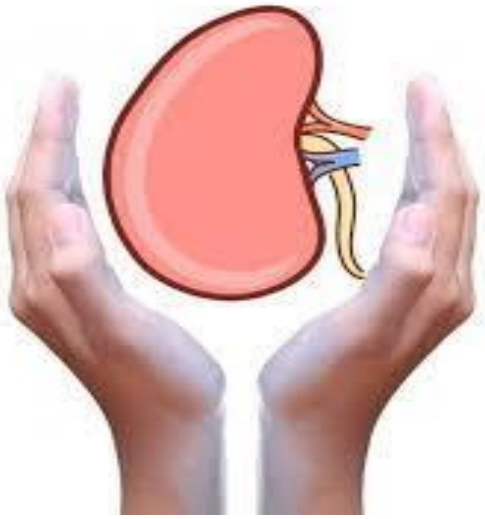
Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Convivir con Insuficiencia Renal Crónica: Implicaciones e Intervenciones Psicológicas



Bettiana Zubieta Silva

Tutor: Prof. Adj. Lic. María Mercedes Couso Lingeri

Montevideo, 30 de Octubre de 2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecerle a mi familia por ser los principales en promover mis sueños, sin su infinita paciencia, cariño y gran aliento nada hubiera sido posible. Por confiar y creer cada día en mí, pude llevar a cabo la elaboración del presente trabajo.

Mi agradecimiento especial a Mercedes Couso, que me dio la oportunidad de tutorizar mi trabajo final de grado y por brindarme su experiencia, sus consejos y enseñanzas, por cuestionar mis ideas, pero sobre todo por su compañerismo, compromiso y dedicación en todo momento.

Por último, me gustaría agradecerle a la institución por la formación que me brindó, y por darme la posibilidad de conocer a varias personas, entre ellos compañeros y docentes de los cuales me llevo muchos conocimientos y gratos recuerdos.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud

ÍNDICE

1. Resumen……..Pág.4

2. Introducción……Pág.5

3. Desarrollo……Pág.6

   3.1 Enfermedad Renal Crónica……..Pág.6

   3.2 Insuficiencia Renal Crónica……..Pág.9

   3.3 Aspectos Psico-Físicos y Sociales en pacientes con IRC en Diálisis…Pág.11

   3.4 Rol del Psicólogo en un Centro de Hemodiálisis……..Pág.19

4. Reflexiones Finales……Pág.24

5. Referencias Bibliográficas……Pág.25

RESUMEN

El presente trabajo se centra en la calidad de vida de los pacientes que conviven con insuficiencia renal crónica, con tratamientos altamente invasivos como los son los tratamientos sustitutivos de la función renal. A través de una revisión bibliográfica en base a diferentes autores, se intentará dar cuenta de las consecuencias que generan la enfermedad y los tratamientos en: los pacientes, sus familias y equipo de salud. Se ofrece una perspectiva de las intervenciones psicológicas que se pueden presentar en los pacientes, producto de la enfermedad, de la hemodiálisis así como de las conductas, emociones y sentimientos negativos que pueden derivar del proceso de dicha enfermedad.

***Palabras claves*:** calidad de vida, insuficiencia renal crónica, intervenciones psicológicas

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de tipo monográfico se elaboró como producto final para la obtención de egreso de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, UdelaR. Surge con el fin de pensar las repercusiones de la insuficiencia renal crónica en la psiquis y calidad de vida del sujeto. Permite articular mi formación desde una disciplina Psicológica, con una segunda formación, la cual corresponde a Auxiliar de Enfermería, donde las dos dan respuesta al sufrimiento desde una perspectiva integral.

El primer apartado se centra en describir a la enfermedad renal crónica, sus factores de riesgo, etapas, incluyendo datos epidemiológicos de la enfermedad en Uruguay como lo es la cantidad de ingresos al Programa Nacional de Salud Renal de Uruguay hasta el 31 de diciembre de 2015, con la finalidad de poder observar su prevalencia.

El segundo apartado describe a la insuficiencia renal crónica, ofreciendo información sobre las causas que la producen, sus síntomas, y los tratamientos de remplazo o sustitución de la función renal: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal.

En el tercer apartado se dará cuenta da la calidad de vida de los pacientes, las restricciones y seguimientos que deben llevar a cabo, se describen los procedimientos de los tratamientos sustitutivos de la función renal y las repercusiones físicas que pueden generar. Se exponen las principales causas de tensión-ansiedad y los trastornos emocionales que favorecen y perturban la adherencia al tratamiento.

