mía. Lo tomé a la ligera. Después del parto de mi hija, me enfermé de cálculos renales y por tomar Pepsi negra. En el Hospital General me quitaron un riñón”.
- “Tomar azúcar por un susto. Soy muy tranquila [aunque] me mortifican mucho mis hijas. Pero con la diabetes tengo. Me hace falta mi marido [si bien] no me atormenta estar sola”.
- “La diabetes mal controlada”.
- “La diabetes. Es hereditaria. Mi padre y hermana padecieron de diabetes. Veía a mi hermana y no me gustaba: agujeros por todos lados”.
- “Por problemas de los nervios, por no tener actividad física... retención de líquidos”.
- “Diabetes”.
- “La cantidad excesiva de medicina que ha tomado”.
- “Tengo azúcar de más de treinta años, complicaciones de la diabetes. En la carretera, en un accidente, se elevó el azúcar”.

- “La arteria renal izquierda estaba obstruida; tiene pipas con un puente. No funcionó y el riñón se empezó a atrofiar”.
- “Me dijeron que fue por la presión”.

### Emociones

Referente al apartado de emociones, y específicamente a las preguntas “¿Cómo se sintió emocionalmente al enterarse del diagnóstico de insuficiencia renal?”, “¿Por cuánto tiempo se sintió así?” y “¿Qué fue lo primero que pensó al enterarse de dicho diagnóstico?”, los pacientes respondieron lo que sigue:

- “Me deprimí de mucho tiempo. Sola salí adelante, con la ayuda de mi familia salí adelante. Que no la iba a librar. Tengo dos años. El doctor me ayudó mucho; me dio apoyo emocional. Estoy en protocolo para trasplante de riñón. Me levanté”.
- “Triste, pero lo acepta uno. Tuve paciencia para salir adelante del susto, que me dio calambres desde el año de 1971, justo con el fallecimiento de mi esposo. Tenía treinta años. Me sentí así por mucho tiempo: que me hace falta mi marido, pero yo salgo adelante, como se pueda. Al final lo aceptamos”.
- “Depresión, reducción de ingesta de carne. Tenía experiencia previa con mi madre [que también tenía] diabetes. Es corto el tiempo”.
- “Lo veo normal. No me siento mal ni me preocupo; lo tomo como enfermedad. Yo ya sabía las consecuencias, ya sabía desde que me dijeron del azúcar... que me iba afectar”.
- “Me preocupé porque mi familia ya había pasado por eso; por no saber el tipo de problema que tenía, que ya viene de familia, me preocupé emocionalmente”.
- “Tristeza, un poco de depresión”.
- “Lo tomo normal, sólo que era algo que tenía que arreglar”.
- “En parte decaído al principio. Una temporada me hice a la idea de cuidarme, de buscar una solución al problema. Muchas cosas no se siguen al pie”.

- “Normal. Tenía catorce. Estaba chiquita. Más grande —pensé— no podría tener hijos”.
- “No me sentí mal. Pienso que ya he vivido mucho”.

### Soporte social

Referente al apartado de soporte social, y específicamente a las preguntas “Aparte del personal médico, ¿ha hablado usted de su enfermedad con alguien más, con quiénes y de qué exactamente?”, “¿Cómo ha sido el apoyo de su familia o de sus allegados?”, los pacientes respondieron lo siguiente:

