The background of the page features a large, faint watermark of the seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMMENSIS INTER" around its perimeter. The central emblem depicts a figure on horseback, a lion, a castle, and a column with a banner that reads "PLUS ULTRA".

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

“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

Gloria Marina Escobar Hernandez

Karla Noemí Pérez Morales

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

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

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL
ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**

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

POR

**GLORIA MARINA ESCOBAR HERNANDEZ
KARLA NOEMÍ PÉREZ MORALES**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, a castle, and a lion. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. Above the shield is a crown with a cross. The outer ring of the seal contains the Latin text 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER'.

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

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 002-2012
DIR. 2098-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación.
Proyecto Extraordinario de Graduación

06 de noviembre de 2012

Estudiantes
Gloria Marina Escobar Hernandez
Karla Noemí Pérez Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN DOS MIL OCHENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL DOCE (2084-2012)**, que literalmente dice:

“DOS MIL OCHENTA Y CUATRO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, del Proyecto Extraordinario de Graduación, titulado: **“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Gloria Marina Escobar Hernandez
Karla Noemí Pérez Morales

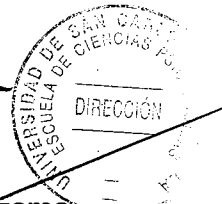
CARNÉ No. 84-17231
CARNÉ No. 89-17439

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Alejandra Monterroso y revisado por Licenciada Astrid Lorena Montenegro Zacarias. 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 Lamborn Lizama
DIRECTOR INTERINO





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 **2022-2012**
REG: **002-2012**
REG: **002-2012**

INFORME FINAL

Guatemala, 29 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Astrid Lorena Montenegro Zacarias ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO EXTRAORDINARIO DE GRADUACIÓN** titulado:

“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.”

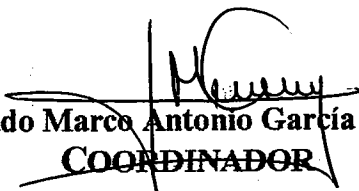
ESTUDIANTE:
Gloria Marina Escobar Hernandez
Karla Noemí Pérez Morales

CARNE No.
84-17231
89-17439

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 26 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 26 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio García Enriquez
COORDINADOR



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



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

CIEPs: 2023-2012
REG: 002-2012
REG 002-2012

Guatemala, 29 de octubre 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, DEL PROYECTO EXTRAORDINARIO DE GRADUACIÓN** titulado:

"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA."

ESTUDIANTE:

Gloria Marina Escobar Hernandez
Karla Noemí Pérez Morales

CARNÉ No.

84-17231
89-17439

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 día 25 de octubre 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Astrid Lorena Montenegro Zacarias
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, 5 de Octubre de 2012

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimado Licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA” realizado por los estudiantes:

NOMBRES	CARNE No.
Gloria Marina Escobar Hernandez	84-17231
Karla Noemí Pérez Morales	89-17439
Ingrid Lucrecia Flores López	93-16911
Nancy Patricia Gómez	94-15055

Carrera: Licenciatura en Psicología

El trabajo fue realizado a partir DEL 17 DE JULIO DE 2012, HASTA EL 5 DE OCTUBRE DEL PRESENTE AÑO.

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigación en Psicología, emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda con los trámites correspondientes.

Atentamente,

Id y Enseñad a todos


Licenciada Alejandra Monterroso
Psicóloga

Colegiado No. 432
Asesor de contenido.

Guatemala 16 de Agosto de 2012.

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez" - CUM
Universidad de San Carlos de Guatemala- USAC

Estimado Licenciado García:

Por medio de la presente hago constar que YO: Angel Mario Fabian.

_____, quien me identifico con
Cedula y/o DPI 7-21-4429, extendida en el Municipio
de San Samuel Chajon. Departamento de: Jalapa;
deseo ser colaborador en el proyecto de Tesis: **"Factores Psicosociales que
Intervienen en el Proceso del Enfermo con Insuficiencia Renal Crónica"**.

Deseo brindar mi testimonio personal y autorizo a divulgar toda la información
que pueda beneficiar y enriquecer esta investigación.

Por su atención a la misma, me despido cordialmente.

F. Angel

Guatemala, 11 de Agosto del 2012.

Licenciado Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones CIEPs.
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Licenciado García:

Por medio de la presente hago constar que yo: María Andrea Sux Lico de Ajpop
Quien me identifico con DPI: 1819 72964 0414 extendida en el municipio de
Parramos Departamento de Chimaltenango; deseo ser
colaborador en el proyecto de Tesis: **“Factores Psicosociales que Intervienen en el Proceso del
Enfermo con Insuficiencia Renal Crónica”**.

Deseo brindar mi testimonio personal y autorizo a divulgar toda la información que pueda
beneficiar y enriquecer esta investigación.

Por su atención a la misma, me despido cordialmente.

Firma: _____

A circular stamp with a dark, textured center. The name "María Andrea Sux Lico de Ajpop" is written in a cursive script around the perimeter of the stamp. The signature is written over the stamp.

Guatemala 18 de AGOSTO de 2012.

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez" - CUM
Universidad de San Carlos de Guatemala- USAC

Estimado Licenciado García:

Por medio de la presente hago constar que YO: LUIS ERNESTO

PEREZ MORALES, quien me identifico con
Cedula y/o DPI 2277 94982 0101, extendida en el Municipio
de VILLA NUEVA Departamento de: GUATEMALA;
deseo ser colaborador en el proyecto de Tesis: **"Factores Psicosociales que
Intervienen en el Proceso del Enfermo con Insuficiencia Renal Crónica"**.

Deseo brindar mi testimonio personal y autorizo a divulgar toda la información
que pueda beneficiar y enriquecer esta investigación.

Por su atención a la misma, me despido cordialmente.

F. 

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR GLORIA MARINA ESCOBAR HERNANDEZ

ALEJANDRA MONTERROSO

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 432

POR KARLA NOEMI PÉREZ MORALES

DAYSIE MARINELY URIBIO HERNÁNDEZ

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 1308

DEDICATORIA

- A Dios: Quien merece Honra y Gloria por la Eternidad.
"Porque Dios da la sabiduría y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia". Proverbios 2.6
- A mi Esposo: Pedro Antonio Palma, con amor,
por su apoyo, paciencia, amor, sus palabras de ánimo y sus oraciones.
- A mis Padres: Jorge Neftalí Escobar (QEPD)
Berta Alicia Hernández (QEPD)
- A mis Hermanos: Luis, Jorge, Miguel Ángel y Evelyn,
con el amor que siempre les he tenido.
- A mis sobrinos: Especialmente a Gary y Diego,
por la ayuda desinteresada, que sus sueños y sus anhelos se cumplan, y la confianza de Dios nunca les falte.
Josué Fernando Rendón Hernández, con amor.
- A mi familia espiritual: Especialmente a Mery de Alarcón, Wanda Carranza, Hortencia de Carranza y Evelyn de León,
por sus oraciones, palabras de aliento y manifestaciones de amor.
- A mis compañeras: Karla, Ingrid y Nancy,
con gratitud, que Dios les bendiga.
- A: Licda. Alejandra Monterroso por su tiempo y dedicación en su asesoría y apadrinamiento

Gloria Marina Escobar Hernandez

DEDICATORIA

- A Dios: Por el don de mi vida, y porque eres mi refugio.
- A la Virgen Santísima: Por ser mi guía e intercesora...por siempre tuya.
- A mis Padres: Carlos Pérez y Zoila de Pérez,
por ser mi vida, mi razón de ser y porque sé, que este logro es producto del amor, los valores y las enseñanzas que me han transmitido.
- A mis hermanos: Luis, usted y yo sabemos lo que hemos vivido y compartido...siempre juntos.
Gaby, te amo y te admiro por ser una persona excepcional.
Wendy, gracias por acompañarme y ser parte de mí.
- A mis sobrinos: Lupita, Daniela, María José, Carlos, Gerardo, Lisa, Josué, Rodrigo, Daniel Estuardo, Luis Armando, Diego, Crista y Rosario,
por ser y llenar mi vida de cosas especiales.
- A: Daysie Uribio, por ser ese foquito bello, que iluminó mi vida desde el momento en que apareció. Por su empuje, alegría, confianza y amor, gracias por ello.
- A mis Amigas: Violeta de Lira y Gloria Moto,
por esa compañía, cariño y lealtad que siempre he recibido de ustedes.
- A mis Ángeles: Catalina Dávila (QEPD) y Concepción Ruano (QEPD),
porque siempre estarán conmigo.
- A mis tías y tíos: Especialmente Sofía Diéguez,
por ser otra madre y recibir todo su amor.
- A mis compañeras: Ingrid Flores, Nancy Gómez y Gloria Escobar,
sin ustedes, esto no hubiera sido posible.

Karla Noemí Pérez Morales

AGRADECIMIENTO

- A: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Por ser nuestra casa de estudios y abrirnos sus puertas para llegar a ser profesionales.
- A: ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Por darnos la oportunidad de alcanzar esa meta, gracias a los profesores quienes durante estos años se esmeraron por darnos lo mejor para nuestra formación profesional, por los conocimientos teóricos y experiencias vividas.
- A: EL PROGRAMA EXTRAORDINARIO OPCIONAL,
“ACTUALIZACION E INCORPORACION PROFESIONAL”
por la oportunidad de cerrar este ciclo de nuestras vidas.
- A: MARÍA ANDREA SUY TICO DE AJPOP,
MARIO PALMA,
LUIS PÉREZ,
por la valiosa colaboración que aportaron desinteresadamente, en la realización de esta investigación.
- A: Licda. Alejandra Monterroso agradecimiento especial por ser Asesora de contenido de la presente investigación.

INDICE

Página

RESUMEN	1
PRÓLOGO	2
CAPÍTULO 1	3
INTRODUCCIÓN	3
1.1. Planteamiento del Problema, Objetivos y Marco Teórico	5
1.1.1. Planteamiento del Problema	5
1.1.2. Objetivos	9
1.1.2.1. Objetivo General	9
1.1.2.2. Objetivos Específicos	9
1.1.3. Marco Teórico	10
CAPITULO 2	35
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1. Técnicas	35
2.2. Instrumentos	40
CAPITULO 3	41
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	41
3.1. Características del lugar de la población	41
3.2. Análisis e Interpretación de Resultados	43

CAPITULO 4	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
4.1. Conclusiones	54
4.2. Recomendaciones	55
Bibliografía	56
Anexos	59
Cronograma de Actividades	60
Planificación	63
Guía de Entrevista no estructurada	65
Guía de Observación	66
Vaciado Preliminar Trabajo de Campo	67
Historias de Vida	75

RESUMEN

“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA”

AUTORES:

Gloria Marina Escobar Hernandez

Karla Noemí Pérez Morales

La realización de este trabajo de investigación donde se consideró importante identificar los factores psicosociales que intervienen en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Expuso los referentes teóricos más importantes, así como la metodología de investigación, la que evidenció de forma significativa estos factores.

Se describió a la población objeto de estudio, su origen, edad, religión, escolaridad y ocupación, fueron contactados y posteriormente se le pidió la autorización a cada uno de ellos para ser parte del proyecto.

Incluyó la descripción de la metodología e instrumentos utilizados, que se consideraron más adecuados y se adaptaron para la muestra de investigación, permitiendo así, el análisis y discusión de los resultados.

Además gracias a la información de los casos trabajados se logró establecer algunas situaciones (emocionales) que se dieron dentro del proceso de la enfermedad y la necesidad de implementar programas de salud física y mental que puedan ayudar con la problemática.

Por medio del análisis, el proceso de investigación y la bibliografía consultada se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

Al concluir este trabajo de investigación, quedaron experiencias vividas con los casos de las personas que ayudaron a realizarlo, nos permitió ver con una nueva perspectiva la problemática y concientizar lo importante del papel que juega el psicólogo en el acompañamiento del enfermo crónico.

PRÓLOGO

La presente investigación revela al lector el por qué de este trabajo, que pone de manifiesto la necesidad urgente de crear programas de Salud Mental para los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica, debido a las constantes crisis en las diferentes etapas de la enfermedad y factores psicosociales que los pacientes tienen que enfrentar, como familiar, económico, laboral, social y emocional.

Nació de una inquietud de la vivencia de un pariente cercano, de una de las integrantes del grupo de investigación, quien vivió todo el proceso en sus diferentes etapas de la enfermedad hasta llegar a ser hoy, en día un paciente con trasplante renal.

Al tener contacto con otros pacientes enfermos renales crónicos en las diferentes etapas de la enfermedad, nos hizo ser partícipes a través de los relatos de sus historias de vida; creando conciencia de la necesidad que existe en el enfermo de tener un acompañamiento psicológico. De esta manera el paciente puede encontrar un apoyo emocional que cambiaría su forma de pensar ayudándole a adaptarse significativamente a su nueva condición, despertando así una nueva expectativa de vida y que sus experiencias ayuden a otros enfermos, como se pudo observar en dos de los pacientes involucrados en el estudio.

El beneficio personal es de incalculable valor al haber compartido con enfermos con Insuficiencia Renal Crónica, conocer su entorno familiar, social y emocional.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

Hablar de Insuficiencia Renal Crónica, es hablar de una triste realidad en la sociedad guatemalteca, a la vez alarmante por los casos que a diario van en aumento sin poner un alerta a esta situación.

Anteriormente esta enfermedad se diagnosticaba en edad adulta, pero en el presente la población es muy variable, con mucha frecuencia son niños, adolescentes, jóvenes y adultos los que se ven vulnerables a ella. La falta de un presupuesto acorde a las necesidades para las instancias de salud pública agrava de forma considerable la situación.

En el proceso de investigación prevalece a través de los testimonios de los casos estudiados la gran necesidad de descentralizar la institución que presta los servicios a esta población, tal es el caso de UNAERC, entidad pública que no se da abasto con los servicios que presta. Aunado a esta situación otro aspecto relevante que se debe mencionar es la necesidad de un adecuado acompañamiento psicológico para el enfermo en las diferentes etapas de la IRC.

Quedando de manifiesto que tanto el tratamiento médico como el psicológico deben ir entrelazados para beneficio del paciente y su familia. Debido a que el mantenimiento prologando de la vida a través de la hemodiálisis y diálisis peritoneal no siempre es aceptado de la mejor manera por los pacientes e incluso por su organismo, por las modificaciones que representan en la vida del enfermo.

Durante el trabajo de campo se tuvo la oportunidad de compartir con personas que están en fases diferentes de la enfermedad. Hizo percibir que el apoyo emocional más cercano que tienen es, su propia familia. No obstante, la familia en la mayoría de los casos no tiene la capacidad de sobrellevar una nueva condición de vida con el enfermo. La adaptación a esta situación, es un reto, el cual deberá encauzarse en forma positiva, para lograr recuperar el estado de salud mental no solo del paciente sino de la familia.

La investigación, contó con el aporte significativo que nos proporcionaron los casos estudiados por medio de su historia de vida, fue interesante que a través de sus relatos se evidenciaran ciertas emociones características de

los momentos que han vivido y la forma en que ellos han podido afrontar y sobreponerse, datos que se han sido incluido en el análisis de resultados.

Importante es agradecer a las personas que aportaron con sus testimonios, tiempo, accesibilidad, confianza y disponibilidad a este proyecto de investigación.

En el trabajo de investigación se ha tomado como referencia una de las problemáticas de la sociedad guatemalteca, específicamente, en el área de salud tanto física como mental, centrando el estudio en Los Factores Psicosociales que intervienen en el Proceso del Enfermo con Insuficiencia Renal Crónica .

En el contenido del primer capítulo se puede encontrar la introducción, como una forma de extracto del estudio realizado; se refiere a datos de los pacientes que fueron entrevistados, edades y lugares donde provienen y lugares donde han sido atendidos; en el planteamiento del problema, hace referencia, como una forma de abordar la problemática que vive la sociedad guatemalteca, como se manifiesta la enfermedad, sus síntomas y tratamientos en las diferentes etapas de la Insuficiencia Renal Crónica .

Menciona los objetivos que fueron planteados y el marco teórico, que trata de definir qué es la salud mental; cómo se manifiesta el fenómeno en la realidad; cómo lo explican y lo definen los investigadores a partir de las lecturas realizadas y por último, qué dicen los teóricos sobre el tema y como se articula con lo que los investigadores dicen. Además incluye una descripción de la sintomatología de la enfermedad, tratamientos y algunos lugares que atienden a enfermos con IRC; impacto psicológico en los pacientes y su familia, reacciones que pueden enfrentar dependiendo de la gravedad del caso, concluyendo con el impacto económico que representa para el paciente y su familia esta enfermedad.

En el capítulo dos se encuentra las técnicas e instrumentos, hace referencia a la metodología de investigación cualitativa en sus diferentes fases, se seleccionó por ser la que mejor se adaptó al tipo de investigación realizada; también se presentan los instrumentos utilizados.

El contenido del capítulo tres se observa el contenido de la presentación análisis de resultados, obtenidos del trabajo de campo y como esto se relaciona con la teoría antes mencionada.

Por último en el capítulo cuatro se presentan las conclusiones, recomendaciones y bibliografía utilizada.

1.1. Planteamiento del Problema, Objetivos y Marco Teórico:

1.1.1.Planteamiento del Problema:

Hace algunos años la Insuficiencia Renal Crónica era una enfermedad poco conocida por las personas. Su población era pequeña, en el adulto mayor, adulto, adolescente y en el niño eran contados los casos; el acceso a los tratamientos eran difíciles y las personas que mejor suerte tenían, eran las afiliadas al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS - la demás población debían abocarse a los hospitales nacionales a la espera de algún tipo de tratamiento; esa espera a veces resultaba fatal, porque al no tratarse a tiempo esta enfermedad conlleva a la muerte.

En la actualidad observamos que la población de enfermos con insuficiencia renal crónica ha crecido alarmantemente en las personas de todas las edades, tanto así, que ahora no solo los hospitales públicos prestan servicios a esas personas sino que también para ello fue creado en el mes de Agosto del año 1997, UNAERC (Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico), donde son referidos todos los enfermos renales crónico que son diagnosticados en los hospitales del país; además existe la fundación AMOR (Fundación de Asistencia Médica y Ocupacional de la Recuperación del Enfermo Renal Crónico), donde se brinda la atención a las personas que padecen esa enfermedad y que son de escasos recursos.

Hablar de la IRC (insuficiencia renal crónica), se refiere a la incapacidad de los riñones en cumplir sus funciones, de filtrar la sangre, controlar el balance químico y líquido del cuerpo, regular la presión arterial elevada y ser depuradores de las toxinas en nuestro organismo. Algunos de sus síntomas son: fatiga, náuseas, mareos, anemia, vómitos y bajo peso, lo que da como resultado, complicaciones óseas, circulatorias, cardíacas y respiratorias.

Uno de los agravantes de esta enfermedad crónica en Guatemala es también el alto índice de personas que son diagnosticadas diariamente con diabetes mellitus e hipertensión arterial, enfermedades que al no ser tratadas o controladas a tiempo pueden desencadenar la insuficiencia renal aguda y posteriormente insuficiencia renal crónica.

La enfermedad afecta el estado de salud emocional, económico y social del paciente, porque al ingresar a los tratamientos de reemplazo renal, se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento que modifica su vida social, laboral, pérdida de esperanzas de trasplante renal y en muchos casos abandono familiar (físico, económico o emocional) afectando notablemente al paciente y disminuyendo su interés y colaboración con respecto al tratamiento que en ese momento se encuentre.

Su expectativa ante la vida cambia, pues se llena de muchas interrogantes: como si valdrá la pena llevar el tratamiento?, si en algún momento hallará su condición de sanidad?, si alcanzará el dinero del cual dispone?, y así, una variedad de preguntas que a la larga empeora la condición del paciente creándole tensiones e inestabilidad emocional.

Los pacientes con IRC, deben sobrellevar una enfermedad debilitante y limitante (física y emocional), además tiene que adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la misma enfermedad, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración psicología y conductual, de la necesidad de autonomía. Los problemas sociales pueden contribuir en el enfermo, comienzan a no compartir espacios sociales que antes frecuentaban hasta llegar al abandono total a esos espacios. Por otro lado, la relación familiar también se puede ver agravada, si el enfermo es cabeza de familia y de quien depende el sustento para mantenerla mediante su trabajo.