En el cuarto apartado se describen las intervenciones que puede llevar a cabo el Psicólogo en una Unidad de Hemodiálisis, en las diversas problemáticas que se pueden presentar en los pacientes, en su entorno familiar y equipo de salud.

Para finalizar se plantean algunas reflexiones que surgen de los puntos más relevantes del proceso de elaboración del presente trabajo.

DESARROLLO

1. Enfermedad Renal Crónica:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una problemática compleja y ascendente a nivel mundial, que demanda costos elevados para las instituciones de asistencia y conlleva una alta morbi-mortalidad que afecta de 3 a 5% de la población mundial. Se detecta tardíamente debido a que muchas personas consultan cuando la enfermedad se halla en etapas más avanzadas. El motivo de no manifestar síntomas de daño renal en las primeras etapas de la enfermedad, desfavorece aún más la situación por la cual están pasando los sujetos que la padecen, dado que se encuentran en alto riesgo, donde su función renal ya se encuentra muy deteriorada. Esta enfermedad no tiene cura pero existen tratamientos que pueden alargar la vida de los pacientes, principalmente si es detectada en una etapa temprana.

La Enfermedad Renal Crónica, según Kidney Disease (2005) (citado por Cuñado, 2014/2015), hace mención a la disminución de la función renal con filtrado glomerular (FG) < 60 mL/min/1.73 m^2, mayor o igual a 3 meses (tiempo que hace a la cronicidad de la enfermedad), con alteraciones renales funcionales o estructurales, con o sin disminución en la tasa de filtrado glomerular (TFG), lo que puede conllevar un descenso de la TFG, que puede ser expresado por alteraciones por patología renal, por marcadores de daño renal, comprendiendo modificaciones en la constitución de la sangre, orina o en las pruebas de imagen renal. Según Martín (2016), cuando los riñones se enferman se destruyen las nefronas lentamente y de forma silenciosa, por lo tanto, el daño se empieza a manifestar con el paso del tiempo.

Segarra (2006) manifiesta que las nefronas consisten en una unidad funcional y estructural esencial de los riñones, que se encargan de purificar la sangre, en la cual filtra la sangre para que de esta manera pueda regular el agua y las sustancias solubles, utilizando lo que es necesario y desechando el resto como orina.

Este autor plantea que el TFG, alude a una medida que determina el grado en el cual están funcionando los riñones. Es una herramienta que le sirve de sustento al médico para poder establecer el nivel en el que los riñones están limpiando la sangre, es decir la forma en que están eliminado los desechos y los líquidos de la misma.

Los riñones forman parte del sistema urinario y contribuye con el corazón, los pulmones, piel e intestino para mantener el agua y las sustancias del cuerpo humano en equilibrio. Riella y Martins (2007) exponen que los riñones se encuentran vinculados con las siguientes funciones:

- La producción de orina, aproximadamente 1 litro y ½ diarios. La cantidad y constitución de la orina va a depender del equilibrio entre la ingesta y la eliminación extrarrenal de agua y electrólitos, así como también de la presencia de metabolitos endógenos y exógenos que no son beneficiosos para el organismo.
- Regula el equilibrio electrolítico
- Regula el movimiento y pérdida de agua a nivel celular, de manera concentrada con la piel y los pulmones
- Excreta desechos finales del metabolismo y sustancias exógenas, como lo son: la urea, el ácido úrico, los fósforos y los sulfatos. También expulsan sustancias extrañas como drogas y medicamentos.
- Regula la presión sanguínea arterial para que el organismo se mantenga sano
- Produce hormonas y enzimas que actúan en la regulación hemodinámica sistémica y renal, en la maduración de eritrocitos (una de las célula de los glóbulos rojos) en la medula ósea, en la regulación del balance de calcio, fosforo y del metabolismo óseo.
- Sintetiza nueva glucosa

Cuando los riñones se enferman denota que están dañados y no pueden filtrar la sangre como deberían hacerlo. Los desechos se almacenan en el organismo y causan complicaciones en la salud, siendo algunos de los factores de riesgo la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, antecedentes hereditarios de falla en los riñones, las malformaciones, las obstrucciones que son consecuencia de cálculos renales, tumores o glándula prostática agrandada en hombres además de infecciones urinarias, entre otras. La diabetes e hipertensión constituyen las causas más comunes de la Enfermedad Renal Crónica, representando hasta dos tercios de los casos.