- “Con los que me dan el tratamiento y con toda mi familia; del trasplante, de cómo se sentía. Mis hijas me apoyan, pero nadie de mis hermanos. Mi esposo estuvo conmigo. Tuve apoyo de ese hermano y esa cuñada. Salí con mucho coraje y rencor. Yo también soy hija, pero no me veían”.
- “Con todos los doctores, con el psiquiatra. Le echas mentiras. Me ha ayudado a desprenderme de mis hijas”.
- “Con mi familia. Se les informó y se recibió la noticia bien. Sobreprotección”.
- “Con mi esposa y con mi hijo de vez en cuando. Me dice que me haga la diálisis, que me cuide, la dieta que me recomiendan. Ella ya me conoce y me escucha”.
- “Con mi esposa y con mi papá; hablamos del problema de su tratamiento también, de cómo me siento físicamente y emocionalmente, y aparte siempre he tenido el apoyo de todos”.
- “Solo con la familia. Sí ha habido apoyo”.
- “No ha cambiado la relación, los veo como siempre”.
- Normalmente no me gusta, a menos que hubiera necesidad; no hacen caso, lo normal, a veces en pláticas; de vez en cuando se dejan caer, no ponen atención. Apoyo... bueno..., eso cuenta mucho; el apoyo de ellos ha sido indispensable”.
- “Con mi familia. Desde el problema, les digo cómo me siento. Al cien por ciento. Toda la vida... mis padres, esposo y hermanos”.
- “Hubo sobreprotección”.

### Afrontamiento actual

En lo que respecta al apartado del afrontamiento actual, y en particular a las preguntas “¿Cómo se siente emocionalmente y qué dificultades —no necesariamente médicas— ha encontrado en la actualidad referentes a la enfermedad?”, los pacientes respondieron lo que sigue:

- “Lo tomé con mucha calma. Tenía que salir adelante por mí misma. Yo sola me levanté, y hace quince días salí del hospital. También me fui a pique: mi familia no fue al hospital, yo lloraba mucho, me atacaba la depresión (me considero fuerte). La doctora tuvo que hablar con los familiares”.
- “Triste de que hayan pasado tantas cosas; llega uno a aceptarlas [aunque] hubiera querido otras cosas. Tranquila. Pero ya no estoy segura de mí misma, ya no soy como antes, ya hay muchas mortificaciones. Nunca sabe uno...”.
- “Muy recuperado emocionalmente, con resultados positivos porque seguí las instrucciones médicas, así como la dieta”.
- “Por parte del corazón me siento más cansado; bien, esto yo lo tomo muy normal, lo viví con mi hermana”.
- “Bien. Física y emocionalmente voy saliendo del problema; no he encontrado ninguna dificultad”.
- “Decaída”.
- “Se siente uno mal, solamente”.
- “Estable. Uno dice no hay que acobardarse, hay que salir adelante”.
- “Bien, salí bien en los exámenes; antes estaba nerviosa”.
- “Bien”.

Se realizó adicionalmente un análisis de contenido por medio de la clasificación de información de las entrevistas y cuestionarios aplicados los pacientes, en subcategorías acordes a las categorías ya mencionadas anteriormente: conceptualización, atribución causal, emociones, apoyo social y afrontamiento actual.

En el apartado de conceptualización se encontraron respuestas relacionadas al mal funcionamiento del hígado o el riñón tales como “El hí-

gado no funciona satisfactoriamente y hay problemas con el riñón”, “Problemas de riñón, es lo que le dice el doctor”, “En el riñón, retención de líquidos”, “La arteria renal izquierda estaba obstruida, tiene pipas con un puente, no funcionó y el riñón se empezó a atrofiar”. También se encon-

traron respuestas de los pacientes respecto a ver dicha disfunción como algo normal ya que tenían esa experiencia previa con otros familiares. Finalmente, hubo conceptualizaciones relacionadas a entender la enfermedad como un problema o una preocupación (Tabla 1).

**Tabla 1.** Contenidos en la subcategoría de conceptualización.

Contenidos	Frec.
Mal funcionamiento de hígado y riñón	4
Como algo normal ante el desconocimiento de la enfermedad	2
Como una preocupación	2
Recuerdos de un familiar previamente enfermo	2
Preocupación económica	1
Preocupación por estar sola	1
Sentimientos de miedo	1
Sentimientos de tristeza	1
Como un problema	1

En el apartado de la atribución causal de la enfermedad sobresalieron respuestas relacionadas al padecer diabetes. Con menos frecuencias, pero también de modo relevante, se encontraron respuestas tales como atribuir la enfermedad a la falta de

cuidados o a posibles cuestiones afectivas, tales como “No hubo cuidados por parte mía, lo tomé a la ligera”, “Por problemas de los nervios”, “Por un susto”, “En la carretera un accidente me elevó el azúcar” (Tabla 2).