Tiende a ser grave la situación porque a veces la misma enfermedad disminuye en gran parte la capacidad de la persona para desempeñar su campo laboral, repercutiendo en lo económico y en sí, en su rol como persona que provee a su familia de lo indispensable (casa, alimentación, ropa, educación, recreación, salud y seguridad).

La IRC, es una enfermedad democrática, no hace distinción de sexo, edad, grupo étnico, religión, clase social, ideas políticas, por esa razón es difícil encontrar un estereotipo de paciente, a todos ataca por igual, en forma tal, que si el país no cuenta con un programa adecuado de tratamientos y trasplantes renales, es considerable la cantidad limitante en cuanto a la productividad económica del país.

Por lo general en el paciente con IRC se ven marcadas siete etapas en las que varían sus sentimientos y actitudes frente a la enfermedad:

Etapa de choque: los pacientes se sienten confundidos o extrañamente indiferentes ante su enfermedad.

Etapa de aflicción: cuando el paciente se da cuenta de su realidad, hay reacción ante la noticia, presentan sentimiento de pérdida, desamparo y desesperanza.

Etapa de la negación: el paciente niega su existencia y consecuencias de la enfermedad. La negación es mala, si influye en el cuidarse adecuadamente en su persona y en el tratamiento.

Etapa de enojo: el paciente puede sentir que alguien tiene que ser responsable de lo que le está sucediendo, incluso en algún momento culpará al Doctor por no haber detectado antes la enfermedad e impedirla.

Etapa de temor: cuando el paciente es conocedor de su realidad, surgen los temores, lo cual es normal, es cuando el paciente deberá informarse de su enfermedad y como controlarla.

Etapa de culpa: el paciente teme ser una carga y cambiar la vida a los que le rodean.

Etapa de aceptación: el paciente acepta la realidad y comienza a adaptarse a su nueva condición de vida.

Aprender a convivir con la enfermedad, es un proceso de aprendizaje para el enfermo y su familia, dependerá de las diversas estrategias y estados de ánimo que el paciente presente para la adaptación a su nueva condición.

Los aspectos psicosociales del paciente serán importantes en la medida que acepte su nuevo rol como enfermo con IRC. Contribuirá su nivel de cultura, estado físico, capacidad de memoria para entender y recordar los pasos del tratamiento y la capacidad del enfermo para ejecutar respuestas necesarias y eficaces ante una óptima adherencia terapéutica. La motivación del paciente por mejorar su salud, el apoyo familiar, de amigos o incluso de grupos de autoayuda, mejorará el seguimiento porque consiguen alentar y reafirmar las conductas correctas del enfermo.

Se consultó en la Biblioteca de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, temas que tuvieran relación con la misma y se encontró que en el año 1977, se realizó una investigación con el nombre de “Estudio de la Frustración de un Grupo de Pacientes en Programa de Hemodiálisis”, presentada por Nuvia Leiva Girón y Aurora Ortiz Contreras, su

enfoque se centró en el estudio de las reacciones emocionales que presenta el paciente con IRC durante la etapa del tratamiento de Hemodiálisis. Ahora bien, nuestro tema a investigar “Factores Psicosociales que intervienen en el proceso del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica”, va enfocado, a identificar y analizar los factores psicosociales que intervienen en el proceso de la enfermedad en el paciente con IRC, esperando que profesionales en salud mental, despierten su interés en dar acompañamiento psicológico y se involucren con la población que padece IRC y su familia.

Es importante que exista una comunicación terapéutica entre paciente y personal especializado para establecer una relación de ayuda que sea eficaz, humana y terapéutica en todo momento del proceso de enfermedad y que puedan así de esa forma ser generadores de bienestar para el enfermo.

Esto confirma la necesidad de investigar nuestro tema, enfocado a tres pacientes; la primera será un paciente que acaba de ser diagnosticado con insuficiencia renal crónica; el segundo paciente será una persona en tratamiento de hemodiálisis y por último una persona que ya fue trasplantada.

Con sus relatos vivenciales podremos obtener información de los estados anímicos reales por los que pasa un enfermo renal desde su diagnóstico de la enfermedad, así como los tratamientos por los cuales pasa previo a la cirugía de trasplante, de la relación familiar, social y laboral.

1.1.2. Objetivos:

1.1.2.1.General:

Brindar el acompañamiento psicológico en el afrontamiento de las diferentes etapas del enfermo con insuficiencia renal crónica.

1.1.2.2. Específicos:

Identificar y analizar los factores psicosociales, que intervienen en el proceso de enfermedad en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Analizar y discutir factores que puedan coadyuvar al afrontamiento del proceso de la enfermedad.

1.1.3.Marco Teórico:

“Las definiciones de salud mental, o de ausencia de enfermedad, aunque bastante generales, son útiles para detectar la presencia de un padecimiento y el grado del mismo. Otras definiciones de salud mental según la opinión de varios autores son:

Levinson (1962) considera que la salud mental depende primariamente de la forma en que el individuo se siente a sí mismo, a los demás y al mundo, especialmente en relación al lugar que ocupan dentro de él.

Mennigen (1974) define salud mental como el ajuste de los seres humanos al mundo y a ellos mismos con un máximo de efectividad y felicidad.

Ginsberg (1955) la define por algunas categorías, entre ellas la capacidad de mantenerse en un trabajo, de tener una familia, de evitar problemas con la justicia y de disfrutar las oportunidades habituales de placer”.

Además, de estas definiciones se han precisado una serie de cualidades de la personalidad, que son las capacidades para readaptarse ante el estrés o para recuperarse de una enfermedad. La organización mundial de la salud, habla en términos amplios, y la define como “la presencia de bienestar físico y emocional”. El adulto sano es una persona que muestra una conducta que confirma el hecho de que se percibe a sí mismo, o sea su identidad personal, junto con un propósito en la vida, un sentimiento de autonomía personal y una voluntad de percibir la realidad y hacer frente a sus vicisitudes. El adulto sano tiene capacidad para invertir afecto en otros y entender sus necesidades, para lograr una relación heterosexual mutuamente satisfactoria, para ser activo y productivo dando pruebas de que persiste en los esfuerzos y soporta las frustraciones hasta llevar a cabo las tareas que se ha propuesto, para responder de manera flexible ante el estrés, para recibir placer de diversas fuentes y para aceptar sus propias limitaciones en forma realista.

Para poder entender la dinámica de la salud mental debemos prestar atención a varios conceptos interesantes que ampliarán nuestro marco de referencia con relación a ella. La salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos de interactuar entre sí y con el medio ambiente en donde se desarrollan con la finalidad de promover el bienestar, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas relacionales, el logro de las

metas individuales y colectivas en concordancia de la justicia y el bien común (1988 Mental Health Canadians). Cuando hablamos de salud mental no se puede dejar de mencionar su relación con la calidad de vida a la que todo ser humano tiene derecho desde su nacimiento.

El incremento de trastornos en la salud mental se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales por ejemplo: la ansiedad, depresión o síntomas de cambios de comportamiento (como en la conducta), lo anterior en respuesta a un factor estresante identificable externo, que por ejemplo puede ser la pérdida de empleo, enfermedades físicas, limitaciones físicas, divorcios, migraciones, problemas económicos, laborales, sociales y/o familiares. Los síntomas suelen presentarse dentro de los 3 meses siguientes al comienzo del factor estresante y se expresan clínicamente por la existencia de un malestar mayor de lo esperable en respuesta a ese factor estresante; así mismo pueden reflejar un deterioro significativo de la actividad social, familiar, laboral y/o académica.

De todo lo que se señala anteriormente es importante resaltar que para que la salud mental sea tal, debemos conocer los factores que intervienen positiva o negativa, directa e indirectamente con ella, como los sistemas de salud, la educación, la religión, sistemas de gobierno y política, los sistemas de justicia, de todos estos actores principales depende la aparición, desarrollo y/o prevalencia de dichos trastornos de salud mental.

Toda la dinámica de estos factores en la actualidad se observan cómo desprenden cada vez más, problemas relacionados con la salud mental dentro de ellos se mencionan, estrés, depresión, anorexia, agresividad entre otras enfermedades que seguramente están ligados con la forma de vida y la cultura en el que el individuo se desarrolla, como parte de un contexto fundamental en la salud mental del guatemalteco, es importante mencionar que somos un país en el cual los contrastes y diversidades, multiétnica, multicultural y multilingüe se marcan profundamente.

a) ¿Cómo aparece el fenómeno en la realidad?

Guatemala tiene una extensión de 108.889 kilómetros cuadrados que lo coloca como el tercer país con mayor extensión territorial en Centro América y el más habitado de la región. El 43% de estos habitantes es de origen indígena y eminentemente rural. Dado el crecimiento poblacional, el país puede considerarse un país joven, pues el total de la población un 55.2% son niños y

adolescentes menores de 19 años. El 42% de estos niños y niñas son indígenas. Importante hacer referencia a que el 49.5% de la población son mujeres y el 50.5% hombres. La mayoría de la población vive en el área rural, el restante 35% es población urbana.

El 56% de las familias guatemaltecas viven en los límites de pobreza, lo que significa que tienen recursos insuficientes para adquirir la canasta básica, bienes y servicios. En general el sistema de salud es deficitario orientado a la curación y no a la prevención.

Un estudio realizado por Víctor Antonio López, Psiquiatra Social y Consultor Internacional en Salud Mental, coordinó en el 2009 la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). Los resultados señalan que uno de cada cuatro guatemaltecos padece de algún trastorno de salud mental y que de manera individual el estrés postraumático es prevalente en la población.

Este se presenta en su mayoría luego de un hecho relacionado con la violencia; el informe cita también que solo el 2.3% de la población ha consultado alguna vez, por un trastorno de salud mental a un profesional. Esta cifra refleja la poca familiaridad del guatemalteco con el tema.

“Seguimos viendo este tema con miedo, como un tabú, debemos comenzar a tener actitud más abierta. Si empezáramos a trabajar este problema y a hablar de él desde la perspectiva de bienestar, estaríamos un poco mejor: seríamos más sanos con menos agresividad y menos violencia”, considera Pilar Grazioso de Rodríguez, Directora de la Consejería Psicológica y Salud Mental de la Universidad del Valle de Guatemala. (Periódico Prensa Libre).

La cobertura estatal a la salud mental termina de completar el panorama, el gobierno destina de acuerdo a la encuesta antes mencionada menos del 1% del presupuesto del Ministerio de Salud a esta área, lo que lleva a los pacientes a buscar ayuda profesional de manera privada. En este sector los precios de consulta oscilan entre Q.250.00 y Q.1,000.00 mientras los servicios de tomografías, resonancias magnética o encefalogramas pueden incluso llegar a triplicar la última cifra.

Se debe reconocer con las creencias acerca de la salud y de la enfermedad que son una parte importante de toda cultura “sin embargo hay ahora un punto de discusión de cómo incorporar las condiciones culturales, en nuestro contexto. Se habla también de atender a una perspectiva menos patológica” dice Grazioso de Rodríguez (en artículo del periódico Prensa Libre).

“Si tomáramos en cuenta cómo vivimos en Guatemala, todos estaríamos enfermos de ansiedad o con un estrés postraumático ya que estamos expuestos cotidianamente a situaciones que atentan contra nuestro bienestar y paz interior. Sin embargo estos criterios que nos enfermarían mentalmente a todos pueden ser también considerados como resiliencia (es la capacidad de sobreponerse al dolor emocional y a los traumas) en otros modelos de tratamiento”.

Tanto la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2009, como El Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala del 2011, señalan que el Ministerio de Salud destina menos del 1% de su presupuesto (4 mil 435 millones). En el informe del 2011 se indica además que el 13% de la población tiene acceso gratuitamente al menos en el 80% de medicamentos esenciales lo que evidencia un avance importante aunque aún insuficiente, para quienes pagan sus medicamentos genéricos el costo de los antidepresivos corresponde en promedio al 2% del salario mínimo diario que para este año 2012 es de Q.69.00 en parte, este se debe a la mayor comercialización y disponibilidad.

Aunque todos los trastornos mentales y problemas de salud están cubiertos en los planes de seguro social. Solo una proporción muy pequeña de la población, menos del 15% está afiliada. (Periódico Prensa Libre 2011). Lo irónico de todo esto es que en realidad el cuidado más profiláctico o preventivo que puede y deberían de tener los humanos es el de la Salud Mental.

Guatemala, enfrenta un gran desafío para la cobertura de las necesidades de salud mental en nuestra población. Los problemas relacionados con la salud mental han sido y continúan siendo múltiples y complejos pues se observa la existencia de conductas violentas, pobreza, desarraigo, discriminación, duelos no resueltos, baja autoestima, consumo de alcohol y otras sustancias en la población que pasan a ser parte de la vida diaria.

Es por ello que la presente investigación pretende dar un enfoque holístico, de lo que es salud mental y como afecta en cada individuo y en sus diversos roles como ser humano; desde el punto de vista como investigadores, se considera que el nivel de salud mental en la población está seriamente afectada por diferentes factores, pero principalmente por la cultura, que no permite considerar la importancia de la salud mental y en los casos en que se evidencia la necesidad de su tratamiento, se le ubica en segundo lugar, muchas veces por carecer de recursos y otras por desconocimiento, además el hecho de visitar al

Psicólogo aun se considera como un “asunto de enfermos mentales” o algo de difícil acceso.

Debido a esta cultura tan particular del país, también se ven afectados los grupos específicos, por ejemplo: grupos con capacidades, preferencias sexuales y creencias religiosas distintas, etc. El desconocimiento, la falta de educación y valores, lo hacen poco tolerante, lo que no representa la mayoría, según el criterio impuesto, es incorrecto o anormal, dañando terriblemente la salud mental de estos grupo.

Guatemala es una población con paradigmas y dogmas muy arraigados que permite ser crítico y evaluar objetivamente las situaciones que hacen bien o que atentan contra nuestra salud general.

Entre otros factores importantes y que más afectan a la población guatemalteca, se puede citar la pobreza extrema, que se refleja en la mala alimentación y el poco acceso a la atención medica en general, según los índices de estudios realizados en cuanto a salud en los últimos años.

El desproporcionado nivel de violencia, influye considerablemente en la salud mental de los pobladores, cada día es más común el alto número de asesinatos y hechos de violencia en contra de hombres, mujeres y niños indistintamente, cometidos en el país, tanto en el área urbana como rural, la exposición, a esta situación de violencia ha conseguido que la calidad de vida de los guatemaltecos se deteriore progresivamente, se viva en un ambiente hostil, de paranoia y estrés, en el que se está alerta en todo momento o lugar .En determinada situación, podríamos ser blanco perfecto de hechos delictivos.

No se puede dejar de considerar dentro de la salud mental la prioridad o importancia que cada gobierno entrante o saliente otorga dentro de su plan de trabajo a dicha área.

Con mucha decepción se observa que constantemente las huelgas de los profesionales de la medicina, demandan mejorar las condiciones de abastecimientos en medicinas y equipos de hospitales y mejoras salariales a sus trabajadores, sin dar una mirada al deprimente y abandonado Hospital de Salud Mental Dr. Carlos Federico Mora.

La falta de empleo y oportunidad de superación afecta sobremanera, el salario mínimo no es suficiente para poder mantener una familia o un hogar, se

sobrevive en una sociedad de pobreza, bajo nivel educativo, alto nivel de inseguridad y una sociedad en donde los valores pierden peso cada día.

Lo anterior hace pensar que si no hay atención primaria, dirigida a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, tampoco existe un lugar donde ellos puedan ser tratados y así mejorar su estado de salud mental. Es entonces donde la creación, administración y divulgación de programas elaborados por equipos multidisciplinarios adecuados, resaltarían las necesidades de cada edad dando mejores resultados de abordaje e integración a sus círculos sociales situándolos en una realidad que no es más que su diario vivir.

¿Qué sociedad en el mundo está libre de problemas que los agobien?

¿Qué soluciones como profesionales de la Salud Mental se proponen?

¿Deberá un aporte mejorar o cambiar el concepto de Salud Mental?

Estas preguntas entre otras, motivan a querer dar propuestas de real alcance y que dejen precedente del que hacer del Psicólogo.

b) ¿Cómo lo explican y lo definen los investigadores a partir de sus lecturas?

Se considera que la salud mental es un concepto complicado de definir. Esto puede evidenciarse a partir de las diferentes definiciones que de ella se han ofrecido. Los investigadores la ven desde una perspectiva individual pero también la visualizan desde lo colectivo y ambas se entrelazan y contribuyen a determinar, tomando en cuenta un enfoque sistémico.

Mientras más concreta sea la definición del concepto de salud mental mayor utilidad para el propósito investigativo. En ese sentido, se inclina por aquel que se define mediante categorías como la identidad personal, el propósito en la vida, el sentido de autonomía, la voluntad para percibir la realidad y enfrentar vicisitudes. De ello derivan la capacidad para dar y recibir afecto y el manejo de la frustración. Incluye y destaca la flexibilidad ante el estrés, que se entiende como la capacidad de manejar una sobrecarga física y emocional, por parte del individuo y los grupos.

Desde lo colectivo, uno de los más importantes conceptos en este trabajo es el de calidad de vida, la relación entre tiempo y esfuerzo y los beneficios obtenidos

de ello. Esta calidad no necesariamente está determinada por el nivel de ingresos y el status.

La violencia social, que es prácticamente un eje, cruzatransversalmente nuestra historia colectiva e individual. Es también uno de los factores centrales en cualquier esfuerzo investigativo.

c) ¿Qué dicen los teóricos sobre el tema y como se articula con lo que los investigadores dicen y la realidad?

Dentro de los teóricos, preocupados por la concepción de la salud mental, distinguen cinco modelos:

El Modelo de Salud Mental de Warr (1987), la salud mental se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que la originan y ciertos atributos de personalidad. Además, otras características personales que afectan a la salud mental son la edad, el género, el status socioeconómico, los valores personales y las habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales.

Según Warr, las características del medio que inciden favorablemente en el nivel de salud mental son: la oportunidad de ejercer control sobre el medio, la oportunidad de utilizar y desarrollar los propios conocimientos y capacidades, la existencia de objetivos generados por el medio, la variedad de actividades, la claridad ambiental, la disponibilidad económica, la seguridad física, las oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y una posición social valorada; mismos que si llegarán a faltar o darse exageradamente, incidirán desfavorable o menos positivamente en el logro de la salud mental.

Modelo de la Causa Social (Mirowsky y Ross, 1989), observa que una disminución en los niveles de salud mental se manifiesta en un estado subjetivo de malestar, evidenciado por síntomas de depresión y ansiedad. Vinculan las condiciones sociales objetivas de los sujetos con su bienestar; las diferencias sociales, de alineación, de autoritarismo, de control personal y de flexibilidad cognitiva afectarían significativamente los niveles de salud mental.

Teoría de la Indefensa, Atribución de Causalidad y Depresión (Abramson, Seligman y Tessler, 1978), teoría en que los depresivos tienen un estilo

atributivo llamado estilo pesimista de causalidad, que consiste en atribuir los eventos adversos incontrolables a factores internos, globales y estables. Sin embargo, a raíz de diversas investigaciones en el tema, parece ser que éste estilo de causalidad es más un efecto de la depresión que una causa y la diferencia sustancial con los sujetos no depresivos es la falta del sesgo reforzado.

El Modelo Cognitivo de la Depresión De Beck (1983), explica la depresión como consecuencia de las experiencias infantiles que inducen al sujeto a tener una imagen negativa de sí, los demás y el futuro. Los depresivos manifiestan una tríada cognitiva negativa y varios sesgos cognitivos (inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, errores evaluativos de la magnitud de un acontecimiento y personalización-generalización).

Sesgos Socio cognitivos y Salud Mental, Ellis (1987), los sujetos que presentan trastornos emocionales poseen formas de pensamiento que presentan una leve depresión muestran ser más realistas en la visión de sí mismos, no observan un estilo atributivo reforzado ni ilusión de control, tampoco presentan la tendencia a verse mejor que otros en habilidades ni a creer que comparte sus creencias y sentimientos; tienen una creencia realista de la probabilidad de sufrir acontecimientos adversos. Por lo tanto, el estado de ánimo negativo predispone a un estilo convergente, reduccionista y conservador, de contraste, explicación y readecuación realista con el medio. De hecho, no es pensamiento, si no presentan los sesgos reforzados que utilizan los sujetos no depresivos.