Para determinar si los riñones están enfermos, es preciso llevar a cabo ciertas pruebas para evaluar la función renal. Estas las efectúan los Nefrólogos, que son los encargados de realizar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes afectados. Se les debe medir la presión arterial, realizar análisis de orina para medir el nivel de sangre y proteínas que se encuentran en la orina, y análisis de sangre para medir los

niveles de sustancias en la sangre e indicar la manera en que están funcionamiento los riñones. Se les puede indicar una exploración de los riñones a través de biopsias renales y a su vez, técnicas de imagen, las que proporcionan un diagnóstico oportuno en mucho de los pacientes. La ecografía es el método más utilizado para valorar la situación de los riñones, se la pueden realizar a todo tipo de pacientes, y si es necesario, reiteradas veces cuando sea considerado. Otras técnicas diagnósticas que pueden ser utilizadas para evaluar la condición de los riñones, es la radiología así como también, la tomografía computada y la resonancia magnética.

De acuerdo al grado de disminución de la función renal evaluada por la TFG, la Enfermedad Crónica Renal se clasifica en 5 etapas:

Etapa	Descripción	TFG (ml)
1	Daño renal normal	≥ 90
2	Daño renal leve	60-89
3	Daño renal moderada	30-59
4	Daño renal grave	15-29
5	Falla renal	< 15

En cada una de estas categorías es preciso llevar a cabo un tratamiento con el fin de retrasar la pérdida de la función renal.

Para tener un acercamiento aproximado a los datos epidemiológicos de la ERC en nuestro país, me pareció pertinente recoger los datos disponibles en la web del Fondo Nacional de Recursos relacionados con los informes del Programa Nacional de Salud Renal de Uruguay. Muestran que al 31 de diciembre de 2015 fueron ingresados 17.254 pacientes con Enfermedad Renal Crónica de todas las etapas de la enfermedad.

Estos pacientes son ingresados al Registro Nacional de ERC, que contiene los datos de la situación inicial así como también de la evolución de la enfermedad. Con

este registro se pudo lograr considerables progresos epidemiológicos de la ERC, lo que permite aportar mejoras en los cuidados que requieren los pacientes.

2. Insuficiencia Renal Crónica:

En esta etapa las personas que están afectadas, suelen tener cambios en los distintos ámbitos de sus vidas, por lo que deben ser evaluados e identificados adecuadamente con el fin de que puedan recuperar su mejor condición de salud. Se les debe brindar las herramientas necesarias para que puedan cuidar de sí mismos, ofreciéndoles conocimientos y enseñándoles medidas que deben adoptar, las que les permitan desarrollar su propia capacidad de autocuidado frente a las actividades de la vida cotidiana que deben desarrollar, para que de esta manera puedan lograr tener una mejor calidad de vida.

La Insuficiencia Renal Crónica consiste en una pérdida permanente de la capacidad de los riñones en eliminar las sustancias de desechos, de mantener en equilibrio el líquido excesivo del organismo, controlar la presión arterial, de posibilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos, entre otras (Contreras, Esguerra y Espinosa, 2008); donde la velocidad de filtración glomerular es menor a 15 ml/min. En este sentido, Sierra y Bentez (2014), la denominan como “la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Se inicia con el deterioro progresivo del volumen del filtrado glomerular, por el reclutamiento de nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y finaliza con la falla de las funciones hormonales del órgano”. (p. 38).

Históricamente las causas más comunes de la IRC son semejantes a las de la ERC, las cuales corresponden a la diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, estando asociadas al envejecimiento y a la obesidad.

Los síntomas que aparecen, se producen por manifestaciones iniciales de la uremia; las más frecuentes según González y Mallafre (2009) son las siguientes:

- DIGESTIVAS: Anorexia, vómitos matutinos, fetor urémico.
- CUTÁNEAS: Prurito, calcificaciones subcutáneas, hematomas.

- CARDIOVASCULARES: Aterosclerosis generalizada, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, fatiga, edemas.

- NEUROLÓGICAS: Polineuropatía de inicio en miembros inferiores (sensitivo y distal), encefalopatía urémica.

- ENDOCRINO-METABÓLICAS: Amenorrea, impotencia, hiperglucemia e hipertrigliceridemia.

- HEMATOLÓGICAS: Anemia normocrómica, predisposición a infecciones, defectos plaquetarios.