**Tabla 2.** Contenidos en la subcategoría de atribución.

Contenidos	Frec.
Padecer diabetes	5
Falta de cuidados e importancia	2
Sustos	2
Mal funcionamiento del hígado o riñón	2
Exceso de medicamentos	1
Falta de actividad física	1
Herencia	1
Nervios	1
Presión alta	1
Tomar refresco “negro”	1

En la subcategoría de emociones sobresalieron sentimientos relacionados a la tristeza, como “Triste”, “Tristeza, un poco de depresión”, “En parte decaído al principio”. También se hallaron respues-

tas relacionadas con experimentar emociones positivas, como tener paciencia, aceptar la enfermedad y sentirse normal ya que habían vivido experiencias similares o sin malestar (Tabla 3).

**Tabla 3.** Contenidos en la subcategoría de emociones.

Subcategorías Emociones	Frec.
Sentimientos de tristeza	5
Sentirse normal	3
Sentimientos de preocupación	2
Aceptación	1
Apoyo del médico	1
Malestar	1
Paciencia	1
Sin malestar	1

En la subcategoría de soporte social se encontró que muchos de los pacientes recibían apoyo por parte de sus familiares por respuestas tales como “Solo con la familia”, “El apoyo de ellos ha sido indispensable”, “No ha cambiado la relación; los veo como siempre”, aunque no especifican del todo

si ese apoyo era instrumental o afectivo (Tabla 4). Respondieron asimismo que tenían apoyo por parte del personal de salud (médico especialista, psiquiatra), aunque tampoco especifican si hablaban de su estado afectivo. Otra respuesta relevante fue que tenían sobreprotección por parte de sus familiares.

**Tabla 4.** Contenidos en la subcategoría de apoyo social.

Contenidos	Frec.
Apoyo de familia	6
Sobreprotección	3
Apoyo del cónyuge	3
Apoyo del psiquiatra	2
Apoyo del personal de salud y otros	2
Otras emociones	2

En la subcategoría de afrontamiento (Tabla 5) predominaron respuestas de bienestar tales como “Lo tomé con mucha calma”, “Muy recuperado emo-

cionalmente”, “Bien... no he encontrado ninguna dificultad”.

**Tabla 5.** Contenidos en la subcategoría de afrontamiento.

Contenidos	Frec.
Sentimientos de bienestar	6
Cansancio	1
Adhesión al tratamiento médico	1

Por último, con base en la clasificación de la información, se detectaron las subcategorías que aparecen en varias de las categorías de estudio, esto probablemente ligado a los aspectos que pudieran estar más presentes en los pacientes. A continua-

ción se muestra en la Tabla 6 que predominaron sentimientos negativos a lo largo del discurso general de los pacientes, tales como tristeza y preocupación.

**Tabla 6.** Subcategorías que aparecen en otras categorías de estudio.

Subcategorías	Categorías donde aparecen	Frec.
Sentimientos de tristeza	Conceptualización, emociones y afrontamiento	9
Mal funcionamiento del hígado o riñón	Conceptualización y atribución	6
Sentimientos de preocupación	Conceptualización y emociones	4
Sentimientos de malestar	Emociones y afrontamiento	2
Aceptación	Emociones y afrontamiento	2

## DISCUSIÓN

Sin duda alguna, se pudo corroborar mediante el estudio que la insuficiencia renal y el tratamiento que conlleva es un suceso vital, y que éste es considerado por los pacientes que la padecen como una amenaza a sus actividades diarias, que cambia sus percepciones, modifica los roles en la familia

y sociedad y provoca una demanda de tipo adaptativa en la que se espera un reajuste de sus conductas (Bloom, 1988; Leventhal y cols., 1985; Páez y cols., 1993). A pesar de estas reacciones psicológicas, y de acuerdo con Taylor (1999), se constató en estos pacientes la falta de búsqueda de algún tipo de apoyo psicológico en la enfermedad, lo que coincide con un estudio realizado previa-

mente en pacientes con cáncer (Cantú y Álvarez, 2009).