Además de estos cinco modelos explicativos, se reconocen otros factores que inciden en los niveles de salud mental de los sujetos por ejemplo: se ha visto que las personas que pertenecen a una clase social baja tienen mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, quizás debido a que disponen de menos repertorio material o psicológico o porque las personas con problemas de salud mental tienden a bajar status social.

Existe evidencia en relación al mayor deterioro psicológico en las mujeres, al respecto, algunas explicaciones destacan las diferencias biológicas, otras la socialización diferencial, la asignación de roles, las diferencias entre la expresión de la emoción, los malos tratos, las estrategias de afrontamiento a la posición social desfavorable en el mercado laboral; en resumen, atienden a la situación social desfavorable para las mujeres.

El desempleo, tiene efectos negativos en la salud mental, debido a que satisface las necesidades materiales y psicológicas básicas. En la vida, frecuentemente las personas se enfrentan con demandas del medio y situaciones no deseadas que podrían ser física y mentalmente desencadenantes de respuestas físicas, psicológicas y conductuales negativas.

Otra forma de manejar las demandas del medio es a través de una buena estrategia de afrontamiento, para las cuales existen dos categorías: afrontamiento centrado en las emociones v/s estrategias de evitación.

Los sujetos con síntomas depresivos frecuentemente usan la descarga de emociones en conjunto con las estrategias de evitación y resignación, cuando lo que debería darse normalmente es el uso de estrategias de evitación en un primer momento (corto plazo) para proseguir con un afrontamiento activo, eficaz para asimilar los hechos estresantes y perpetuar la sensación de control situacional.

El apoyo social (disponibilidad de ayuda) que la persona tenga es determinante en la estrategia de afrontamiento que utilice, mientras más apoyo reciba, más probable es que utilice estrategias activas. Los efectos del apoyo social se explican en cuatro mecanismos: porque inhibe conductas de riesgo y refuerza las saludables; porque disminuye el impacto del stress y las conductas inadecuadas que causaría; porque valida las creencias de control y posibilita el manejo; y por último, la expresión de las emociones regulada por otros permite disminuir el desgaste fisiológico provocado por el stress.

De esta manera, la intervención psicológica debería darse en la prevención y mejoramiento de las variables ambientales, a nivel de las relaciones interpersonales, de la reestructuración cognitiva, el mejoramiento de las habilidades sociales y la provisión de grupos de apoyo.

“El Instituto de Salud de los Estados Unidos definió la salud mental como la relación armoniosa y productiva entre el hombre, el medio ambiente y las instituciones de manera constructiva y tendiente a la justicia y equidad.

En Quebec Canadá, en la política de salud, se hace referencia en la salud mental como la capacidad que puede tener una persona de utilizar las emociones de manera apropiada en sus acciones; de establecer razonamiento que le permitan adaptarse a las circunstancias y relacionarse con su medio ambiente.

Se postula que el equilibrio psíquico de una persona se determina entre otras cosas por el nivel de bienestar. Sin embargo los cambios sociales han promovido nuevos problemas que afectan la calidad de vida de los grupos e individuos como: el aumento de desempleo, el aumento del índice de pobreza” (Restrepo Espinoza 2006) la emigración de las personas en busca de una mejor vida y otros factores más.

Es aquí donde se ve la necesidad imperante de contribuir a que tanto el hombre como individuo o como grupo aprenda adaptarse al medio ambiente y logre identificar y realizar sus aspiraciones a pesar de los cambios y adversidades que puedan enfrentar.

En resumen, se puede decir que la salud mental “promueve procesos que permitan integrar las emociones, los comportamientos, las relaciones, los desarrollos intelectuales y la productividad entre otros para que puedan generar satisfacción y sentido que propicien bienestar y coherencia interna”. También la salud mental “potencia la capacidad para producir constructivamente y contribuir en lo económico, lo afectivo, lo emocional, lo social y lo espiritual. Interioriza el significado y el respeto por la vida, el cuerpo, la expresión de los afectos en el ejercicio del placer y las demás áreas de la vida como personas”.

Los teóricos comparten el fruto de todo un proceso de trabajo y esfuerzo, que pretende aportar a la humanidad una base científica de datos y afirmaciones del proceso humano y de los grupos donde se desarrolla su vida; los investigadores, ponen en práctica esos métodos y aportes de los científicos, pretendiendo encajar ambos para dar origen a una realidad clara y comprensible acerca del tema en investigación y sus aportes; pero cuando se trata de la complejidad de la psiquis humana, la realidad no está claramente definida por un conjunto de reglas, postulados y determinaciones científicas, que pueden etiquetar al hombre como un ente, definido con exactitud, esto en cambio, origina resultados que pueden variar, según la personalidad, el entorno, la condición social, el nivel económico y todos los factores que ubican al individuo en un estatus categorizado por la sociedad, por lo tanto se torna en un trabajo que hace énfasis en el carácter activo del investigador a fin de no alterar la propia conciencia del investigador.

Por mucho que el investigador se esfuerce en conseguir un resultado netamente apegado a la realidad de una investigación científica, basada en una metodología determinada, es importante hacer notar que cuando dicha investigación enfocada a un trabajo de la personalidad o una determinada

situación psicológica de un individuo o un grupo, se debe hacer énfasis en que los resultados serán variables, ya que el ser humano, casi siempre tiende a aportar un resultado subjetivo como producto de un proceso investigativo.

El tema de la subjetividad representa una definición ontológica diferente de los procesos psíquicos, considerando a la subjetivada, como el sistema de significaciones y sentidos subjetivos en que se organiza la vida psíquica del sujeto y la sociedad, por tanto la subjetividad no es una organización psíquica que se agota en el individuo, sino un sistema abierto y en constante progreso que caracteriza también la constitución de procesos sociales.

La diferencia entre lo cualitativo y lo cuantitativo es epistemológica y no metodológica. El énfasis en el carácter activo del investigador no debe limitar nuestra comprensión del carácter activo del propio conocimiento, el que actúa sobre este proceso más allá de la propia conciencia del investigador, esto hace al investigador mismo, mantenerse sumido en el constante ejercicio de la reflexión.(González Rey, 1999).

Al abordar el tema Factores Psicosociales que intervienen en el proceso del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica, es por el interés que despierta en el campo de la psicología, el cual tiene su importancia como objeto de estudio.

Las enfermedades crónicas, es una palabra que se utiliza para descubrir un grupo de condiciones de salud que duran mucho tiempo. Las edades predominan en los adultos y producen una limitación en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que la padecen. Las ciencias de la salud se han ido interesando cada vez más por la evaluación de las consecuencias, de la repercusión de la enfermedad y sobre los diferentes ámbitos de la vida del enfermo. La raíz de la palabra crónica es “cronos” que se refiere al tiempo. (Andreoli, Carpenter, Bennett y Plum 1999).

Hay enfermedades crónicas de muchos tipos pero tienen algo en común: que no son contagiosas; algunas enfermedades crónicas pueden ser genética, lo cual indican que pueden pasarla de los padres a los hijos. Las enfermedades crónicas en su mayoría limitan la vida de las personas ya que cada una afecta el cuerpo de diferente manera, de esa forma la condición de cada enfermo es variable, así como también la forma de afrontarla.

Debido a que existen tantas enfermedades crónicas es difícil saber que esperar, algunas pueden causar que una persona se canse fácilmente, que deje de hacer sus actividades rutinarias como deportes, ir al colegio, actividades laborales.

En otros casos las enfermedades son tratadas con medicamentos y dietas alimenticias. El paciente tiene que aprender a vivir con su dolencia adaptándose a la enfermedad para lograr el máximo de autonomía posible en su nueva situación.

Este es el reto del siglo XXI para el paciente crónico porque más que una enfermedad; se trata de una persona con una salud diferente y tras incorporar algunos cambios en su vida cotidiana, se distinguirá de los demás enfermos en la observación de sus síntomas y en la realización de controles médicos periódicos.

Las enfermedades renales: el riñón es para el organismo un regulador de las funciones sanguíneas y corporales así como muy importante para mantener el bienestar físico del individuo. Cuando estas funciones del riñón se ven afectadas, es necesario realizar tratamientos farmacológicos y terapias como la hemodiálisis y diálisis peritoneal.

De acuerdo con Andreoli, et al. (1999) en el Compendio de Medicina Interna nos dice: “Las enfermedades renales suelen ser inespecíficas en sus manifestaciones. Sin embargo, ciertos grupos de datos pueden utilizarse para clasificar algunos de los síndromes y enfermedades más frecuentes que afectan a los riñones y las vías urinarias. La división de manifestaciones clínicas en síndromes clínicamente distintos es arbitraria, y existe sobre posición entre ellos; sin embargo, la clasificación de la expresión de la función renal en grupos comunes cumple un propósito útil, principalmente la consideración de entidades clínico patológicas específicas”.

Las nefropatías o trastornos renales, pueden clasificarse según el segmento de la nefrona más afectado. La glomerulonefritis y diversas variantes del síndrome nefrótico afectan el glomérulo renal. Las vasculopatías, infecciones y toxinas tienen efectos primordiales sobre los túbulos renales, aunque es factible que coexista cierto grado de disfunción glomerular. La obstrucción de la salida de orina por cálculos renales (nefrolitiasis), proteínas u otros materiales presentes en los conductos colectores o uréteres termina por lesionar la nefrona. Cuando el grado de daño de los riñones es grave, ocurre la insuficiencia renal y puede conducir al síndrome urémico. (Hernández, 2000).

La insuficiencia renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere hemodiálisis o diálisis. El Manual Merck (1988) la define como “situación

clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen a un desajuste e insuficiencia de la función excretora y reguladora renales (uremias)”.

La insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales.

El paciente puede presentar letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del pH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y disminución de la calcemia, escarcha uremia, convulsiones, coma y muerte. El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia, el síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre.

Los pacientes que han llegado a la uremia, pueden presentar alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefalea, temblores, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones, conjuntivales y corneales, arritmias, anemias, ingurgitación yugular, piel seca, coloración amarillo bronce, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento, amenorrea; entre otros signos y síntomas.

La hemodiálisis y diálisis peritoneal son alternativas de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible.

La hemodiálisis, es un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento (máquina), uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, por medio de ella se eliminan de la sangre residuos como potasio, urea, creatinina, así como agua en exceso acumulado en el organismo.

La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante.

Los principios que fundamentan la diálisis son la difusión y ultrafiltración de los solutos y el agua; el movimiento de solutos es directamente proporcional al gradiente de concentración existente a ambos lados de la membrana, el cual se manipula variando la composición del líquido de diálisis.

La diálisis peritoneal se realiza al utilizar la membrana peritoneal del cuerpo que se encuentra dentro del abdomen como membrana semipermeable. Se

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

En Guatemala, funciona UNAERC (Unidad Nacional del Enfermo Renal Crónico) fue fundada en agosto de 1997, donde ingresa un promedio de 120 pacientes al mes, de los cuales el promedio mensual de ingresos al programa de diálisis peritoneal es de 30 pacientes de diferentes departamentos de la República de Guatemala.

La unidad renal del Hospital General San Juan de Dios brinda atención a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde 1988, iniciando como programa en 1992 con cuatro pacientes pediátricos y en ese mismo año realiza el primer trasplante renal en paciente adulto. Actualmente cuenta con el programa de diálisis peritoneal pediátrica, el programa de trasplante renal a niños y adultos y también el programa de hemodiálisis. Esta unidad atiende entre 70 a 80 pacientes al mes, los cuales son atendidos en su fase aguda y los diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica son remitidos a UNAERC.

En el mes de mayo del 2008, atendió a 82 pacientes con problemas de IRC (insuficiencia renal crónica). El primero de diciembre de 1999, el Hospital Roosevelt inicia su unidad para brindar atención a pacientes con IRC, con un total de 31 pacientes; 10 de ellos fueron mujeres y 21 fueron hombres, se atendieron en la fase aguda y los diagnosticados crónicos fueron referidos a UNAERC, siendo el 99% de los pacientes con problemas de IRC.

Mensualmente se coloca un promedio de 50 catéteres blandos peritoneales en casos necesarios, dato que cada vez va en aumento. La unidad renal del Hospital Cedros de Líbano inició en el año del 2007, según su registro clínico, obtuvo un ingreso promedio mensual de 20 pacientes con IRC haciendo un total de 255 pacientes en ese año; del 80% ingresó al programa de hemodiálisis; el 10% falleció; el 3% suspendió el tratamiento por trasplante renal; el 4% abandonó el tratamiento y el 17% ingresó a programa de diálisis peritoneal, obteniéndose un promedio mensual de 5 pacientes. También se cuenta con la unidad del Hospital Nápoles que al igual que la unidad renal del Hospital Cedros de Líbano iniciaron sus labores en el año 2007. Hasta el año 2009 la unidad de diálisis de Cedros de Líbano cuenta con 107 pacientes y la del Hospital Nápoles

110 pacientes. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tiene una cobertura tan amplia de pacientes con IRC, y por no contar con una unidad tan amplia para sus afiliados, compra los servicios a UNAERC y a los referidos hospitales. Actualmente funciona como un auxiliar de esas entidades Fundación Amor, la cual cuenta con modernos aparatos para la atención de los enfermos con IRC y que impulsa programas especiales para persona de escasos recursos económicos. (Monzón de Salvador 2010).

Cuando a una persona le diagnostican IRC, su familia también se ve inmersa en todo este proceso de adaptación. Con frecuencia, los miembros de esa familia sufren algunas alteraciones motivadas por el conocimiento del diagnóstico. La aparición de una enfermedad crónica como lo es IRC supone un grave choque para la familia, y gran parte de los trastornos emocionales inmediatos que sufren se expresan en forma de ansiedad, sensación de indefensión, negación del hecho, insomnio y síntomas psicósomáticos.

En muchos casos cuando son continuas en el tiempo, los familiares del enfermo con IRC suelen requerir soporte de tipo psicológico para sobrellevar la situación. Para conseguir una mayor adaptación ante una enfermedad crónica, es importante que se tenga una actitud realista respecto a ella.

Martin-Baro (1990) actitud es una postura corporal en la que se materializa y se expresa la postura del espíritu. No puede ser separada de la postura que constituye su materia. Desde un punto de vista motor, actitud es una manera de mantener el cuerpo, ya que mientras una posición se da, una postura es adoptada o mantenida. La actitud como tal no es visible ni directamente observable. Se trata de un estado considerado como propio de la persona, pero cuya existencia solo se puede verificar a través de sus manifestaciones. Para definir el carácter y naturaleza de las actitudes es necesario actuar sobre ellas, lo que significa que solo cuando se logra producir un cambio de actitud en alguien puede deducirse en forma lógica lo que constituye la esencia de una actitud. (Pags.248-249).

Las características del estado emocional en pacientes con IRC, que manifiestan son ansiedad, depresión ira y frustración, sin embargo, quedan diversidad de incógnitas en relación a la implicación de los procesos psíquicos y las características de la personalidad en la aparición, curso y pronóstico de la enfermedad. En los casos de enfermedades crónicas la medicina ha ido estructurando alternativas terapéuticas que aumentan la esperanza de vida de la persona que padece la enfermedad y le ayudan a alcanzar mayor bienestar.

Se considera que la atención a las personas con enfermedades de IRC no siempre se les da la prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución a lo largo del tiempo.

La Adaptación del Enfermo: Cuando llega la enfermedad, se produce una serie de cambios importantes en varios aspectos psicosociales de la persona: la imagen que tiene de sí mismo, visión del futuro, relaciones interpersonales, actividades que realizaba hasta ahora, etc. El enfermo con IRC está obligado a cambiar en mayor o menor grado su forma de vida; a modificar su dieta, frecuentes contactos con el medio hospitalario, interrupción de sus actividades cotidianas que muchas veces afectan al trabajo o estudios. Todos estos cambios suponen un factor de estrés para cualquier persona, sin embargo el grado de afectación no será el mismo en todos los casos, porque dos personas con IRC pueden tener los mismos síntomas pero pueden adoptar una actitud diferente ante la enfermedad, esto es debido, a que existen una serie de factores que van a incidir en el proceso de adaptación.

Las variables más importantes que van a influir en la respuesta del enfermo ante su nueva situación son las siguientes:

Edad, (momento del ciclo vital en el que se ha producido el diagnóstico de la enfermedad); las experiencias previas con el medio hospitalario; el estado físico en el que se encuentra el paciente, es decir, si existen otras enfermedades asociadas; la personalidad del paciente, el estilo del pensamiento y el tipo de comportamiento determinarán, en gran medida, el proceso de adaptación; valoraciones acerca de la enfermedad y de sí mismo; estrategias de afrontamiento; nivel de autocontrol y por último el soporte familiar o social que posea el paciente.

El impacto psicológico que genera una enfermedad como lo es IRC, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. Sin embargo, ello supone estudios acerca del componente psicológico de estas enfermedades, que deberán trascender del nivel descriptivo al explicativo.

Se hace necesario desde los puntos de vista científico y asistencial, profundizar en el conocimiento de los posibles correlatos entre las vivencias y estados psicopatológicos que se estructuran en las personas con IRC, con vista a desarrollar alternativas terapéuticas más efectivas para mejorar, desde la zona salutogénica (habilidad de afrontar, resistir e incluso aprender y creer aun en las situaciones más adversas), el bienestar de la persona y su calidad de vida.

En el curso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado.

(González Rey 2006). El sentido subjetivo, a diferencia del sentido, es una expresión de las consecuencias de las experiencias humanas, las cuales son imposibles de definir a partir de la dimensión objetiva de estas experiencias, pues estas consecuencias son el resultado de la propia organización subjetiva, recursos y contextos del sujeto en el momento de vivir cada experiencia. Todo sentido subjetivo está asociado con necesidades que el sujeto experimenta en el contexto en que actúa, de las cuales se derivan emociones y procesos simbólicos que, en sus relaciones determinan el sentido de la actividad para el sujeto. La subjetividad permite comprender una nueva dimensión de los procesos sociales que tiene repercusión no solo para la psicología, sino para el desarrollo de las ciencias humanas de forma general. (págs. 55-57).

En la IRC desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente el paciente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud.

Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad crónica comienza a elaborar o reelaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en lo que se implica todo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familiar, pareja, profesión, vida social, entre otros.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y

cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad. En este sentido el estudio de los estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la ira, se hacen ya de carácter obligatoria al pretender describir y explicar la manera individual de subjetivar la enfermedad crónica.

En el caso particular de la IRC resultan limitadas las investigaciones que profundicen en aspectos psicológicos de estos pacientes, al respecto se han podido identificar algunas cuestiones que si bien requieren de mayor nivel de profundidad y sistematización abren la puerta a un camino prácticamente inexplorado en relación a determinados factores psicológicos asociados a esta afección.

Dentro de los aspectos psicosomáticos del enfermo podríamos enmarcar los siguientes:

Disminución de las energías: el desmejoramiento de sus energías físicas limita su actividad y le obliga adoptar una posición auto defensiva se encorva o se postra en cama deseando que este estado sea lo más pasajero posible.

Sufrimiento físico localizado: la molestia se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad somática, y por el desconocimiento de la función real de sus órganos y sistemas determina que el paciente exagere la magnitud de su preocupación por su enfermedad.

La angustia: depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias que experimente así como de las peculiaridades de su personalidad, mostrando intranquilidad, desesperación que repercute en la disminución de su apetito, en el sueño, sus quejas frecuentes.

La ansiedad: se presenta cuando el enfermo enfrenta la amenaza aun indefinida. Cuando la amenaza se ha definido en algo concreto la ansiedad deja paso al miedo (miedo a algo concreto). La ansiedad puede expresarse de manera diferente como, por ejemplo, inquietud, insomnio, hiperactividad y miedo. Muchas veces los síntomas son tan intensos como para provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres, y hasta una serie de quejas gastrointestinales, cardiológicas o genitourinarias.

Depresión: surge ante vivencias de pérdida, incluyendo la pérdida de salud, de ahí que la asocian entre depresión y enfermedad médica sea común. Si no se trata, la calidad de vida del enfermo disminuirá, se retrasará la curación y aumentará el riesgo de descuido. En el diagnóstico de una depresión asociada a una enfermedad médica son más importantes los síntomas psicológicos que los físicos.