- BALANCE HIDROELECTROLÍTICO: Incapacidad de concentrar la orina, poliuria, nicturia, y retención hidrosalina en fase tardía.

- TRASTORNOS: Del metabolismo óseo, del metabolismo acido-base, y en la eliminación de potasio.

Los pacientes que se hallan en esta fase, se encuentran en un punto crítico, debido a que han perdido entre el 75% y 80% de la función renal, por lo tanto necesitan tratamientos de remplazo o sustitución de la función para poder sobrevivir.

La hemodiálisis, permite extraer los productos tóxicos producidos por el organismo y acumulados en la sangre como resultado de la IRC. Consiste en un tratamiento invasivo que se lleva a cabo a través de una máquina. En la hemodiálisis los pacientes deben acudir por lo menos tres veces por semana a la institución asistencial y permanecer de tres a cuatro horas aproximadamente para poder realizarse el tratamiento.

En la diálisis peritoneal, según Aveldaño (2008) existen dos formas de diálisis peritoneal, una diálisis peritoneal continua ambulatoria, que se realiza manualmente y la otra, que se realiza de forma automática.

El trasplante renal, se basa en una intervención quirúrgica donde se sustituye el riñón afectado del paciente por uno riñón sano, sea de un sujeto fallecido o no, lo que permite corregir la mayoría de los problemas que contiene la ERC y además, lo ayuda a tener una mejor calidad de vida debido a que se la vincula con una supervivencia más prolongada Es un método que puede fallar y cuando esto sucede, el paciente debe volver a los tratamientos sustitutivos.

Avendaño (2008), plantea que han aumentado a nivel mundial los pacientes en tratamiento renal sustitutivo, así como también, los pacientes de edad media que empiezan un tratamiento dialítico.

La Enfermedad Renal Crónica progresa con mayor frecuencia hacia la etapa 5 de la Insuficiencia Renal Crónica, de manera que, para conocer su causas y tratamientos más prevalentes en la población uruguaya, se puede recurrir a los datos epidemiológicos elaborado e incluido en la base de datos de la Sociedad Uruguaya de Nefrología, donde se encuentran los informes anuales del Registro Uruguayo de Diálisis hasta finales del año 2014.

Según este informe, las causas principales de IRC en Uruguay son la Glomerulopatías, la Nefropatía vascular y la Nefropatía Diabética. En relación a los tratamientos más utilizados, la hemodiálisis es el método más manejado en Uruguay. De acuerdo a las modalidades de Diálisis Peritoneal, la técnica más habitual es la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

3- Aspectos Psico-Físico y Sociales en pacientes con IRC en Diálisis:

Cuando los pacientes son diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, denota que deberán enfrentarse a diversos cambios en relación a su vida, principalmente en aquellas áreas de desempeño del paciente vinculadas con el nivel social, físico y psicológico. Los mismos, se generan en el paciente y se van agravando al iniciar un tratamiento de diálisis, afectando así mismo, a su entorno familiar. Lo recomendable es brindarles suficiente información con el fin de que puedan conocer las características particulares del método al que va a ser sometidos, saber las repercusiones que genera su enfermedad y los cuidados que deben realizar. Manejando esta información, los familiares podrán comprender algunos de los comportamientos del paciente, lo cual les permite brindarles ayuda y apoyo.

Desde el ámbito psicológico, es importante informar al paciente sobre las emociones que se vinculan a la enfermedad y tratamiento, para que pueda identificar lo que le sucede y la realidad que está viviendo.

El abordaje de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica debe ser llevado a cabo desde una perspectiva biopsicosocial, para lograr una adecuada respuesta al

tratamiento y una calidad de vida que límite lo menos posible al paciente y su entorno familiar.

Schwartzmann (2003), manifiesta que la calidad de vida vinculada al campo de la salud consiste en la percepción que tiene una persona sobre su situación en la vida, en relación a su estado físico, psicológico y social. Es un concepto que incluye su grado de independencia, relaciones familiares y de amistades, actividades de ocio, nivel económico, entre otras.

Los pacientes se enfrentan a una serie de cambios en su estilo de vida y se les imponen restricciones y discapacidades, ya sea del propio individuo como de su entorno familiar. Aspectos que se deben tener en cuenta en la incierta que tiene el tratamiento.