Cuando se habla de los aspectos psicosociales ante un suceso de vida, se entiende que aunque cada uno se define de manera clara, todos se relacionan entre sí, de manera que las emociones están presentes en el diagnóstico inicial, en el soporte social y en el afrontamiento, y así cada uno, respectivamente.

De acuerdo a las variables de estudio, en el apartado de conceptualización, la mayoría de los pacientes describen efectivamente a la enfermedad como un mal funcionamiento del riñón; sin embargo, algunos la describieron como algo normal y otros como un problema, existiendo así una contradicción.

En lo que se refiere al apartado de atribución, sobresalieron respuestas en el discurso de los pacientes que atribuían la insuficiencia a padecer diabetes, lo que proviene de su misma experiencia, lo que a su vez indica que debe ponerse un mayor énfasis en los aspectos preventivos en los pacientes que ya padecen diabetes o que tienen riesgo de sufrirla. Asimismo, se encontraron atribuciones a diversos factores afectivos, lo que pudiera estar relacionado con las estrategias individuales de afrontamiento al estrés en cada persona.

Al igual que otros autores (Cepeda y cols., 2007; Novak, 2008; Petrie, 2007; Rodríguez y cols., 2006), los presentes coinciden en que la enfermedad renal demanda importantes cambios, adaptaciones y pérdidas psicológicas y sociales. Se encontró, por ejemplo, que los pacientes, ante el diagnóstico inicial, experimentaron sentimientos de tristeza que posteriormente se fueron adaptando a otros procesos. Dichos sentimientos de tristeza, junto con los de preocupación, predominaron a lo largo del discurso de los participantes, lo que corrobora el impacto psicológico de la enfermedad renal.

De acuerdo a las demandas adaptativas que exigen la insuficiencia renal y otras enfermedades crónicas, se ha encontrado que a pesar del impacto emocional negativo, también los pacientes se pueden describir como resilientes ante todas las restricciones provocadas por ella (Petrie, 2007).

Referente al apartado del soporte social, los pacientes disponían de éste, sobre todo de su propia familia; sin embargo, no se especificó si tal apo-

yo era de tipo instrumental o afectivo, aunque es posible que predominara el primero, orientado principalmente al implicado en el diagnóstico y los tratamientos, lo que pudiera denotar niveles bajos de calidad de vida o un menor ajuste psicológico, al igual de lo que se ha encontrado en otras enfermedades crónicas, como el cáncer (Butler, Koopman, Classen y Spiegel, 1999; Devine, Parker, Fouladi y Cohen, 2003; Vinaccia, Quiceno, Fernández y cols., 2005). En el apartado de afrontamiento, predominaron sentimientos de bienestar, muy posiblemente ligados a una mejor adaptación a la enfermedad al paso del tiempo.

Así, a pesar de las limitaciones del estudio en cuanto al número de participantes y la aplicación de cuestionarios o realización de entrevistas, se pudo rescatar algunos puntos relevantes a considerar para quienes atienden a este tipo de pacientes sin importar su especialidad, o bien para quienes desean continuar haciendo estudios psicosociales en este tipo de población.

De acuerdo a los resultados de este estudio y de los otros citados, se constata la relevancia de la atención psicológica a los pacientes diagnosticados con algún grado de insuficiencia renal, la que puede ser incluida, a criterio del paciente, dentro de los procesos y tratamientos nefrológicos llevados a cabo dentro de la institución especializada donde se atienda, a fin de que se enfoque en la identificación, manejo y expresión emocional, y esté también orientada al trabajo con la familia para mejorar la calidad del soporte social.

Definitivamente, la aplicación de cuestionarios y entrevistas siempre es un punto clave en los estudios de tipo psicosocial, por lo que se sugiere tener precauciones al momento de interactuar con los pacientes y rescatar de manera más atinada y profunda las variables de estudio, dada la limitación que se tuvo en este trabajo debido a las cortas respuestas de los pacientes.