Temor a la soledad e invalidez: la evolución de la enfermedad, las molestias somáticas, el estado de ánimo deprimido, determina que en algún momento sienta amenazada su existencia, experimente temor a la soledad cuando él se encuentre solo en un estado crítico de la enfermedad, pues para él, es el único que sufre y experimenta inseguridad respecto a sus resistencias orgánicas que no pueda recuperarse o quede con alguna invalidez, provocará miedo a la muerte, reflexiones que hace comprender el valor de la vida, su importancia y los aspectos positivos, ello indica que el hombre se resiste y rechaza la muerte y prevalece los deseos de vivir en beneficio de la familia y los amigos.

Significación de la enfermedad: cada individuo cuando pierde el estado de bienestar que le proporciona la salud, trata de encontrar una significación a la enfermedad según las vivencias que haya tenido anteriormente, las sensaciones que experimente durante el proceso de la enfermedad, según los conceptos sociales, morales, religiosos, edad, sexo, raza, así como la constitución de la personalidad.

Algunos pacientes consideran la enfermedad como una prueba para valorar la resistencia y como una prueba para soportar el sufrimiento. Otros pacientes la consideran como un castigo a la actitud y comportamiento no muy adecuado para que le permita reflexionar y adoptar una nueva actitud frente a la familia.

La comprensión psicológica del enfermo representa una tarea ineludible para todo profesional práctico. Para captar comprensivamente al enfermo, el enfermero, doctor y terapeuta deben reunir varias condiciones: La de asumir una actitud psicológica ante el enfermo que tendrá que ser una actitud abierta, acogedora y expectante, desprovista de elementos subjetivos y autoritarios y centrados en el acontecer de la personalidad del otro. El terapeuta se coloca entonces mentalmente en la posición del enfermo, pero sin fusionarse con él. Esta actitud resulta muy favorable para que el enfermo se entregue más fácilmente a la comunicación, ventilación efectiva y la cooperación con el terapeuta.

Los enfermos mediante la movilización de sus mecanismos defensivos, el yo trata de luchar contra la angustia y los temores ligados a la enfermedad y se enfrentan con las frustraciones inminentes a la misma, estableciendo nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo.

Ridruejo, Rubio Sánchez (1,996) consideran que los mecanismos de defensa más marcados en los pacientes con IRC son los siguientes:

Regresión: toda enfermedad que implica reposo en cama, hospitalización o cuidados de terapias de rehabilitación y readaptación y personal de enfermería favorece al desarrollo de regresión. Se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su independencia y determinación y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros. La regresión es un mecanismo adaptativo cuando el individuo coopera y confía en el médico pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar, en estos casos es importante la de un mundo de fantasías.

Evasión: se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por habérselo impedido su estado de enfermedad.

Agresión: la movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el médico culpa de algunos incidentes desfavorables, el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones. La lentitud con que se produce el proceso de curación o cualquier otra circunstancia frustrante. No están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que no reciben el mismo trato que los demás enfermos. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza, especialmente en los hospitales.

Inculpación: la liberación de mecanismos auto punitivos hace, que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos y trata de aislarse.

Negación: el enfermo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un enfermo puede negar un acontecimiento como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad. La negación a la enfermedad se produce por tres vías:

Vía masoquista: donde se considera a la irrupción de la enfermedad como un castigo justo y merecido.

Vía hipocondríaca: caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

Vía ganancial: la alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estatuto del enfermo, sobre todo estos dos: liberación de responsabilidades y el derecho de ayuda ajena.

Represión y supervisión: el paciente trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el enfermo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. La represión es utilizada para rechazar o no identificar en forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

Los enfermos también pueden presentar reacciones psicológicas adecuadas ante la enfermedad, la personalidad del enfermo se muestra libre de dispositivos psicológicos infantiles, agresivos, autos punitivos, deformantes de la realidad,

Masoquistas e hipocondríacos. El conjunto a la realidad se sistematiza en estos grupos:

López, Ibar, Ortiz, López (1999). Plantea que las relaciones de superación de la enfermedad: se caracterizan en una serena postura ante ella, caracterizado por un auténtico deseo de curar y un alto espíritu de colaboración con el médico. Estos enfermos se sacrifican gustosamente y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudar al médico a superar el frustrante escorio de su enfermedad.

Las reacciones impregnadas de resignación: tienen un magnifico deseo de curarse y una excelente disposición a colaborar con el médico, pero su nivel de iniciativa psicomotora es mucho más bajo que en el nivel anterior.

Las relaciones de aprobación de la enfermedad: existe una certeza y profunda visión a la aprobación de la enfermedad, impregnada de vivencia propia. "el saber de lo ineludible exige la aceptación de estar enfermo. Ese estado llega a ser inseparable de la propia existencia. Uno llega así mismo con tal limite, y sin veladuras, este es el origen a partir del cual uno puede apropiarse de su enfermedad". La apropiación de la enfermedad, por lo tanto, implica el replanteamiento del estilo de vida propia mantenido hasta entonces.

La calidad de vida en el enfermo con IRC, es una constante que hay que perseguir, no debemos olvidar que el ser humano es un ser biopsicosocial, debe buscar el equilibrio en cada una de las áreas para sentirse tranquilo y confortado. Una buena información, junto a un adecuado control de síntomas y percibir por parte del entorno el apoyo y cariño necesario, suelen mejorar en gran medida la calidad del enfermo, haciendo soportable cualquier sufrimiento.

El acompañamiento psicológico es quien sostiene con su presencia, una función asistencial específica en el área de la salud, incluido siempre dentro de un equipo que trabaja con la relación salud-enfermedad. El acompañamiento psicológico cuenta con conocimientos que le permiten transitar junto a su acompañado por los procesos antes mencionados, desempeñando un rol centrado en el apoyo y sostén frente a las dolencias del asistido. Implica la apertura de otro espacio más al servicio del paciente y su familia que ofrece una presencia terapéutica en lo cotidiano de las actividades de quien padece.

Dicho espacio, a su vez, crea una cotidianeidad con el paciente que va resultar inédita, ya que se presta a la construcción de un vínculo en un espacio-tiempo que va a tener características particulares

Es posible afirmar que el acompañamiento psicológico es un agente de la salud que ubica en lo cotidiano para poder actuar, de este modo, es capaz de operar sobre lo subjetivo, lo vincular, lo comunitario y lo social. Es oportuno indicar que apunta a contener en forma empática al paciente y a su familia, otorga escucha, contención y apoyo y comprensión psicológica de los procesos por los que atraviesa el paciente, como sujeto y miembro de un grupo.

Es apropiado señalar que el acompañamiento psicológico se desarrolla y configura según la problemática del paciente, las características sociales-familiares, el momento del tratamiento, los objetivos del mismo y él o los lugares en donde se llevará a cabo. Una de las características de este recurso terapéutico es que en todos los casos propone e incentiva la realización de actividades positivas como la apertura de espacios y contexto de interacción, apropiación del ocio, actividades recreativas y lúdicas, etc. Apuntando en todos los casos a mejorar la calidad de vida.

Una de las tareas del acompañamiento psicológico es oficiar de sostén para que el paciente pueda mantener su función dentro de la familia, la comunidad y el ámbito social. Además desempeña un rol activo para que el paciente pueda

conservar actividades vinculadas con lo laboral o educativo. También coopera con la realización de tareas que promuevan el desarrollo del lazo vincular-social

El enfermo con IRC, deberá también manejar ciertas situaciones ante la idea de una operación de trasplante renal, la cual haría cambiar su condición de enfermo renal crónico.

Toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del sujeto y su familia o la repetición de una experiencia cargada de afectividad que pudo haber sido desagradable, constituyendo una amenaza a la integridad física y familiar.

Las ideas que las personas tienen de la cirugía están cargadas de creencias y fantasías que provocan temores y una carga de ansiedad que puede ser excesiva, impidiendo transitar por la situación con un control emocional adecuado y una recuperación efectiva. Los servicios quirúrgicos, por la gran angustia ante la muerte y el temor al dolor inherente ocasionan en los pacientes altos niveles de stress como plataforma para la aparición de complejos sintomáticos emocionales y de diversas actitudes. Se requiere para su manejo, del trabajo multi e interdisciplinario, en que la Psicología y sus recursos de intervención e investigación juegan un papel vital en el pre y postquirúrgico, así como la profilaxis secundaria en el intento de perpetuar el éxito del tratamiento lo más posible, desde su diagnóstico quirúrgico hasta su resolución.

A pesar de que las técnicas quirúrgicas, se han ido modificando para hacer cada vez menor el riesgo para la vida, la cirugía constituye indudablemente un evento estresante, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la autonomía, y las condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia a lo que suma el carácter impersonal de la propia hospitalización.

Pueden surgir variadas respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias para la recuperación del paciente. La evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía mayor, requiere, por tanto, de especial atención en una variedad de aspectos como la racionalidad para someterse al procedimiento, las sensaciones más comunes, el proceder en sí, así como ofrecer las habilidades básicas para un mejor afrontamiento de este proceso. Sobran los ejemplos de estudios que hablan de los efectos positivos de una preparación psicológica previa a la cirugía.

Algunos de los beneficios que se han señalado son disminución de la estadía hospitalaria, disminución importante de la ansiedad (predictor clave de recuperación), menos dolor, menor necesidad de analgésicos y mejor preparación para el alta médica.

Cárdenas (2011) Plantea que se debe evaluar al paciente que será sometido a una cirugía mayor teniendo en cuenta recurrir a lo siguiente:

Entrevista con el paciente: en la cual se debe explorar, datos socio demográfico del paciente, antecedentes patológicos personales y familiares de esfera psíquica, estado emocional y general, personalidad, experiencias traumáticas anteriores, sistema de creencias, nivel de información y motivación hacia el tratamiento, significación de la enfermedad y el proceder médico al que va a someterse, actitudes ante los mismos, expectativas, estilo cognitivo de evaluar las situaciones de crisis, recursos de afrontamiento, interacción con el equipo médico, redes de apoyo social como clima y presencia familiar y por ultimo presencia de adicciones.

Una vez concluida la entrevista se recomienda realizar una evaluación sobre los estados emocionales del paciente como su capacidad intelectual por lo que se recomienda: evaluar la ansiedad, la depresión, la vulnerabilidad al estrés, capacidad intelectual y las tendencias de la personalidad.

Posterior a la cirugía se le debe brindar seguimiento de autoayuda para su recuperación física y psicológica. El objetivo de trabajar con este tipo de pacientes es garantizar la estabilidad emocional requerida y la cooperación activa, de modo que, estados emocionales agudos no impidan una intervención oportuna y una adecuada rehabilitación.

En el proceso de trasplante es necesaria la evaluación de los receptores potenciales, así como la preparación de éstos y su familia, así como el acompañamiento psicológico en este hecho importante, y, su seguimiento a corto, mediano y largo plazo para colaborar en el logro de su reinserción social y una adecuada calidad de vida.

Se puede decir que los cuidados post trasplantes son tan importantes como los realizados previo al trasplante, por ser un momento clave donde el órgano implantado se adapta al nuevo organismo teniendo siempre latente un rechazo del mismo, de lo contrario puede correr el riesgo de ser nuevamente un enfermo renal crónico.

Entre los cuidados principales a seguir por el paciente son:

Asistir a la consulta de trasplante en forma periódica.

Realizar toma de muestras para laboratorio y estudios para el control de la enfermedad.

La conservación del riñón depende de seguir la medicación al pie de la letra, tal y como lo ha prescrito el médico, aunque el difícil acceso a los mismos pueden significar en el paciente incertidumbre, ansiedad porque afecta su economía principalmente si no recibe el beneficio de una afiliación médica.

Mantener hábitos alimenticios, para que la evolución del trasplante sea satisfactoria.

Acudir a las áreas de Urgencias o Admisión Continua, cuando sienta que algo marcha mal.

El presupuesto mensual de un mantenimiento post operatorio de trasplante renal, de por vida oscila entre Q8,000.00 a Q11, 000.00 por paciente, sin tomar en cuenta que el gasto de otros medicamentos según el estado físico del paciente puede ocasionar que este presupuesto aumente, conforme se recupere le permitirá incluirse laboralmente al sistema, podrá palear económicamente la compra de medicamentos, algunas formas de apoyarse es estando afiliado a un sistema de salud o pertenecer a una fundación u organización, pero estas últimas son por corto plazo.

La percepción de sí mismo ante su recuperación e integración al medio, irá mejorando su calidad de vida y por ende su bienestar social integral, pero la parte psicológica siempre estará latente y vulnerable por alguna recaída e incertidumbre de no tener los medios para mantener el tratamiento médico, es por ello importante no recaer solo en lo asistencial, es urgente incidir en los planes de gobierno y políticas institucionales para integrar programas orientados a divulgar para prevenir la enfermedad a nivel general, mejorando así la calidad de vida en todo individuo.

CAPITULO 2

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas:

Las tendencias históricas de la ciencia en general y de las ciencias sociales, a partir de principios del siglo XX, dentro del proceso contemporáneo de los estudios sociales, es necesario entender sus primeros desarrollos, su decadencia y su actual renacer, con el fin de señalar coincidencias y discrepancias con los más actuales enfoques metodológicos. En tal marco el enfoque cualitativo para la investigación en ciencias sociales viene tomando desde hace un tiempo un auge muy importante, porque los investigadores no se satisfacen con los resultados que aportan los tradicionales métodos cuantitativos, porque la profunda reflexión epistemológica de los últimos cuarenta años ha cuarteado las bases teóricas sobre las que esos mismos métodos se asentaban.

Lo cualitativo precede históricamente al énfasis en lo cuantitativo en todos los campos de la ciencia pero, sobre todo, en las ciencias que se ocupan en conocer cuánto a tañe específicamente al ser humano, a sus formas de vida y a su conducta, esto es, el grupo de disciplinas que globalmente se conocen como ciencias humanas o ciencias sociales (Plummer, Siglo XXI Madrid 1989).

Para fines de trabajo de investigación, se utilizó el método cualitativo, el cual se orientó a profundizar casos específicos y no a generalizar. Su preocupación no fue prioritariamente medir, sino cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes, según fueron percibidos por los elementos mismos que estuvieron dentro de la situación estudiada.

La investigación cualitativa busca conceptualizar sobre la realidad, con base en la información obtenida de la población o las personas estudiadas. (Bernal Torres 2,006)

Se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación, pero no necesariamente se prueban hipótesis, con frecuencia se basa en la realidad de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Su propósito consiste en reconstruir la realidad. A menudo se llama holístico, porque precia de considerar el todo, sin reducirlo al estudio de sus partes. (Bernal Torres 2,006).

Características que destacan en el enfoque cualitativo:

- a) Son guiadas por áreas o temas significativos de investigación.
- b) Los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis.
- c) El proceso se mueve dinámicamente entre los hechos y su interpretación en ambos sentidos.
- d) El énfasis no está en medir las variables involucradas en dicho fenómeno, sino en entenderlo. (Hernández, Fernández, Baptista 2,004)

Para la investigación se fundamentó en el Método cualitativo frente a al Método Cuantitativo en virtud que este último es impersonal limitándose a la aplicación de métodos y técnicas estadísticas con gráficos, mientras que el Método Cualitativo se adecuó a la investigación en el sentido de que por ser un método con enfoque subjetivo y humanista, nos permitió acercarnos más al paciente en su contexto pasado y situación actual.

Mediante el estudio Cualitativo se llegó a conocer a las personas y a experimentar lo que ellas sintieron en la lucha cotidiana y en la sociedad. Se aprendió sobre conceptos tales como: Dolor, Fe, Sufrimiento, Frustración y Amor, cuya esencia se pierde en otros enfoques investigativos.

Así mismo conocemos sobre “la vida interior de la persona, sus luchas morales, sus éxitos, sus fracasos en el esfuerzo por asegurar su destino en un mundo frecuentemente en discordia, esperanzas e ideales” (Burges, citado por Shaw, 1966, pág. 4)

El Método Cualitativo, se compone de cuatro fases:

Preparatoria, trabajo de campo, fase analítica y fase informativa.

Las fases no tienen un principio y un final claramente definidos, sino que se superponen y entremezclan. En cada una de las cuatro fases el investigador tuvo que ir tomando opciones entre las diferentes alternativas que se fueron presentando.

Preparatoria:

En esta etapa fue importante plantear el diseño inicial de la investigación, planteamiento del problema, objetivos y el porqué de investigación.

Trabajo de campo:

Permitió al investigador estar preparado para confiar en el escenario en que se movía, tuvo que ser paciente y esperar hasta que fuera aceptado por los informantes, fue flexible logrando la capacidad de adaptación, para la recolección de datos, mediante técnicas como: entrevistas, historia de vida, cuestionarios, sesiones en grupo, biografías, grabaciones de audio y video, observaciones de fenómenos, etc.

Fase analítica:

Se inició dentro del trabajo de campo, porque la necesidad de contar con una investigación con datos suficientes y adecuados exigió que las tareas se centraran en el procesamiento y análisis de datos, estructuración del trabajo y reporte de la investigación.

Fase Informativa:

El proceso de investigación culminó con la presentación y difusión de los resultados presentados de forma transparente y coherente. Se elaboró el informe final del trabajo de investigación, utilizando la interpretación personal del investigador

Existen dos formas fundamentales de escribir un informe:

- a) Como si el lector estuviera resolviendo el rompecabezas con el investigador.
- b) Ofrecer un resumen de los principales hallazgos y entonces presentar los resultados que apoyen las conclusiones.

En esta fase se puede entregar un borrador a los participantes, de tal forma que devuelvan sus opiniones, como un medio más de verificación de las conclusiones. (Martínez Varadero 2,009)

Para la investigación, las técnicas para el trabajo de campo utilizadas fueron:

La Observación: Como técnica de investigación científica, es un proceso riguroso que permite conocer, de forma directa, el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad (Bernal Tares 206).

Se utilizó la observación porque por medio de ella pretendimos identificar las emociones y postura que evidenció la persona en el momento en que estuvo relatando su testimonio.

Dentro de la observación cualitativa básicamente son de 4 grupos (Corrinel 1997):

Anotación de la observación directa: descripciones de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de las unidades observables.(regularmente van ordenadas de manera cronológica) nos permitirá contar con una narración de los hechos ocurridos.

Anotaciones interpretativas: comentarios personales sobre los hechos, es decir, nuestras interpretaciones a lo que estamos percibiendo (sobre significados, emociones, reacciones e interacciones).

Anotaciones temáticas: Ideas, hipótesis, preguntas de investigación, especulaciones vinculadas con la teoría, conclusiones preliminares y descubrimientos que a nuestro juicio, vayan arrojando las observaciones.

Anotaciones personales: (de los sentimientos, las sensaciones del propio observador.

Rapport: Es la técnica que crea un ambiente de confianza y cooperación mutua, para entablar una comunicación donde no haya juicios, distorsiones o malos entendidos, sino una escucha sana. Con esta técnica no hay manipulación, justamente se trata de respetar a la otra persona. (Lista de Discusión [www.estrategiaspnl.com/Rapport/Estrategias en Programación Neurolingüística](http://www.estrategiaspnl.com/Rapport/Estrategias%20en%20Programaci3n%20Neuroling%FAstica)).

Brinda una relación de confianza que se establece entre personas para lograr que se abran y manifiesten sus sentimientos, respecto del escenario y de otras personas. Con ciertos informantes nunca se llegó a establecer un verdadero rapport (Johnson 1975, págs. 141-142).

Con esta técnica pretendimos que la persona exteriorizara sus emociones y sentimientos respecto a su experiencia de vida.

Historia de vida: Se relatan sobre la base de entrevistas en profundidad con una persona o una pequeña cantidad de personas. Una consideración importante se refiere a la buena voluntad y capacidad del individuo para hablar sobre sus experiencias y expresar sus sentimientos (Spradley 1979).

La aplicación de este método en la investigación contribuyó a recopilar información valiosa de la experiencia de un ERC durante el proceso de enfermedad y como éstos se vinculan a su entorno y nos ayudó a comprender de una mejor manera que factores coadyuvaban en su afrontamiento.

La persona que narra su historia tiene control sobre muchos de los datos de esa historia, esto es, al disponerse a narrarlos, tiene conciencia de ellos y por lo mismo controla si los va a narrar o no y cómo los va a narrar. Sobre otros no lo tiene ya sea porque los ha olvidado, ya sea porque “se le salen” sin querer, ya sea porque están distorsionados en su memoria, pero sobre los significados no tiene ningún control pues están presentes en toda su vida y en toda su forma de narrarla: en el lenguaje, en la organización, en el ritmo de la narración, en la veracidad tanto como en la falsedad consciente o inconsciente de lo narrado, etc., etc. La persona no posee los significados sino que es poseída por ellos. (Magrassi, Roca. 1,980).

Entrevista: es una técnica que consiste en recoger información mediante un proceso directo de comunicación entre entrevistador (es) y entrevistados (s), en el cual el entrevistado responde a cuestiones, previamente diseñadas en función de las dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistador.

En la investigación se utiliza la entrevista no estructurada, que se caracteriza por su flexibilidad, ya que en ella solo se determinan previamente los temas o tópicos a tratar con el entrevistado. Durante la entrevista, el entrevistador puede definir la profundidad del contenido, la cantidad y el orden de las preguntas o cuestiones a tratar con las personas a entrevistar. (Bernal Torres 2,006).

Técnicas de Análisis:

Se seleccionó a tres pacientes para el estudio de caso y trabajo de campo. Quienes tuvieron como característica ser enfermos renales crónicos (en dos casos) y uno (ya con trasplante renal); que ayudó a identificar los factores psicosociales en las etapas de enfermedad enfocándose en cada uno de ellos:

Vida (salud)

Vida personal

Vida familiar

Vida social

Vida laboral y

Proyecto de vida.

2.2. Instrumentos:

Los instrumentos utilizados fueron:

El rapport, porque se estableció un vínculo de confianza con los pacientes, auxiliándonos con la observación. Técnica que se desarrolló conforme a la dinámica de la construcción de la historia de vida del paciente, la cual fue, el resultado de la aplicación de entrevistas no estructuradas, apoyado el investigador en una guía para recolectar información que consideró importante señalar, en caso que el paciente hubiera omitido algo con relación a su enfermedad.

La técnica de análisis se centró en:

Revisión de material (datos) de análisis.

Estableció una guía de ordenamiento de la información obtenida.

Codificó los datos en un primer plano (lo más importante).

Codificó los datos en un segundo plano (lo menos significativo de la información).

Interpretó los datos (describió contexto, encontró patrones, explicó sucesos y hechos).

Aseguró la confiabilidad y validez de los resultados.

CAPÍTULO 3

PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1. Características del lugar de la población:

La presente investigación de tesis con fines de graduación “Factores Psicosociales que intervienen en el proceso del Enfermo con Insuficiencia Renal Crónica (estudio realizado de tres casos), siendo un caso de género femenino y los restantes de género masculino.

Según los datos obtenidos por los entrevistados son residentes de diferentes municipios de Guatemala, con edades que oscilan de entre 48 y 62 años, es un grupo heterogéneo en cuanto a nivel escolar, estrato socioeconómico y tiempo de padecimiento de la enfermedad.

Se contó con la participación de los siguientes casos:

Caso 1: Paciente sexo femenino, originario y residente en el municipio de Parramos, departamento de Chimaltenango, perteneciente al grupo étnico cachiquel, de 58 años, casada, analfabeta, nivel económico medio, religión católica, comerciante y ama de casa. Se encuentra en etapa de reciente diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, con tratamiento en UNAERC de Diálisis peritoneal iniciado el 31 de julio del 2012.

Caso 2: Paciente sexo masculino, originario de Jalapa departamento de Guatemala, residente en la ciudad capital, ladino, de 62 años, casado, escolaridad diversificado, nivel económico media alta, no profesa ninguna religión pero es creyente, presidente de la Asociación de Enfermos Renales de Guatemala (ADERGU). Se encuentra en etapa de Hemodiálisis Ambulatoria, con tratamiento desde hace 16 años en el IGSS.

Caso 3: Paciente sexo masculino, originario de la ciudad capital y residente del municipio de Villa Nueva departamento de Guatemala, ladino, de 48 años, casado, escolaridad universitario, nivel económico medio, religión católica, comerciante y docente. Se encuentra en etapa de Post Trasplante, previo a su operación recibió tratamiento de Diálisis Peritoneal durante 7 años en UNAERC, el proceso de Trasplante se realizó en el Hospital General San Juan de Dios el 11 de marzo 2009.

El grupo de pacientes fue seleccionado fuera de las instalaciones de UNAERC, las sesiones de entrevista con su anuencia se realizaron en los hogares de cada uno de ellos. Se tuvo la oportunidad de poder relacionarse con otras personas con Insuficiencia Renal Crónica en forma casual, quienes proporcionaron información importante por medio de breves relatos de las situaciones que han vivido dentro de su enfermedad.

Las instituciones a las que asisten los pacientes de los casos estudiados son las siguientes:

UNAERC (Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico), fue creada por el Presidente de la República Álvaro Arzú Irigoyen, en consejo de Ministros en 1997, para brindar a la comunidad en general, un servicio de tratamiento de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, a través de la más moderna tecnología médico-quirúrgica en el campo de la nefrología. Tiene enlaces con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Red Hospitalaria Nacional e Instituciones de apoyo como Fundación AMOR, Fundación Emmanuel, y en los casos de trasplantes renales sus pacientes son referidos al Hospital San Juan de Dios por contar con el equipo, personal médico e instalaciones adecuadas. www.unaerc.gob.gt/

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), es una institución gubernamental, autónoma, dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al instituto, llamada entonces asegurado o derechohabiente.

El IGSS, fue creado por decreto No. 295 del Congreso de la República de Guatemala, y firmado por el entonces presidente de la República el Dr. Juan José Arévalo el 30 de octubre de 1946. Actualmente se encuentra anexada al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, sin embargo eso no impide su autonomía. La misión del IGSS es proteger a la población asegurada contra la pérdida o deterioro de la salud y del sustento económico, debido a las contingencias establecidas en la ley.

El departamento de nefrología realizó su primer trasplante renal en 1986; en el 2006 realizó los dos primeros trasplantes renales cadavéricos, y en el 2011 el primer trasplante renal cruzado. www.igssgt.org

Hospital General San Juan de Dios, el Hospital fue puesto al servicio público en octubre de 1778. Debido al terremoto del 4 de febrero de 1976, el hospital se vio en la necesidad de trasladar algunas de las áreas de atención médica al Parque

de la Industria, en la zona 9. Las atenciones trasladadas fueron: emergencia, ginecología y obstetricia, medicina, pediatría y traumatología entre otras.

En 1981 se traslado el hospital a las actuales instalaciones en la zona 1. La unidad renal del Hospital General San Juan de Dios brinda atención a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde 1988. Iniciando como programa en 1992, con cuatro pacientes pediátricos y en ese mismo año se realiza el primer trasplante renal en paciente adulto.

Actualmente cuenta con el programa de diálisis peritoneal pediátrica, el programa de trasplante renal a niños y adultos y también con el programa de hemodiálisis. www.hospitalsanjuandediosguatemala.com/infogeneral.shtml.

3.2. Análisis e Interpretación de Resultados:

La investigación “Factores Psicosociales que intervienen en el proceso del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica”, se llevó a cabo a través del estudio de tres casos, cada persona objeto de estudio se encontró en una etapa diferente de la enfermedad.

De acuerdo al objetivo general planteado, se logró dar acompañamiento psicológico para el afrontamiento de la enfermedad, evidenciándose que es de suma importancia en la primera etapa donde se afronta el diagnóstico, en virtud que es cuando el paciente está más vulnerable.

En relación a los objetivos específicos planteados se identificaron que los factores psicosociales, que evidencia lo coadyuvado para el afrontamiento del proceso de la enfermedad en el paciente, son la salud física, mental, su dinámica familiar, laboral, social, y como algo fundamental la relación médico-enfermo por ser un vínculo importante que determinará en el enfermo la forma de cómo tendrá que adaptarse a esta nueva forma de vida.

Según los casos estudiados y a través de la observación, se confirmó que el estado físico puede mejorar en el paciente, cuando lleva adecuadamente su tratamiento médico (exámenes de laboratorio, administración de medicamentos prescritos por el doctor y una adecuada dieta nutricional) ayudará al paciente a recuperar energías necesarias para incorporarse paulatinamente a sus actividades. Como resultado el enfermo logrará una mejor estabilidad emocional

restableciendo así su dinámica familiar, laboral y social. No obstante se puede decir que en algunos casos por la situación económica que atraviesa el paciente, no logra una mejor calidad de vida.

Las personas estudiadas expresaron, que la relación con los médicos es muy informal y a veces cae en lo inhumano, la forma en que prestan la atención y cómo se transmite un diagnóstico de enfermedad crónica al paciente y familia, puede ser un detonante en su estado emocional.

Las diferentes fases del trabajo de campo, para obtener los resultados fueron las siguientes:

Elaboración de los instrumentos utilizados.

Visita a UNAERC (Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico) para recopilación de información y enlaces.

Contacto con paciente sexo femenino que asiste a UNAERC, actualmente se encuentra en tratamiento de diálisis peritoneal y ha sido recién diagnosticada como enfermo con insuficiencia renal crónica.

Contacto con paciente sexo masculino que asiste al IGSS, actualmente en tratamiento de hemodiálisis.

Contacto con paciente sexo masculino que asiste al Hospital General San Juan de Dios, actualmente se encuentra en proceso de post-trasplante. Asistía a UNAERC, pero al iniciar protocolo de trasplante renal fue referido a dicho hospital.

Visitas domiciliarias, para trabajar con los casos referidos.

Dentro de las visitas realizadas se trabajaron con guías de observación, guías de entrevista no estructurada que dieron como resultado las historias de vida.

Se programó una reunión con los tres casos, para una revalidación de resultados, la cual no se llevó a cabo, por la indisponibilidad de los pacientes en cuanto a tiempo y condición física. No por ello se desvalorizan los resultados, porque se trabajaron al final en forma individual.

Se realizó un vaciado de las historias de vida, como soporte para la elaboración del informe preliminar del trabajo de campo, que proporcionó la base de datos para la formulación del análisis e interpretación de los resultados.

Por ser historias de vida, se enfatizó en los aspectos más relevantes de los relatos que compartieron los casos estudiados.

Dentro de los casos estudiados, se presentaron características y experiencias distintas, pero dentro de todas estas peculiaridades hubo similitudes que son importantes resaltar.

En las historias de vida, manifestaron haber sufrido a todo nivel (físico y emocional). Se vieron afectados por continuas enfermedades y molestos exámenes de laboratorio, sin descubrir un diagnóstico final. En algunos casos la ausencia de un diagnóstico, agravó los síntomas hasta llegar a una crisis como la pérdida del conocimiento. Crisis que los llevó de emergencia al hospital donde se les informó que sus riñones ya no eran funcionales.

Se evidenció un factor común sobresaliente en los pacientes estudiados con relación a la dependencia del tratamiento hemodiálisis y diálisis peritoneal, lo cual condiciona su estilo de vida. Además con frecuencia surge la duda de cómo serán las limitaciones que impondrá la enfermedad, respaldado algunas veces por creencias populares e ideas irracionales, otras por una realidad que se impone y merma las capacidades del paciente, fragmentando su autoestima y obligándolo a modificar sus expectativas ante la vida.

Los pacientes expresaron su angustia ante la incertidumbre de su enfermedad. Surgieron dudas como ¿Cuánto tiempo requiere el tratamiento?, ¿Es una enfermedad con cura?, ¿Podré tener una vida normal? Aunado a estas interrogantes se sumaron preocupaciones relacionadas a su dinámica familiar, económica, social y laboral. Factores psicosociales objeto de estudio en la presente investigación.

Se evidenció la necesidad de dar acompañamiento psicológico en las diversas etapas que atraviesa el paciente para afrontar la crisis emocional y así poder adherirse de la mejor manera a su tratamiento.

Emocionalmente la familia reprime sentimientos, es inestable, en virtud que desconoce cuánto tiempo tardará el tratamiento, la situación económica que afronta cambia la dinámica familiar, su cotidianidad gira alrededor del paciente, aunque también puede darse una actitud de soledad y abandono, considerando que en la mayoría de los casos el paciente ya no realiza sus actividades normales.

De acuerdo a los casos estudiados, manifestaron que al principio de la enfermedad fue relevante el apoyo familiar, acompañamiento físico a las consultas, comprensión y tolerancia, que les permitió afrontar y aceptar la primera etapa de la enfermedad.

Los pacientes expresaron, pasar por momentos de angustia y frustración por no estar físicamente saludables, su temor a morir, principalmente porque tenían hijos, sus proyectos de vida se derrumbaron, así como el sentirse ser una carga para la familia y tener que depender de ellos, lo que los llevó al aislamiento.

En el ser humano, las relaciones sociales en las que se involucra, son importantes y determinan un buen desarrollo y enriquecimiento personal. Los pacientes coincidieron en decir que a nivel social su vida cambio, por el aislamiento que en algún momento experimentaron, la frecuencia de amistades y compañeros de trabajo solo se dio, cuando recibían visitas, que fue menos constantes a través del tiempo. No obstante los pertenecientes a una agrupación religiosa aceptaron sentirse menos aislados y con apoyo de dichas agrupaciones.

En lo económico algunos aspectos mencionados por los pacientes participantes en la investigación, fue la dificultad de no haber encontrado un diagnóstico inicial que detectará la enfermedad, fuga de gastos para el tratamiento individual de la sintomatología, que afecto su economía de forma significativa.

El no tener el hábito de ahorro, no ser afiliados a un programa asistencial y no contar con un seguro médico, fue un reto no solo para el paciente sino para su familia. También expresaron, que para solventar gastos médicos, traslados para la consulta, hospedaje, comida y transporte de los pacientes residentes en el interior del país, tuvieron que realizar préstamos, vender propiedades u otros enseres. Esto aunado a la pérdida de trabajo que agudizó su escasa economía, debido a la nueva condición de vida.

Los pacientes enfatizaron que recibieron ayuda económica de algunos familiares y amigos que les visitaron, permitiendo así sufragar algunos de los gastos médicos, de transporte y alimentación.

La vida laboral de toda persona es importante por ser fuente de sustento familiar, generadora de una estabilidad emocional. Los pacientes compartieron que en el transcurso de su enfermedad han tenido altibajos económicos por falta de empleo, la enfermedad en sí, es obstáculo para poder desempeñar un trabajo

donde puedan cubrir el horario completo, mermando sus posibilidades de ser competitivo.

En el ser humano, la expectativa de vida es algo que le permite tener objetivos y metas, siendo un medio por el cual se siente satisfecho de lo que se ha realizado. Los pacientes compartieron sus puntos de vista en cuanto la expectativa de vida que ellos quieren tener.

La mayoría de los seres humanos, tienen la necesidad de creer en un ser superior en sus vidas, siendo sentimientos subjetivos que despiertan fe y esperanza en sí mismos.

En los casos que se estudiaron y en otros relatos de personas con las que se sostuvo una plática casual, expresaron que se han aferrado a “Dios” en los momentos de angustia y desesperanza que les conlleva la enfermedad, y se aferran a la fe de que por medio de él, saldrán adelante.

Ahora bien, se hace mención, por separado de algunos aspectos que enfatizaron cada paciente de acuerdo a su vivencia.

Paciente caso 1, (actualmente con tratamiento de diálisis peritoneal).

La paciente está recién diagnosticada y se encuentra en tratamiento de diálisis peritoneal, recibe el tratamiento que consiste en 15 cajas con el medicamento de bolsas de diálisis, mascarillas, tapones para el catéter y micropore, en cierta forma es beneficiada por el programa de gratuidad que el Gobierno tiene en los servicios de salud, a través de UNAERC. No obstante su hija tiene que sufragar la compra de medicamentos auxiliares y complementarlo con alimentación específica para la dieta controlada que conlleva su enfermedad, considerando que ella ya no puede aportar a la economía familiar.

A nivel cultural, por ser su procedencia de la etnia cachiquel, el hecho de implantarle un catéter para su tratamiento lo considero invasivo y lo tomo como una violación a su cuerpo, dadas las circunstancias en las cuales se realizaron por estar ella inconsciente y haberlo hecho sin su aprobación. También manifestó malestar porque en la semana de capacitación para su tratamiento de Diálisis Peritoneal fue prácticamente despojada de su traje típico y forzada a reemplazarlo por ropa más cómoda (pants), para fines de la capacitación.

En lo laboral, comentó que ella antes acompañaba a su esposo en las labores agrícolas y venta de lo cosechado, pero ahora lamenta no sentirse en condiciones físicas, depender de un horario específico para aplicarse su tratamiento, que afecto sus actividades diarias.

En cuanto a su expectativa de vida, su meta más inmediata es adaptarse bien al tratamiento y reincorporarse a las actividades de su hogar, acompañar a su esposo a vender sus productos, ser activa nuevamente en las actividades de su iglesia y su comunidad, de la forma en que la misma enfermedad se lo permita.

Se observó una lucha existencial que contradecía la protección de “Dios” hacia su persona, pero al mismo tiempo hizo conciencia de su concepción errónea, confirmando su creencia en ese ser supremo, enfatizando que personalmente ella debe afrontar y aceptar su nueva condición de vida.

Se ha observado que la paciente, a través del acompañamiento psicológico que ha llevado, evoluciona lenta pero significativamente, su estado de ánimo y su actitud ante la enfermedad es favorable. Lo que confirma lo importante que representa en el paciente tener ese tipo de acompañamiento cuando recién se le ha diagnosticado la enfermedad.

Paciente caso 2 (actualmente con tratamiento de hemodiálisis).

Ahora bien de acuerdo a la etiología de la enfermedad, del paciente, fue una excepción. Dentro de su historia clínica relataba antecedentes familiares (abuela materna, madre, tíos y hermano) con insuficiencia renal crónica, que los llevo a la muerte. Para dicho paciente su diagnóstico no lo tomó por sorpresa. Sin embargo presentó negación y resistencia a iniciar el tratamiento, sabía cómo esta enfermedad limitaría sus actividades laborales, para el sustento de sus hijos pequeños. Su mal decisión, dañó su salud significativamente a punto de sufrir una crisis, que le forzó a iniciar el tratamiento.

El paciente se encuentra en hemodiálisis. Tiene beneficios por ser afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Al principio tuvo inconvenientes con relación a la deficiente calidad del servicio médico hacia él, por tanto, le motivó a conformar una Asociación para el paciente renal crónico. Espacio que incide en la exigencia, a los derechos de salud dentro de la institución, realizan denuncias y brinda acompañamiento legal a los pacientes, a través de la Procuraduría de Los Derechos Humanos; denuncian la falta de

atención, verifican que los medicamentos extendidos sean los adecuados a los afiliados, así mismo gestionan acompañamiento psicológico o de especialistas médicos, con casas de laboratorios patrocinadoras para realizar foros de información y charlas motivacionales, específicamente dirigido a pacientes renal crónicos afiliados.

El paciente expresó sentirse con cierta solvencia económica, por contar con el beneficio de su jubilación, sus hijos por ser adultos le ayudan económicamente, ser afiliado del IGSS y presidir la Asociación que fundó, es un aliciente personal y una proyección social por ayudar a otros pacientes.

Desea seguir velando por los derechos de los enfermos con insuficiencia renal crónica, quisiera que más personas se involucraran en la asociación para obtener mejores resultados. En su vida personal no visualiza una operación de trasplante, por las complicaciones que representa en cuanto si hay un rechazo de riñón, aun estando afiliado. Dice estar en una lista de espera de trasplante cadavérico, pero si no llega la oportunidad no representa ninguna alteración emocional en su vida. Se ha adaptado al tratamiento de hemodiálisis y al medicamento que le provee el IGSS.

El paciente dijo no profesar ninguna religión, expone que cree en “Dios” y que él, es quien le ha permitido vivir todo este tiempo con su enfermedad.

Al paciente se le dio acompañamiento psicológico en las sesiones sostenidas, se observó aceptación al mismo, aunque expreso que ahora no le era tan necesario, acepto que este acompañamiento le hubiera ayudado en los momentos de crisis, en los cuales no aceptaba su condición de enfermo.

Paciente caso 3 (actualmente con tratamiento de post trasplante renal).

El paciente expresó que es relevante que el apoyo de la familia se fortalezca, al realizarse un trasplante, porque es un nuevo reto que deben enfrentar mutuamente, puede sentirse que es una situación amenazante que genera en cada miembro de la familia stress, angustia, ansiedad e incertidumbre, es por ello la importancia de esa unión .

Expresó haber tenido durante todo el tiempo de enfermedad apoyo de sus amigos, los cuales pertenecen a una agrupación religiosa católica, quienes crearon espacios de inclusión para que él, brindará charlas motivacionales

dirigido a jóvenes en los retiros espirituales, experiencia que le hizo sentirse bien y útil dentro de la misma agrupación.