Algunos autores proponen intervenir en la dinámica familiar para que ésta maximice y conserve una salud integral, de manera que beneficie tanto al paciente como a todos sus miembros y tengan así una mejor preparación al momento de afrontar la enfermedad. Respecto del trabajo en la interconsulta médico-psicológica, el psicólogo debe apoyarse en dos principios: la práctica asistencial y el trabajo interdisciplinario con los de-

más miembros del equipo de salud (Rodríguez y cols., 2006). Así, los presentes autores apoyan el punto de vista de otros en cuanto a la asistencia psicológica que se puede otorgar para aminorar el impacto de la enfermedad, y a la necesidad de referir al paciente sometido a un tratamiento médico nefrológico hacia uno psicológico.

En respuesta a la variedad de los aspectos psicosociales relacionados con la enfermedad renal, la psiconefrológica ha surgido como un campo interdisciplinario de estudio entre la psicología de la salud, la nefrología y la psiquiatría (Novak, 2008). Esto obliga a los médicos encargados a poner más énfasis en la detección de variables importantes para el trabajo psicosocial.

## REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Andreu V., Y., Galdon G., M.J. e Ibáñez G., E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.
- Bravo, M. y Serrano, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L. Fernández R. y T.J. Carrasco J. (Eds.): *Psicología preventiva*. Madrid: Pirámide.
- Bloom, B.L. (1988). *Health Psychology: A psychosocial perspective*. New York: Prentice Hall.
- Butler, L.D., Koopman, C., Classen, C. y Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18(6), 555-560.
- Campbell, K.A. (2001). *Emotional expression: A comparison of assessment methods*. Disertación doctoral no publicada. Lexington, KY: University of Kentucky.
- Cantú G., R. y Álvarez B., J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 19(1), 21-32.
- Cepeda, C., Wanner, C., Barrales, C. y Nuñez, N. (2007). Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. *Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-7.
- Devine, D., Parker, P.A., Fouladi, R.T. y Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following and experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12, 453-462.
- Fundación Mexicana del Riñón (2005). Insuficiencia renal crónica. Disponible en línea: [www.fundrenal.org.mx](http://www.fundrenal.org.mx) (Consultado el 20 de mayo de 2009).
- García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-16.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613.
- Konz, M. (2005). Health psychology. *Choice*, 42(9), 1507-1521.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. y Van Nguyen, T. (1985). Reactions to family illness: Theoretical models and perspectives. En D. C. Turk y R. D. Kerns (Eds.): *Health, illness, and families: A life-span perspective*. New York: John Wiley & Sons.
- Moos, R.H. y Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: an overview. En R. H. Moos (Ed.): *Coping with physical illness*. New York: Plenum Press.
- National Kidney Foundation (2009). Kidney disease. Disponible en línea: [www.kidney.org](http://www.kidney.org) (Consultado el 20 de mayo de 2009).
- Novak, M. (2008). Psychonephrology: An emerging field. *Primary Psychiatry*, 15(1), 43-44.
- Páez, D., Iraurgi, J., Valdosedá, M. y Fernández, I. (1993). Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Boletín de la Asociación Vasco-Navarra de Pediatría*, 27(87), 34-48.
- Pennebaker, J.W. (1989). *Confession, Inhibition, and Disease*. New York: Academic Press.
- Petrie, K.J. (2007). Renal failure, dialysis and transplantation. En S. Ayers, A. Baum, Ch. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman y R. West (Eds.): *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rahe, R.H. (1974). Subjects' recent life changes and their near-future illness reports: Previous work plus new directions of study. En J. Riehl y C. Roy (Eds.): *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Rodríguez Á., E., Campillo, R. y Avilés E., M. (2006). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 2(1-2). Disponible en línea: [www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf](http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf) (Consultado el 4 de mayo de 2009).
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Taylor, S.E. (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Thoits, P. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En H. Kaplan (Ed.): *Psychological stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Vigotski, L.S. (1972). *Psicología del arte*. Madrid: Barral.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
- White, Y. y Grenyer, B.F.S. (1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: The experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1312-1320.