El paciente mencionó que uno de los obstáculos para realizarse la operación de trasplante fue lo económico. Al inicio necesitó de un tiempo para adaptarse a los gastos que incurrieran su tratamiento y otros medicamentos adicionales, y el pensar en una operación a corto plazo representaría un desembolso significativo con el cual no contaba.

Además, el estado económico y físico es relevante considerando, que el proceso de análisis de laboratorios para un trasplante idóneo tanto del receptor como del donante, conlleva una serie de exámenes clínicos pre operatorio costosos, los cuales determinan tratamiento de enfermedades paralelas para estar en condiciones óptimas las cuales son parte del protocolo de trasplante.

También en la fase post trasplante, se realizan nuevas series de análisis de laboratorio, medicamentos que son prescritos de por vida para el buen funcionamiento del nuevo riñón, eso hace que los pacientes trasplantados cuenten con un nuevo presupuesto económico alto, del cual dependerá el buen funcionamiento del órgano implantado.

Hizo ver, que él contó con ayuda económica durante su enfermedad, en el proceso de trasplante y post-trasplante, lo cual le brindo una mejor calidad de vida.

Se vio beneficiado porque en el año en que se realizó la operación de trasplante, se impuso por parte del gobierno la gratuidad de los servicios de salud en los centros hospitalarios, fue operado en el Hospital General San Juan de Dios y posteriormente se le ayudó con 6 meses de medicamento ya trasplantado. Sin embargo, expresó que durante el proceso de protocolo de trasplante gasto aproximadamente Q.125, 000.00, donde incluyó, exámenes de laboratorio, de compatibilidad, resonancias magnéticas, radiografías, medicamentos, transporte y comidas, gastos que se generaron no solo en él, sino que también en el donante.

El paciente, expresó que siempre tuvo su negocio propio, pero que durante su enfermedad hubo muchos altibajos y escases, pese a contar con la ayuda de la familia y amigos. En el proceso de trasplante familia, amigos y su parroquia, le ayudó a obtener fondos por medio de ventas de comidas, rifas, organización de conciertos católicos, etc. Considera que las personas que padecen insuficiencia

renal crónica, no tienen la oportunidad de obtener un empleo por la misma situación en la que se encuentran.

El paciente expuso que por medio de la vivencia de su enfermedad y posteriormente el trasplante renal, quiere retomar sus proyectos de vida paulatinamente, entre ellos culminar con sus estudios universitarios, teniendo confianza en sí mismo y disfrutar de sus actividades actuales. Confirmó que su condición es mejor cuando las personas le hacen ver sus cambios físicos positivos. Pese a que continúa con un tratamiento de por vida y teniendo peligro de un rechazo de riñón, desea ser productivo laboralmente y que ello le permita de nuevo aportar económicamente a su familia, compartir con su pareja e hijos y costear su tratamiento, actualmente logró conseguir una plaza de maestro de educación media, dando la cátedra de Diseño Gráfico y ha iniciado los trámites para ser afiliado al IGSS.

Expresó que en todo el proceso de la enfermedad, nunca dejó de creer y confiar en "Dios", siente su presencia a través de las ayudas médicas, económicas que recibe. Sigue contando con el apoyo de amigos y familia.

El paciente recibió acompañamiento psicológico, hizo ver, que durante todo el tiempo de su enfermedad, en la fase pre operatorio y post operatorio no dispuso de él, en su criterio, expreso que hubiese sido de mucha ayuda.

A través de las vivencias relatadas, este estudio revela que una enfermedad crónica causa problemas físicos, emocionales y el acompañamiento psicológico en todas las etapas de la enfermedad es fundamental en los pacientes, evidenciando que las Ciencias Psicológicas no deben quedarse con acciones paliativas, sino trascender en el abordaje de nuevos procesos e incidir, a través de políticas institucionales a fin de involucrar a sus profesionales, en mejorar la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas.

Dentro de las historias de vida los pacientes manifestaron, haber vivido sufrimientos a todo nivel, desde continuas enfermedades, exámenes médicos, operaciones e incomprensión médica, que causó dolencias físicas y emocionales, pero cada uno de ellos sobrepasó el sufrimiento y en muchas ocasiones logrando provecho de él mismo.

Por su recuperación física, emocionalmente mejoró su estado de ánimo, incorporándose a sus ambientes sociales a los que anteriormente

pertenecían. Así en cada una de las experiencias hubo algo que sobresalió, manifestaron un sentido de dependencia debido a su condición de enfermo (a los tratamientos, medicamentos, dietas y controles médicos).

Vigotsky definió la situación social del desarrollo como “aquella combinación especial de los procesos internos del desarrollo y las condiciones externas, que es típica en cada etapa y que condiciona también la dinámica del desarrollo psíquico durante el correspondiente periodo evolutivo y las nuevas formaciones psicológicas, cualitativamente peculiares, que surgen hacia el final de dicho período” .(González, Rey, 1999. Pag.41).

En cuanto a sus actitudes cada uno de los pacientes experimentó la conciencia de la muerte al enterarse de su padecimiento, o por alguna crisis grave que vivieron e hicieron pensar lo peor. Actualmente, aunque siguen viviendo con limitaciones debido a la enfermedad, ven la vida como una segunda oportunidad de vida y ven el futuro con optimismo de que podrán salir adelante.

Martin-Baro (1990) define “la actitud, como una postura corporal en la que se materializa y se expresa la postura del espíritu. No puede ser separada de la postura que constituye la materia. Desde un punto de vista motor, actitud es una manera de mantener el cuerpo, ya que mientras una posición se da, una postura es adoptada o mantenida. La actitud como tal no es visible ni directamente observable. Se trata de un estado considerado como propio de la persona, pero cuya existencia solo se puede verificar a través de sus manifestaciones. Para definir el carácter y naturaleza de las actitudes es necesario actuar sobre ellas, lo que significa que solo cuando se logra producir un cambio de actitud en alguien puede deducirse en forma lógica lo que constituye la esencia de una actitud. (págs. 248-249).

Los pacientes expresaron, su firme creencia en Dios, se acogen a que la vida será dispuesta por él, tienen plena confianza de que todo cuanto puedan vivir será por su voluntad.

(González Rey 2006) “El sentido subjetivo, a diferencia del sentido, es una expresión de las consecuencias de las experiencias humanas, las cuales son imposibles de definir a partir de la dimensión objetiva de estas experiencias, pues esas consecuencias son el resultado de la propia organización subjetiva, recursos y contextos del sujeto en el momento de vivir cada experiencia. Todo sentido subjetivo está asociado con necesidades que el sujeto experimenta en el contexto en que actúa, de las cuales se derivan emociones y procesos

simbólicos que, en sus relaciones determinan el sentido de la actividad para el sujeto. La subjetividad permite comprender una nueva dimensión de los procesos sociales que tiene repercusión no solo para la Psicología, sino para el desarrollo de las ciencias humanas de forma general”.(págs. 55-57)

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

El desconocimiento de la sintomatología y falta de información de la Insuficiencia Renal Crónica en los pacientes, da como resultado reacciones de ansiedad, stress y frustración, determinantes en el afrontamiento de una manera positiva en su nueva condición de vida.

Los factores psicosociales, físico, emocional, laboral y social que intervienen en el proceso del enfermo con IRC, son significativos en la aceptación y adaptación al tratamiento de la enfermedad, así como contar con un adecuado acompañamiento psicológico al paciente y su familia, a fin que le apoye a integrarse a la sociedad.

La ausencia de implementación de un programa de acompañamiento Psicológico, en las diversas etapas de la enfermedad. Enfatizándose más, en el cumplimiento del plan nutricional que les permita, ser mejores receptores del tratamiento de Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis, Trasplante y Post trasplante de Riñón.

Los factores que influyen negativamente en los enfermos con IRC, son su condición física, aislamiento social, que debilitan el desempeño de un trabajo y obtener un ingreso económico.

La atención de servicios públicos de salud dirigida a población con IRC, no está actualmente descentralizada a nivel nacional, por tanto agrava la economía de quienes residen en el interior del país, para solventar gastos en su desplazamiento, exámenes médicos, hospedaje, alimentación y en algunos casos hay pacientes que desisten en el seguimiento a su tratamiento.

Es importante dar un acompañamiento psicológico a los pacientes con enfermedades crónicas, pues se observó en la investigación los beneficios que genera en el estado anímico del paciente y el cambio de actitud que conlleva dicho acompañamiento.

4.2.Recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Pública, promover la gestión de un presupuesto directo para la implementación de unidades de servicios de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, descentralizada a través de los Centro de Salud del país, para beneficio de los pacientes.

Elaborar e implementar una Política de Estado transversal, a nivel de Salud que incluya establecer un programa de acompañamiento psicológico a pacientes con IRC en sus diferentes etapas, con apoyo de alianzas interinstitucionales y universidades del país

A instituciones de Salud, promover un programa de apoyo de medicamentos mediante convenios ó alianzas con Casas Farmacéuticas, que ayuden a la población con IRC para poder tener acceso a medicamentos a bajo costo.

Es importante incluir dentro del acompañamiento psicológico, la terapia ocupacional, para que los pacientes aprendan actividades, que les permita tener un ingreso económico, que al sentirse productivos, les motivará a tener una mejor calidad de vida.

Al Ministerio de Trabajo, propiciar oportunidades y fuentes de trabajo dirigido a pacientes con IRC, con horarios y actividades especiales de acuerdo a su condición física, para que puedan mantener económicamente su tratamiento, familia y ser parte de la población productiva del país.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos, de Guatemala, establecer centros de práctica supervisada en UNAERC y otras instituciones que atienden a población con IRC, a fin de contribuir con el abordaje de nuevos campos de investigación para el acompañamiento psicológico.

Bibliografía:

Amigo, Vásquez, Isaac (2003). Manual de Psicología de la Salud. (2ª. Ed.) Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Andreolli, T., Carpenter C., Bennett J., y Plum F. (1999). Compendio de Medicina Interna. (4ª Ed.) México. Mc Graw-Hill.

Cárdenas, Oliva.(2011, noviembre 16). Propuesta de un Programa de Atención Psicológica a Pacientes Tributarios a Cirugía y Trasplante. Revista Psicológica Científica. Consultado el 12 junio,2012. En <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-502-1-propuesta-de-un-programa-de-atencion-psicologica-a-pacientes.html>.

González Rey, Fernando L. (2006). Lo Social en la Psicología y la Psicología Social: Nuevos Desafíos desde Centro América. (1ª. Ed.) Guatemala Impreso por Programa Nacional de Resarcimiento.

Hernández, Flavio.(2007, Julio 7). Operador Psicosocial-Acompañamiento Terapéutico. Consultado el 14 de junio 2,012. En http://www.actiweb.es/area_psicosocial/conceptos_basicos_del_acompanamiento_terapeutico.html.

Hernández, Sampieri., Fernandez Collado C., y Baptista L. Pilar. (2003). Metodología de la Investigación. (3ª. Ed.) México, Mc Graw-Hill Interamericana.

Ibarra, Martin., (2007) Metodología de la Investigación Social. La Habana Cuba.

Leiva Girón, Nuvia y Ortiz Contreras, Aurora (1977). Estudio de la Frustración de un Grupo de Pacientes en Programa de Hemodiálisis. (Resumen) Tesis de Licenciatura en Psicología Magrassi, Guillermo., y Roca Manuel., (1980). Historia de Vida. Buenos Aires, Argentina; Centro Editor América Latina.

Martin-Baro, Ignacio.,(1990). Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica. (4ª. Ed.) El Salvador. Editorial UCA.

Monzón de Salvador, Juana. (2010). Necesidades Educativas de Autocuidado de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Programa de Diálisis Peritoneal. (Resumen) Tesis de Licenciatura en Enfermería publicada. Universidad Mariano Gálvez, Guatemala.

Pérez Serrano, Gloria. (1994). Investigación Cualitativa Retos e Interrogantes. Madrid, España. Ediciones la Muralla.

Plummer, Ken. (1989). Los Documentos Personales, Siglo XXI. Madrid España.

Revista Ciencia Salud Vol. 4 No.2. Restrepo Espinoza, María Elena. (2006). Promoción de la Salud Mental un Marco para la Acción. Consultado el 9 de julio del 2012. En <http://www.scielo.org.co>

Revista Institucional “Fundación de Asistencia Médica y Ocupacional de la Recuperación del Enfermo Renal Crónico. Consultado 12 junio, 2012. En <http://www.fundaciondeamor.org>

Revista Médica Electrónica. Martínez Varadero, Ramón,(2009). Las Fases de Investigación Cualitativa Vinculadas al Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 29 julio, 2012. En <http://www.revmatanzas.sid.cu/revista%20medica/ano%2009/vol1%202009/tema0b.htm>.

Rodríguez, Ángel Estela., Campillo, Marta y Avilés Esquivel, Marta.(2008). Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y su Familia. México. Facultad de Psicología-Xalapa, Universidad Veracruzana.

Ruiz Olabuenaga, José. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. (2ª.Ed). España. Editores Universidad de Deusto España.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación: La Búsqueda de Significados. Barcelona España, Ediciones Paidós.

Anexos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TEMA DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA."

		MES DE AGOSTO 2012					
ACTIVIDADES	TAREAS	TEMPORALIDAD	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	Observaciones
	Contactar a posibles pacientes de estudio.	1 día					
	Presentar el Proyecto de investigación individualmente.	1 día					
Acercamiento a las personas objeto de estudio.	Apoyar en la redacción de las cartas de consentimiento para participar en el proyecto de investigación.	1 día					
	Coordinar con los pacientes, el lugar donde se realizara las sesiones de entrevistas.	1 día					Considerar el estado físico del paciente con relación al avance de la enfermedad.

MES DE AGOSTO 2012							
ACTIVIDADES	TAREAS	TEMPORALIDAD	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	Observaciones
Sesiones con los pacientes.	Iniciar el Rapport paciente - investigador	30 minutos					3 pacientes, atendidos individualmente
	Iniciar la construcción de las Historias De Vida, Enfocado en 3 etapas del afrontamiento de la enfermedad: Diagnóstico, Tratamiento y con trasplante renal a través de la entrevista no estructurada.	1 hora por sesión,					2 sesiones por semana, que suman un total de 6 hrs., por paciente.
Elaborar la historia de vida de cada paciente.	Análisis de información recopilada	4 días					Revisión, e Codificación e Interpretación de Datos.
	Elaboración del informe preliminar	2 días					
Sesión grupal de validación de resultados,	Presentación del informe preliminar a los pacientes	1 día					Recoger impresiones para el enriquecimiento del

MES DE AGOSTO 2012							
ACTIVIDADES	TAREAS	TEMPORALIDAD	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	Observaciones
pacientes e investigadores	participantes.						informe.
	Análisis preliminar de los resultados obtenidos.	1 día					
	Validar las conclusiones de la investigación.	1 día					

PLANIFICACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN: “FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.”

OBJETIVO ESPECÍFICO: IDENTIFICAR Y ANALIZAR LOS FACTORES PSICOSOCIALES, QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE ENFERMEDAD EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

OBJETIVO OPERACIONAL	ACTIVIDADES	CONTENIDOS	ABORDAMIENTO/ TECNICA	INSTRUMENTOS	RECURSOS	TEMPORALIDAD
Aplicar técnicas para la recolección de datos.	Acercamiento a las personas de objeto estudio.	Presentación del Proyecto de investigación.	Rapport Observación Dialogo	Cartas de consentimiento para participar en el proyecto de investigación.	Humano: paciente y investigador	3 días.
	Sesiones con los pacientes.	Iniciar la construcción de las Historias De Vida, Enfocado en 3 etapas del afrontamiento de la enfermedad: Diagnóstico, Tratamiento y con trasplante renal.	Rapport Observación Historia de Vida Grabación	Guía de Observación. Guía de Entrevista no estructurada para el entrevistador. Notas del investigador	Material: local, hojas, lápices, sillas, Cinta de grabación y grabadora.	3 semanas

OBJETIVO ESPECÍFICO: ANALIZAR Y DISCUTIR FACTORES QUE PUEDAN COADYUVAR AL AFRONTAMIENTO DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

OBJETIVO OPERACIONAL	ACTIVIDADES	CONTENIDOS	ABORDAMIENTO/ TECNICA	INSTRUMENTOS	RECURSOS	TEMPORALIDAD
Construcción del Informe Preliminar de Resultados	Elaborar la historia de vida de cada paciente.	Análisis de información recopilada	Revisión, Codificación e Interpretación de Datos.	Guía de ordenamiento de la información.	Humano: investigador Material: local, hojas, lápices, sillas, Cintas de grabación, grabadora, papelógrafos, marcadores, guías de apoyo, notas y computadora.	1 semana
	Sesión grupal entre pacientes e investigadores	Análisis preliminar de los resultados obtenidos.	Dinámica grupal Observación participativa Grabación de los resultados	Guía de observación Notas del investigador	Humano: paciente y investigador Material: local, hojas, lápices, sillas, Cinta de grabación y grabadora.	1 semana
Presentar y difundir los resultados del trabajo de campo.	Elaboración del Informe final	Validar las conclusiones de la investigación.				
						4 semanas

Guía de Entrevista no Estructurada

(De apoyo el entrevistador)

El entrevistador se relaciona con los informantes en un nivel personal, relajado y con tono de una conversación, debe estar dispuesto a escuchar durante horas hasta el final, ser confidencial, adoptar una actitud positiva sin abrir juicio personal, tomar iniciativa de tranquilidad en especial cuando se presentan momentos emotivos, la sensibilidad es una actitud que debe llevar a las entrevistas y a la observación participante, brindándole calma al informante con palabras como “sé lo que quiere decir”...

Una de las claves de la entrevista es el conocimiento de cuando y como sondear ó explorar, alienta al seguimiento del temas, detalles y significados de las experiencias del informante.

A continuación algunos aspectos relevantes a sondear, en caso el entrevistado no lo mencione

Percepción de la enfermedad previo al diagnostico (consulta médica, síntomas)

Afrontamiento al momento del diagnostico

Conocimiento medico y asesoría sobre la enfermedad, tratamiento y trasplante

Explorar el vínculo como paciente y equipo médico. Relación con redes o grupos de apoyo.

Acompañamiento familiar al momento del diagnostico, tratamiento o trasplante. Situación económica para el afrontamiento de la enfermedad. Afrontamiento con relación al tratamiento de la enfermedad (hemodiálisis y diálisis. Dinámica laboral y su relación con la enfermedad. Afrontamiento ante el trasplante y post operación (tratamiento, espera de donante, pruebas de compatibilidad, operación, recepción, riesgos y cuidados).

Incorporación laboral, familiar, etc., post operatorio. Estos son algunos factores psicosociales relacionados para el afrontamiento de la enfermedad a lo personal, laboral, social, salud y su proyecto de vida como pacientes.

Es importante que el entrevistador lleve notas de apoyo y utilice el recurso de la grabación, siempre con la anuencia del paciente entrevistado.

Guía de Observación (de apoyo al observador)

La observación exige una postura y un fin determinado en relación a quien se observa, se debe conocer el tema a trabajar para tener una relación con lo que se quiere o espera observar, se debe tomar en cuenta que en toda observación intervienen los siguientes elementos

El sujeto: que es el observador

El objeto: es lo que observa

Los instrumentos: son los medios que sirven de punto de apoyo a los medios de observación (grabadora, videos, cámaras fotográficas, etc.)

El marco teórico: se refiere a todos aquellos aspectos teóricos que servirán de guía y de base en el proceso de la observación.

Secuencias de los sucesos vividos por el paciente

Interacciones y reacciones de los pacientes durante la entrevista no estructurada.

El observador puede tomar notas lo más pronto que sea posible, mediante un cuaderno o libreta para hacer anotaciones de los eventos o personas que está observando, debe esforzarse por alcanzar niveles de naturalidad en las diversas situaciones, los cuales faciliten el proceso de observación.

Proyecto:		Observador:	
Lugar:		No. De Entrevista:	
Hora de inicio:		Hora final:	
Descripción física del paciente:			
Tema de abordaje:			
Reacción del paciente durante la entrevista:			
Interpretación del entrevistador:			

Vaciado preliminar:

Trabajo de Campo

A continuación algunos aspectos relevantes a sondear, en caso el entrevistado no lo mencione:

Percepción de la enfermedad previo al diagnóstico (consulta médica, síntomas)

Los pacientes presentaron desconocimiento de la enfermedad, el sufrimiento de varios síntomas género que se atendieran con remedios caseros (naturista), siendo en su mayoría náuseas a olores, vómitos, dolor de cabeza, pérdida del apetito, hinchazón de los pies y del cuerpo, poliuria (orinar constantemente) mareos, molestias para orinar, dolor de espalda, cansancio físico, tos, cambios de humor, diabetes, presión arterial, hipertensión, diarrea, gastritis, etc., estos encajan en las características de la insuficiencia renal aguda.

Pese a que se les realizó exámenes específicos para el tratamiento de cada síntoma, no fue posible evidenciar por parte de los médicos tratantes que el problema específicamente era de los riñones. Así mismo en la mayoría de los pacientes le dieron seguimiento al tratamiento de sus síntomas a través de la medicina alternativa, se avocaron a naturistas quienes recetaron medicina natural atenuantes, pero tampoco diagnosticaron el problema real.

Al no sentir mejoría los pacientes optaron por buscar otra opinión médica, no llevando una continuidad del tratamiento. En la mayoría de los pacientes esta situación duró 2 a 3 años, fue hasta al momento de llegar una crisis que fueron ingresados a un hospital, por lo general inconsciente o con presión arterial alta y dificultad para respirar.

A nivel familiar a estos pacientes en su mayoría sus parejas, el apoyo radico en acompañamiento físico y económico para atención paliativa de las diversas sintomatologías presentadas, asumiendo que el problema era pasajero, al momento de que fue más constante la preocupación fue más latente al no obtener ni resultados, ni un diagnóstico certero.

En el caso del paciente que había tenido experiencia familiar, de la enfermedad de IR hereditaria, fue menos impactante asimilar que su sintomatología tenía relación a la IR, por tanto buscar atención hospitalaria fue más rápido, aunque existió negación y resistencia a iniciar el tratamiento dañando su salud

significativamente, considerando que cambiaría su vida y le limitaría sus actividades diarias.

El examen específico para el diagnóstico de la enfermedad se basa en un perfil de exámenes de laboratorio como la creatinina, nitrógeno, urea, (estado del riñón), estos se realizan ya con una orden de un especialista nefrólogo del centro hospitalario.

Afrontamiento al momento del diagnóstico:

En la mayoría de los pacientes objeto de estudio para este trabajo de investigación y quienes fueron ingresados por sus familiares a un centro hospitalario, se les realizó la intervención quirúrgica con el fin de implantar un catéter para el tratamiento de diálisis y/o hemodiálisis.

Estas implantaciones son realizadas con aval de los familiares por estar inconscientes, al momento de despertar la aceptación del catéter en algunos casos fue tomado como invasivo a su integridad física, por desconocer el procedimiento del tratamiento, esta percepción puede disminuir al momento de sentir mejoría al recibir las primeras dosis de diálisis y/o hemodiálisis.

Los pacientes expresaron su angustia ante la incertidumbre de no saber la temporalidad del tratamiento de la enfermedad y como esta se relacionaba con su dinámica familiar, laboral, económica, etc.

El hecho de ser impositiva la aceptación del catéter, en virtud que de no recibir el tratamiento de acuerdo a la información médica según expresaron, afectaría el estado de salud del paciente por el deterioro de sus riñones, por tanto no les quedó más que aceptar su nueva condición.

Conocimiento médico y asesoría sobre la enfermedad, tratamiento y trasplante

En la mayoría de casos de los pacientes de esta investigación, exceptuando el de IR hereditario, no existió asesoría puntual sobre la enfermedad y su temporalidad, sino que siempre se abordó desde su diagnóstico y tratamiento urgente, se recibió información concreta sobre el plan nutricional en virtud que deben implementarse.

El no tener la certeza que el tratamiento es funcional, crea incertidumbre hacia el mismo, si consideran necesaria conocer más a fondo sobre la enfermedad porque siempre los médicos, se concretan a que es por mal funcionamiento de los riñones.

Durante las controles médicos que los pacientes realizan para su seguimiento, expresaron no contar con acompañamiento psicológico dentro de los centros hospitalarios, solamente la interrelación con otros pacientes de cita, atenúa la incertidumbre ó en lo peor de los casos les desanima y crea confusión.

En los casos donde se debe realizar trasplante, existe inseguridad del paciente a tomar la decisión de realizar el proceso dadas las condiciones físicas, económicas, el estatus de espera, la compatibilidad con el donante, la recepción del implante, y el proceso de post trasplante por su riguroso y costoso mantenimiento.

Explorar el vínculo como paciente y equipo médico:

Expresaron que en la mayoría de las veces existe ausencia de una comunicación adecuada, durante la atención de las citas, son atendidos como casos médicos dejando a un lado la relación de atención psicológica, y como pacientes no se exigen ese servicio por desconocer lo importante del acompañamiento a su condición.

Por otro lado las Instituciones medicas que cuentan con el servicio Psicológico lo invisibiliza, evidenciando que no existe un plan de atención a los pacientes, el cual consideran, es importante aplicarlo principalmente al momento del diagnóstico, solo los casos críticos son referidos al paciente y sus familiares, pero no ha sido en una terapia formal solo una conversación casual.

Se evidencia que se presta mayor atención al plan Nutricional porque va de la mano para el adecuado tratamiento del paciente, así como la aplicación del procedimiento de la Diálisis y /o hemodiálisis.

Relación con redes o grupos de apoyo:

Las instituciones medicas creadas dan el servicio médico, pero por carecer de capacidad presupuestaria para el acompañamiento psicológico, algunos pacientes tal es el caso de M.P conformaron una asociación de pacientes en pro a exigir los derechos del enfermo renal ante el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS, donde realizan denuncias legales ante cualquier instancia legal (PDH, comisión de Salud del Congreso de la República para denunciar la falta de atención, cambio de medicamentos, verificar que los medicamentos extendidos sean los adecuados a los afiliados, así mismo gestionan acompañamiento psicológico o de especialistas médicos, con casas patrocinadoras para realizar Foros de Información y Charlas motivacionales específicamente dirigido a pacientes afiliados.

Para los pacientes que se encuentran en Diálisis ó Hemodiálisis, UNAERC les brinda gratuitamente el tratamiento de Diálisis Peritoneal, que consiste en 15 cajas mensuales (Ver anexo) incluyen pinzas, mascarillas, bolsas de cambio, tapones para el catéter y micropore, considerando que son 4 recambios diarios, se les hace entrega a domicilio, con la condicionante que el paciente debe asistir a las citas mensuales.

En los casos de pacientes post trasplante tal es el caso del Hospital San Juan de Dios, se les brinda un apoyo de medicamentos gratis por 6 meses, por contar con el plan de gratuidad implementado por el Gobierno, la operación de trasplante no tiene cobro alguno.

En el caso de pacientes que pertenecen a una institución religiosa, expresaron que han tenido acompañamiento y ayuda económica, lo que le ha ayudado a sobrellevar de mejor manera el afrontamiento a la enfermedad, el que ha sido un espacio para compartir sus experiencias y sentirse útiles ayudando a otros, reincorporarse a su actividad social y familiar, así mismo les mejora sus expectativas de vida a futuro.

Acompañamiento familiar al momento del diagnostico, tratamiento o trasplante:

Al inicio de la presentación de sintomatologías del paciente, por no saber en concreto que problema existe, la actitud de la familia en algunos casos fue de poco interés, evidenciando cierto aburrimiento dadas las quejas del paciente, al empezar los controles médicos ya específicos y recibir el Diagnostico pese que existe acompañamiento físico por ser de importancia recibir las directrices medicas así como el entrenamiento para la aplicación de la Diálisis y /o Hemodiálisis, las circunstancias laborales de los familiares les empuja a continuar con sus actividades diarias, siendo necesario coordinarse a nivel familiar ó que el paciente aprenda a realizarse los recambios solo.

Emocionalmente la misma familia reprime emociones, no es estable, en virtud que desconoce cuánto tiempo tardara el tratamiento, la situación económica que afronta, cambia la dinámica familiar, su cotidianidad gira alrededor del paciente, aunque también puede darse una actitud de soledad y abandono, considerando que en la mayoría de los casos el paciente ya no realiza sus actividades normales.

A su vez los pacientes expresaron que pasan por momentos de angustia y frustración por no estar físicamente saludables ó su temor a morir, principalmente que hacer cuando tienen hijos pequeños, sus proyectos de vida se derrumban, el sentirse ser una carga para su familia y tener que depender de ellos, aunado que se aíslan socialmente de todas las actividades antes realizadas, cambia su círculo de amistades e interés personal, relacionándose

con otros pacientes, esto va a depender de su apertura de compartir experiencias y auto ayudarse.

Al momento del trasplante pese que el tratamiento cambia considerando que ya no se realiza Diálisis y /hemodiálisis, la incertidumbre a que el cuerpo acepte el nuevo riñón, los controles médicos, compra de medicamentos, inclusive pueden pasar hasta 2 años en crisis de adaptación dependiendo su condición física y edad, previo a su incorporación a actividades laborales, es relevante que el apoyo de la pareja, padres e hijos que conforman el núcleo familiar deben contar con un acompañamiento psicológico familiar, para el afrontamiento de la enfermedad, el cual no concluye con un trasplante, se convierte en el inicio de un nuevo proyecto de vida.

Situación económica para el afrontamiento de la enfermedad:

La dificultad de no haber encontrado un diagnóstico inicial que detectara la enfermedad, la fuga de gastos para el tratamiento individual de la sintomatología afecta su economía, el no tener el hábito de ahorro, no ser afiliados a un programa asistencial, no contar con seguro médico, es un reto no solo del paciente, también de la familia, en muchos de los casos realizaron préstamos, vendieron propiedades si tenían y otros enseres, para solventar gastos médicos, traslados para las consultas en el caso de quienes viven en el interior del país, aunado a la pérdida del empleo por no poder desempeñarlo en las mismas condiciones, son solo algunos aspectos mencionados por los pacientes participantes en investigación.

Pese a que las instituciones médicas aportan el tratamiento de Diálisis y/o Hemodiálisis gratuitamente, la compra de medicamentos y costo de exámenes de laboratorios para contrarrestar las enfermedades causantes o derivadas de la Insuficiencia Renal Crónica como la Anemia, la Diabetes, Osteoporosis, Neuropatía, Hipertensión, Gastritis, etc., deben ser costeadas por el paciente o su familia, las cuales la mayoría de veces excede a un presupuesto de Q5, 000.00 mensual aproximadamente, presupuesto que varía de acuerdo al estado físico del paciente.

Adicionalmente se debe contar con un presupuesto para sufragar gastos de la dieta alimenticia, la cual es imprescindible y rigurosa de acuerdo a la guía de los requerimientos médicos para pacientes con IRC se “debe cuidar lo que se come”, misma que es base para un buen rendimiento físico y tener una mejor calidad de vida.

En los casos donde los pacientes no cuentan con las condiciones económicas para poder mantener un trasplante, o no califican físicamente para ser receptores o no encuentran donante compatible (lista de espera en donante cadavérico o familiar), su condición física se deteriora paulatinamente y la medicación sería insuficiente, colapsando.

Afrontamiento con relación al tratamiento de la enfermedad (hemodiálisis y diálisis):

En algunos casos la labor medica debe irrumpir a la integrad física del paciente y hasta su concepción cultural, dada la emergencia de realizar el procedimiento quirúrgico para implantar el catéter, no queda más que el paciente acepte y se adapte al tratamiento y a una nueva condición de vida.

En uno de los pacientes entrevistados, el afrontamiento fue difícil considerando que culturalmente nunca había tenido había tenido una intervención quirúrgica, no había despojada de su traje típico, y carecía de una información información del porque era necesario el procedimiento.

La resistencia a depender de un tratamiento por falta de información fue evidente en todos los casos, se predisponen a que no es funcional, es hasta que inician el tratamiento de Diálisis y /o Hemodiálisis aunado a los medicamentos, que sienten mejora en su salud, recuperan el apetito, fuerzas, mejora su estado de ánimo.

En los casos de Diálisis es condicionante la dependencia a los horarios de recambio de bolsa, el cual restringe de libertad y locomoción a los pacientes, en virtud que por tener que realizarse en un espacio adecuadamente esterilizado para evitar una infección y cuatro veces al día, no les permite ser prestadores de servicios laborales activos, a menos que cuenten con un negocio propio ó realicen otras actividades que les generen una entrada económica.

Afrontamiento ante el trasplante y post operación (tratamiento, espera de donante, pruebas de compatibilidad, operación, recepción, riesgos y cuidados):

En el caso del paciente entrevistado único con trasplante en nuestra investigación, manifiesta que se considero el trasplante como una alternativa de ayuda para prolongar la vida, a veces se cuentan con incentivo familiar, amistades, grupos de apoyo que motivan a realizar el procedimiento, aunque es determinante la condición física para propiciar la operación, en virtud que el agotamiento físico y mental derivado de un prolongado tiempo de tratamiento de diálisis peritoneal deterioro al paciente, la indecisión recae también en decidirse

por otras alternativas promocionales como: la medicina alternativa, experimental, espiritual, o posibles donantes que intentan sacar una compensación económica de lo emergente de la condición del paciente y la vulnerabilidad de la familia.

El estado económico y físico es relevante considerando que el proceso de análisis de laboratorios para un trasplante idóneo tanto del receptor como del donante, conlleva una serie de exámenes clínicos pre operatorio costosos, los cuales determinan al tratamiento de enfermedades paralelas para estar en condiciones óptimas, las cuales son parte del protocolo de trasplante.

En determinadas situaciones la opinión médica de la evolución física, puede desencadenar desilusiones al expresarse que la edad del paciente, resultados de laboratorio alargan la espera, desencadenando otras reacciones que deterioran la salud a raíz de la ansiedad.

De acuerdo a la experiencia del paciente de la presente investigación, quien recibió riñón donado por su hermana, la determinación de realizarlo considera de doble esfuerzo y crisis familiar, la ansiedad, incertidumbre durante el proceso de análisis, al contar con la prueba de compatibilidad fue un logro conjunto, pero a la vez de corresponsabilidad.

Es importante también como la comunicación familiar es imprescindible a fin de prepararse ante cualquier eventualidad resultante a la operación quirúrgica del trasplante, así mismo para el paciente y el donante afrontar la posible condición a la muerte y como visualizarse a futuro, en ningún momento se recibió acompañamiento psicológico para afrontar la situación y mas considerando que dos personas de la misma familia pasaron a sala de operaciones.

Ya en la etapa post operatoria las primeras reacciones fueron de incertidumbre por saber si el trasplante fue funcional en el paciente, realizándose de nuevo exámenes clínicos para determinar la efectividad de la operación, otras reacciones en el paciente según expresa fue sentirse vulnerable, pero a la vez fue marcada los cambios fisiológicos aceptables por tanto se sentía protegido estando hospitalizado.

Los cuidados personales fueron más rigurosos con relación a los alimentos, higiene personal y aislamiento dada su vulnerabilidad por baja de defensas, inclusive fue necesario uso de mascarilla por un año.

Incorporación laboral, familiar, etc., post operatorio:

Su evolución física y mental de acuerdo a lo expresado por el paciente de esta investigación, al año del trasplante dejo de ser dependiente de la familia para ir

sus citas médicas, y retomar su negocio personal a un 75%, considera que fue hasta los 3 años después del trasplante estar a un 100% activo para desempeñar una actividad formal y a vez incorporarse a sus actividades sociales y familiares.

La relación personal y retomar sus proyectos de vida, le han permitido tener confianza de sí mismo y disfrutar sus actividades, confirma que su condición es mejor cuando las personas le hacen ver sus cambios físicos positivos, pese a que continúa el tratamiento, ser productivo laboralmente le permite de nuevo aportar económicamente a su familia, compartir con sus pareja e hijos, costear su tratamiento, siempre cuidando llevar una vida responsable.

La creencia en Dios fue compartida por los pacientes, se refugian en esos pensamientos y dicen que les permite ver de otra manera la enfermedad, sintiéndose ayudados en esa fe de que pueden conseguir su sanación a través de él.

Historias de Vida

CASO 1:

M.A.S.L.

Sexo: Femenino

Edad: 58 años

Estado Civil: Casada

Etnia: Cachiuel

Idioma: Cachiuel y castilla

Profesión: Ama de casa y comerciante.

Religión: Católica

Originaria y residente: Municipio de Parramos, Departamento de Chimaltenango.

Px. Con Diagnóstico Reciente de Insuficiencia Renal Crónica.

1ra. Sesión:

Al momento de la entrevista la cual se realizó a las afueras de UNAERC, la paciente aun no asimilaba su actual condición de diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, estaba muy molesta porque no tenía su traje típico, le habían realizado la operación sin su consentimiento, además de estar lejos de su hogar, aunque evidencio malestar por no comprender como “porque ésta enfermedad me paso a mí”, por un momento dudaba porque “Dios” le ponía esta prueba, pues consideraba que se había portado bien, pues es activista católica en la parroquia de su comunidad junto con su esposo, pero al momento se confortaba diciendo que “Dios tiene mucho trabajo para preocuparse por mí en este momento, no estoy enojada con él, ahora me toca a mi luchar contra la enfermedad” expreso llorando.

Comento estar consternada porque nadie le había dado un pre diagnóstico con relación a la enfermedad, en varias oportunidades había visitado varios médicos de diferentes disciplinas, de dispensarios de salud y clínicas privadas incluyendo centros naturistas, considerando que sentía diversas dolencias como: dolor

decabeza, gastritis, dolor de cuerpo, cambios de humor, presión alta, hinchazón de piernas, etc., pero con ningún medicamento sintió que le diera resultado, más aún porque no fue constante con ningún tratamiento, porque cambiaba constantemente de médico. Era de conocimiento de su familia de los malestares que sentía pero no se le dio la importancia suficiente.

Fue el 27 de julio del presente año, cuando a raíz una caída se desmayo, su familia de urgencia la traslado al Hospital San Juan de Dios de la ciudad capital, al momento de despertar ya en casa de su hermano en la Zona 18, se sentía extraña y era porque le había realizado la cirugía de instalación de catéter para el tratamiento de Diálisis Peritoneal con autorización del esposo, dada la emergencia “yo no recuerdo nada, estaba mi cabeza bola cuando desperté, mi esposo estuvo cuidando, dándome la comida en la boca, me dolía la panza por la operación y la rodilla por la caída”.

2da. Sesión:

Se realizó en el domicilio de la paciente, en la sala expresando sentirse más tranquila por estar en su casa, portando tanto su traje típico, su estado animo mejoro notablemente, realizo una retrospectiva con relación a las consultas médicas que antes había tenido y no comprendía como no le habían dado una mejor orientación de la enfermedad.

Se justificaba que no se preocupaba por morir porque ya tenía edad para estar enferma, ya había vivido y sus hijos ya estaban grandes, consideraba tener ya el valor de irse y tener tiempo para dejar todo arreglado con sus hijos, expreso que cuando estaba en UNAERC vio casos de mujeres jóvenes y niños que estaban más enfermos que ella, “ellos aun no han vivido, es triste”...así mismo el compartir con otros pacientes en la sala de espera, vio casos más difíciles, incluso entre ellos se deban consejos para superar la enfermedad, esto le dio mucho valor.

Comento que ella tomaba todo medicamento que le dijeran, pero quería los resultados inmediatos, para cada síntoma (tratamiento de forma aislada), refiriéndose a su hija quien es enfermera siempre en la medida que podía le brindaba todo su apoyo con medicamentos, “cuando me siento mal la llamo para que me diga que tomar”, “pero tuvo que pasarme lo del desmayo para que me creyeran que estoy enferma”.

Según expreso con la dieta que le dejaron, su hija le ha dicho que debe comer poco a poco verduras, nada de grasa, ni sal, ni agua, pero ella siente la necesidad de tomar agua porque siente que le da fuerzas, “que voy hacer ahora si ya no sirvo”, “me da nausea la comida la siento desabrida”, “solo dos tortillas tostadas remojadas en agua me pasa”.

Considera que su familia es muy unida, por lo tanto se siente preocupada y a la vez molesta porque no puede atenderles como ella quisiera, principalmente porque su esposo trabaja como agricultor y cuando se vende la cosecha ella lo acompaña, el problema es que ahora siente que las fuerzas ya no son las mismas.

Comento que su esposo, hija y dos hijos varones más pequeño son quienes están más cerca de ella, pero el otro hijo ni siquiera la había llegado a ver, ni en el hospital, ni en la casa, suspiraba por el hijo de 20 años, que le había matado hace años “de ese dolor tal vez me vino la diabetes”. Sabe que es aburrido que su familia la escuche quejarse tanto, pero ella siente que deben saber lo que siente, para que se preocupen, dijo haber condicionado a su hijo mayor a que llegara a verla más seguido, amenazándolo con quitarle su derecho de herencia si no lo hacía (la casa donde vive), porque siempre su hija era la única que estaba ayudando con los gastos, además de estar estudiando, también gasta con el tratamiento del hijo pequeño “son sus hijos.

Lo que más necesitaba saber era cuanto tiempo estaría enferma, porque la información que le brindaron en el Hospital San Juan de Dios era que estaba mala de los riñones, por eso la mandaron a UNAERC y en este centro le dijeron que tenía que llevar un tratamiento para limpiarse el cuerpo y sacar toda el agua mala del cuerpo, porque sus riñones no estaban funcionando bien, así como cuidar su alimentación, expreso que su hija recibió todas las indicaciones de los doctores y la nutricionista, “yo escuche muy poco, porque tenía dolor de cabeza”... pero necesitaba más respuestas.

Comento que su esposo se asesoro del Padre de la parroquia para autorizar que le hicieran la cirugía, pues ellos (culturalmente) no tienen la costumbre de aceptar operaciones, principalmente hizo ver que ella tuvo a sus 5 hijos de forma natural y no por cesaría (4 vivos y 1 muerto), por eso se sentía muy triste que le hayan “me metieron cuchillo sin mi permiso, ya no sirvo”... “además me quitaron mi ropa” inclusive nadie de su familia ha tenido una operación, comprendía muy

bien que por la emergencia tuvieron que decidir sin ella, pero confiaba en su esposo porque “él es su encargado, porque estamos casados”.

Expreso que cuando salió del Hospital San Juan de Dios, se quedó unos días en la casa de su hermano en la zona 18, porque le dolía todo el cuerpo y no pudo ir a misa, “estaba intranquila porque no pude recibir la comunión, aunque mi esposo fue a pedirla a la iglesia, pero solo llegaron a orar por mí”...ahora que estaba en su casa estaba más tranquila porque su esposo le llevaría la comunión de los enfermos porque él es ministro de la iglesia católica, mientras ella no tenga fuerzas para ir a la misa.

Hizo referencia a que a veces siente que nadie le entiende, su única compañía cuando se queda sola en la casa es su radio y sus programas católicos, pues todos salen a trabajar, comentó que como el doctor había dicho que prepararían un cuarto para hacer su tratamiento, estaba preocupada porque no había espacio en la casa, pero que su hija estaba viendo eso, pues tenían que ir a capacitación por una semana, para aprender cómo hacer el tratamiento.

3ra. Sesión

Se realizó en el domicilio de la paciente, en la sala donde su hija ya había colocado en una esquina, la mesa e implementos para hacer el tratamiento de Diálisis Peritoneal, aunque ella comentó que ya habían recibido el entrenamiento en UNAERC, que le habían mandado 8 cajas con bolsas y otras cosas, pero que su esposo las había ido a traer a Chimaltenango porque no las llevaron a Parramos. Comentó que hubo una pequeña discusión, porque su hija quería sacar todo de la sala (comedor, librería y otros enseres) pero ella no estuvo de acuerdo porque no quiere que sus cosas estén tiradas en el corredor.

Por estar su hija de vacaciones en su trabajo, estaba ella haciéndole el tratamiento 4 veces al día: a las 6:00 A.M, 12:00 Hrs., 17:00 Hrs y 21:00 Hrs, pero todos en la casa tenían que aprender y ella también por aquello que estuviera sola, pero se sentía nerviosa por si lo hacía mal, pero que debía aprender porque su hija ya debía regresar a trabajar porque adelanto sus vacaciones por su enfermedad.

Comentó que su hijo ya había llegado a verla a cada ratito que podía, pues vive a 2 cuadras, también habían llegado a verla sus hermanos, que todos estaban

preocupados, pero que había algo que le molestaba mucho, y era ver su casa desordenada, pues ella no se sentía aun con las fuerzas para hacer la limpieza “que voy a ser ahora si quede como un trapo”, su hija había pagado a una señora para que llegara a lavar la ropa y lo que paso fue que solo llego a robar, por eso no quiere a nadie extraño que entre a su casa, porque no puede estar atrás cuidando sus cositas, pero no sabe cómo hacer para ordenar la casa.

Expreso que con los primeros lavados y los medicamentos que su hija había comprado, donde gasto como Q1, 500.00 ya sentía cambios para bien en su ánimo, ya tenía hambre, pero solo le pasaba la incaparina y la tortilla tostada, pero más sed, el problema era que no podía tomar mucha agua. Sentía que solo una pastilla le estaba provocando dolor en el pecho y eso no le gustaba porque nunca lo había sentido.

Comento que le disgusta tener la “bolsa en su estomago”, porque cuando se acerca su estufa de leña, le arde...se ha puesto de acuerdo con su hijo pequeño, para que le ayude hacer la comida...alguna hierva cocida...él también está aprendiendo a realizarle el tratamiento.

Recordando su niñez, expreso que su familia era muy pobre, su mamá era alcohólica y murió por la bebida, pero no sufrió tanto como ella está sufriendo ahora, por eso desde niña tuvo que trabajar mucho y cuidar a sus hermanos, no recuerda si algún familiar había tenido alguna enfermedad de los riñones, pero cree que tal vez su mamá pudo haber sido la causa. Cuando se caso, no tenían nada con su esposo solo el terreno que era herencia de él, ambos trabajaron mucho para ir levantando la casa y educar a sus hijos, por ser analfabeta lucho porque sus hijos tuvieran una educación y no solo se dedicaran a los trabajos agrícolas. Ella y su esposo siempre fueron comerciantes agrícolas, aunque en algún momento ella estaba orgullosa de ser la primera mujer que inicio a vender hilos de colores para hacer tejidos típicos en Parramos, porque nadie lo hacía, ahí inicio a emprender un negocio propio abriendo una tienda surtida.

Hizo el comentario que hace 3 años fue cuando inicio con problemas de gastritis, cuando fue con el naturista él recomendó quitarse las grasas, por eso es tan difícil para ella comer comida sin grasa, expreso haber encontrado un té natural que le habían recomendado para los riñones, así que había probado tomar un cuarto de té en cada tiempo de comida, y siente mejoría, aunque su hija le dijo que no abusara.

4ta. Sesión:

Se realizó en el domicilio de la paciente, en pasillo de la casa, para evitar ingreso y contaminación en la sala donde está colocada la unidad de Diálisis Peritoneal, comento que se siente con mejor ánimo, incluso había podido salir a Chimaltenango con su esposo y dar una vuelta, y con su hija ya había ido al mercado, había hecho la lucha ya de barrer poco a poco, y le ha pedido a su hijo pequeño que ahora se está quedando con ella cuidándola, ya no está acompañando a su papá a la siembra.

“mi hijo no está estudiando ahora, porque lo operaron en junio pues tiene labio leporino, mi hija es quien está ayudando con el tratamiento de él también, porque ahora están componiéndole los dientes y después le operaran la nariz”....expreso que todos los gastos los está cubriendo su hija, por eso le preocupa que ella sea una carga mas ahora con su enfermedad y no poder ayudar con los gastos.

Fue importante hacer memoria del día que se desmayo en su casa “dicen que me caí y luego ya no volvía, mis hijos me levantaron del piso y me llevaron a la cama, pero como me puse peor me llevaron a la casa de mi hermano en la zona

18 de la capital, pero yo no me acuerdo de nada”....expreso que no recuerda como la llevaron, incluso fue por su hermano que la ingresaron al Hospital San Juan de Dios, porque perdía el conocimiento constantemente, “yo estaba como en un sueño, no sentía nada”...cuando despertó tenía suero y tenía dolor en la “panza por la operación y en la rodilla porque me raspe cuando me caí”, comento haber llorado mucho, y que su hija estaba con ella animándola para que comiera algo.

Comento que le dijeron que no tenía diabetes, lo que le sorprendió porque antes otros doctores le habían dicho que si, pero ahora eso la hace sentirse más tranquila, así que se está preocupando por comer hierbitas y frutas, ahora que su apetito está regresando, solo que cuando siente la necesidad de comer en el momento debe hacerlo, si no se le pasan las ganas.

Su esposo y familia le han dicho que se mira mejor desde que “me estoy haciendo el lavado de carro...jajaja”, refiriéndose a la Diálisis, incluso comento que bajo la inflamación de sus piernas y ya no le duele tanto la cabeza.

Agradeció el tiempo para hablar de su problema, porque sabe que escuchan los problemas que pasa y lo que siente, le ayuda bastante para tener más valor a luchar con la enfermedad, espera estar mejor cada día y así poder acompañar a su esposo a la venta de la cosecha hasta Chimaltenango.

CASO 2:

M.P

Sexo masculino

Edad 62 años

Estado civil unido

Profesión Perito en Mecánica general

Religión creyente

Originario de jalapa

Nació en Jalapa en un hogar integrado, hasta los 7 años debido al fallecimiento de la madre. A los pocos años su padre contrajo matrimonio nuevamente por lo cual se quedó viviendo con sus hermanos hasta los 13 años decidió viajar a la capital en busca de oportunidades de estudio, lo cual logró hasta llegar a graduarse de Perito en mecánica general, lo que le dio la oportunidad de trabajar en el INTA por varios años, donde ocupó el puesto de mecánico de segunda durante un año, después fue nombrado mecánico de primera, y por su buen desempeño llegó a ser nombrado jefe de mecánicos, tuvo a su cargo la maquinaria , viajaban constantemente para ir abriendo caminos y en cada lugar donde acampaban quedaba un caserío, así trabajó durante varios años en el área del Petén fue en ese tiempo que comenzó a sufrir de constante dolor de espalda por lo que le preparaban remedios caseros como agua de grama, zarza parrilla, pelo de maíz etc. Pero no logró ningún buen resultado por que el dolor continuó y se vio en la necesidad de buscar médico, recibió el diagnóstico que tenía riñones poli quísticos lo cual es congénito

. Al momento del diagnóstico no le sorprendió mucho porque varios miembros de la familia por parte de la madre la habían padecido y fallecieron. A pesar de saber de la enfermedad entró en crisis debido a que no quería depender de una máquina, por que implicaba modificar su forma de vida. Veinte años vivió con dieta comiendo comida sana pero sus riñones fueron invadidos por varios quistes y entró en una crisis hasta llegar a perder el conocimiento, por lo que su esposa lo llevo de emergencia al hospital del IGSS donde fué tratado con Hemodiálisis debido a que sus riñones solo le estaban funcionando en un 15%. Renunció a su primer trabajo debido al tratamiento y que el trabajo era muy pesado. Al recibir tratamiento con Hemodiálisis comenzó a tener apetito,

se sintió fortalecido y recuperó peso pues debido a la enfermedad de pesar 165 llegó a pesar 105 libras. Al sentirse mejor buscó un nuevo empleo, donde devengó un sueldo de Q.1, 400.00 mensuales, lo que permitía que sus hijos estudiaran en los mejores colegios; pero después de algunos años también tuvo que renunciar a este empleo y se quedaron sosteniéndose con los ahorros que tenía, pero por los gastos familiares se le terminaron y se vio en la necesidad de montar un taller mecánico en su casa, de esa manera logró que sus hijos terminaran sus estudios y el seguir con su tratamiento.

El paciente manifiesta que su mayor apoyo en todo momento ha sido su esposa, y lo sigue acompañando a su tratamiento y a otras actividades. Al principio de la enfermedad no tuvo apoyo psicológico y al no recibir una atención médica digna tanto él como otros pacientes comenzaron a ver la necesidad de organizarse para obtener el trato adecuado a su condición de enfermo renal crónico, como recibir el medicamento acorde a sus necesidades y de buena calidad, para no sufrir descompensación física.

Desde hace 9 años el paciente entrevistado junto a otras 6 personas fundaron la “Asociación del Enfermo Renal de Guatemala” (ADERGU). El dedicarse a estas actividades le ha ayudado a afrontar la enfermedad y le ha dado sentido a su vida.

La actividad principal de dicha asociación es velar por los derechos de los pacientes con IRC que son atendidos en el IGSS. Otra función es la de solicitar ayuda de casas farmacéuticas patrocinadoras que les impartan charlas a dichos pacientes para que tengan conocimiento sobre la enfermedad, crisis que pueden sufrir, síntomas que pueden presentar y charlas motivacionales para que el paciente siga su tratamiento y no lo abandone.

Sus aspiraciones son que más pacientes se quieran involucrar en el trabajo de la asociación y se mantengan siempre activos.

CASO 3:

L.P.

Sexo: Masculino

Edad: 48 años

Estado Civil: Casado

Profesión: Técnico en Diseño Gráfico

Religión: Católico

Originario de: Ciudad Guatemala

Escolaridad: Diversificado

El paciente refiere que proviene de una familia unida, comunicativa su niñez y adolescencia se desarrollo en un lugar sano, con amor de sus padres y tías en donde podía correr practicar deporte compartir con hermanas y compañeros, los deportes que más le gustaron fútbol, basquetbol, al terminar los básicos recibió un curso de Serigrafía, luego estudio su carrera de diversificado Mercado Técnica y Dibujo Publicitario, fue un joven popular, con buena condición física, con varias amistades.

A los 18 años de edad empezó con cansancio físico ya no podía correr ni una cuadra porque se quedaba acalambrado, le daba diarrea, temblor de cuerpo, temperatura alta del cuerpo, los ojos empezaron a salirse de sus orbitas “se saltaron” fue con el médico le hicieron varios exámenes físicos en los cuales se detectó que era la glándula de Tiroides, tuvo cambios bruscos sus movimientos eran muy lentos por lo que se informó con el médico que podía hacer para mejorar su condición física, el médico le sugirió la operación de la Tiroides “cortar un pedazo de la Tiroides” habló con su familia e iniciaron los trámites para la operación, se la realizaron y poco a poco fue recuperando sus habilidades , trató de regresar a la universidad a estudiar Ingeniería pero ya no se sintió satisfecho “sentía un vacío”. Un día un amigo lo invitó a un retiro

católico no puso mucha importancia, pero una su tía le llevó un formulario para llenarlo y casualmente se refería al mismo retiro, asistió, pero no perseveró en ese grupo por diferentes motivos, a los 21 años conoció a la que actualmente es su esposa quién lo invitó a un grupo juvenil “Don Bosco” pero no quería entrar hasta que lo invitó uno de los organizadores y se quedó trabajando con ellos. A los 23 años se casó a los 25 años regresó a la Universidad ya que un amigo lo inscribió a Técnico en Diseño Gráfico cerró la carrera “se sintió satisfecho ya que era algo que le gustaba” tuvo 3 hijos, después de la operación de la tiroides se quedó con presión alta.

A los 35 años estuvo 2 años siendo enfermo renal “etapa aguda sin saberlo” los síntomas fueron molestias para orinar, náuseas al sentir olores de algunas comidas, pérdida del apetito, mucha tos por la noche, por tal motivo un médico amigo le mando a hacerse una radiografía de los pulmones y como tenía un derrame pedural “agua en los pulmones le informo que de lo que estaba enfermo era de insuficiencia renal “ya no sirven tus riñones”, tuvo un choque lo primero que preguntó “¿Cuánto tiempo me queda de vida?”. Llegó con la familia a comentarlo, pero no sabían a qué se estaban enfrentando, se fue al hospital Roosevelt el cual, fue un trauma al oír quejidos y gritos de otros enfermos, “estuvo afligido, preocupado por no saber que iba a pasar con él” lo primero que supo es que le iban a introducir un catéter, (un tubo) para hemodiálizarlo y él no sabía cómo era ese tratamiento, ni preguntó ni le explicaron sobre el tratamiento.

Luego lo refirieron a UNAERC a donde llegaba, si quedaba máquina desocupada le hacían el tratamiento y si no, tenía que regresar otro día, hasta que le dijeron que mejor le ponían el catéter peritoneal (abdominal).

Tuvo un impacto cuando les informaron que tenían que pagar una cantidad de dinero mensual. El trabajaba por cuenta propia a veces había a veces no dinero, lo evaluaron y le bajaron la cuota mensual, también tuvo sufrimiento físico porque a pesar de que ponen anestesia aún se siente la manipulación,

estuvo una semana en entrenamiento para aprender a dializarse durante este proceso solo pasó 2 veces a la clínica de psicología en la cual no sintió el apoyo que necesitaba en ese momento, conforme llevó el tratamiento se fue dando cuenta de la magnitud de la enfermedad, al iniciar el tratamiento en casa de diálisis tuvo que adaptarse al nuevo estilo de vida, quedarse en la casa era monótono, aburrido, tenso rutinario pesado ya que se limitaba a salir a pasear, ir a las actividades sociales, en el trabajo, alguna actividad deportiva, llevar una dieta no tomar mucha agua, hasta que poco a poco recuperó fuerzas y nuevamente se incorporaba a las actividades de la iglesia con la ayuda de los jóvenes, apoyo familiar y amigos.

Debido a que la diálisis peritoneal no es capaz de limpiar totalmente las toxinas del cuerpo, años después de llevar la diálisis volvió a perder fuerza, sentía que nuevamente retrocedía en su estado de salud, buscó ayuda alternativa pero no encontró ningún alivio.

Fue cuando comenzó a manejar la idea del trasplante de riñón pues la familia y amigos le venían diciendo desde el principio de la enfermedad, pero para él lo primero que pensaba que esa operación requería mucho dinero, y quién sería su donante.

Llegaron un día sus compadres y llevaron a sus padres Q.900.00 para abrir una cuenta bancaria, empezaron a incrementar la cuenta por medio de diversas actividades para recaudar fondos para la operación, participaron amigos, familiares lejanos, iglesia, núcleo familiar, las actividades fueron ventas de garage, conciertos, donaciones, etc.

Se logro reunir Q.125, 000.00 para realizar la operación, un amigo se ofreció ser donante pero realizados los primeros exámenes, empezó a frecuentar la casa exponiendo que tenía problemas económicos y que necesitaba ayuda. Desistió porque pensó si eso era así en el inicio del proceso como iba a ser después si llegaba a darle su riñón.

Un día su hermana menor le dijo que ella estaba dispuesta a darle su riñón pero que iniciarán al día siguiente los exámenes y así fue, se encontró con muchos tropiezos debido a su estado físico deteriorado, exámenes físicos muy duros que ya casi hacían desistir al proceso, diagnósticos médicos decepcionantes, pero aún así continuó con el protocolo pre-operatorio y cumpliendo con los tratamientos que necesitaba para restablecerse y poder entrar a la operación.

En todo este proceso manejo ansiedad, stress por saber si podía ser operado o no, la relación con médicos y enfermeras trato de ser cordial, sabía que así como hay equipo médico difícil de tratar al paciente, también habían muy buenos que le daban ánimos.

Después de un año de estar preparándose le dan fecha de operación, donde fue atendido por Urólogos, Anestesiista, Nefrólogos, y otros médicos.

Confío y dejo todo en las manos de Dios, entraron a la operación con su hermana, la primera que despertó fue ella, él solo abrió los ojos dio gracias a Dios por estar vivo y se volvió a dormir, después de la operación.

Al día siguiente físicamente se sentía débil y las enfermeras querían que se levantara a bañarse. Cuando salió del hospital salió con varios síntomas físicos como neuropatía, nervio asiático, problemas de la vista, que ha ido superando.

Actualmente lleva 3 años 4 meses de ser trasplantado tiempo en el cual lleva siempre un estricto control de medicamentos para que el organismo no rechace el riñón, aunque después de la operación, regresó varias veces al hospital por infecciones y peligro de rechazo del riñón, le hicieron algunas biopsias y con cambio de medicamento dijeron que el riñón estaba bien y que había respondido favorablemente al nuevo medicamento.

Su vida ha cambiado desde hace seis meses ya puede transportarse en bus, levantarse temprano, puede ir a trabajar, da clases de diseño gráfico, atiende su negocio propio, puede salir a pasear con su esposa, sus hijos, se reincorporo de

lleno a trabajar con el grupo de jóvenes. Físicamente ha recuperado masa corporal. Sus planes a futuro ayudar a sus padres, velar por el bienestar de su familia, obtener su título de la Universidad y mejorar el negocio propio de serigrafía.