La cronicidad de la enfermedad está dada por la irreversibilidad, permanencia, incapacidad residual. Se plantea la necesidad de llevar a cabo un conjunto de técnicas con el fin de rehabilitar al paciente en un tiempo prolongado de control y cuidados. Los pacientes deben sostener una dieta apropiada, la que ayuda a reducir los desechos que se acumulan en la sangre. Se le recomienda que restrinja la cantidad de proteínas, potasio, fosforo, calcio, líquidos y que evite la sal. Así mismo, deben cumplir con la medicación prescrita y con los controles médicos regulares establecidos.

La Normativa de Diálisis (2006) del Fondo Nacional de Recursos, plantea que el tratamiento dialítico crónico se debe indicar en los pacientes portadores de ERC en estadio 5, sin factores reversibles con FG menor a 15ml/ min. Así mismo, está indicado cuando aparecen síntomas y signos clínicos mayores de uremia como lo son encefalopatía, descontrol hidroelectrolítico o hipertensión arterial severa no controlable con tratamiento médico, compromiso nutricional y digestivo, pericarditis, entre otros, sin factores reversibles aunque el FG sea mayor a 15ml / min. En ciertas situaciones clínicas como en el paciente diabético, el portador de una cardiopatía severa precedente al cuadro de uremia, el niño, el adolescente, la embarazada y en factores co-mórbidos que determinan situaciones espaciales.

El egreso del paciente del plan de diálisis puede ocurrir por mejoría de la función renal a causa de un ascenso de creatinina, entre 15 y 20 ml / min o superior y una situación clínica estable con normotensión y balance hídrico normal y carente de riesgo vascular. Por trasplante renal exitoso, fallecimiento del paciente, por razones médicas y voluntad del paciente cuando se lo considere psíquicamente estable e informado de los efectos que puede traer aparejado dicha decisión.

Cada tratamiento sustitutivo de la función renal tiene su procedimiento, los que se deben llevar a cabo de forma continua para permitir que el paciente pueda continuar viviendo aunque la enfermedad no tenga cura. La hemodiálisis se realiza a través de una máquina (riñón artificial) que se encarga de purificar y filtrar la sangre de las sustancias toxicas, por medio de dos agujas que se conectan a una fistula y se retira al culminar cada sesión. Es decir, la sangre atraviesa un filtro de limpieza denominado membrana artificial o dializador, elimina los desechos excesivos de la sangre y luego es reenviada nuevamente al cuerpo. Este procedimiento se lleva a cabo tres veces a la semana, durante 4hs y comprende la creación de una fistula, que constituye una cirugía donde se une una vena con una arteria por debajo de la piel del brazo. Es un método que se realiza en centros de diálisis.

El procedimiento de la diálisis peritoneal consiste en colocar un catéter en el abdomen del paciente por medio de una cirugía menor. El catéter queda permanente y permite que el sujeto se pueda conectar fácilmente a un tubo por donde va a ingresar el líquido dializado durante 4 a 6 hs en el abdomen.

La diálisis peritoneal es un buen método para el paciente que cuida de sí mismo, que es más autónomo, ya que se lleva a cabo en su propio domicilio, siendo él mismo el responsable de administrarse los intercambios de diálisis y el que se lo prepara para que pueda realizar los intercambios de forma manual.

Los tratamientos sustitutivos de la función renal son procedimientos invasivos y pueden producir repercusiones físicas. Las principales según Sánchez, Zavala y Pérez (2012) y Aveldaño (2008), son las siguientes:

- Hipotensión: Puede ser acompañado de mareos, náuseas, taquicardia, palidez de la piel y mucosas, bostezo, bradicardia, dislalia, estupor e incluso pérdida de conciencia.
- Cefalea: Se puede producir por características inadecuadas de hemodiálisis: tipo de membrana, elevado flujo sanguíneo, horas de diálisis, hipertensión arterial, entre otras.
- Dolor Precordial y Trastornos del ritmo cardiaco.
- Hipertensión arterial.
- Calambres
- Náuseas y vómito.

- Prurito.
- Infecciones a causa de cambio de catéter.
- Coagulación de la sangre dentro del dializador, hemorragias o embolia gaseosa.
- Falta de orina debido a la restricción de la ingesta de líquidos.
- Pérdida de peso por la restricción de alimentos.
- Anemia
- Hemorragias
- Agotamiento por complicaciones en el proceso de diálisis.
- Mal aliento y cambios de coloración en la piel.
- Desnutrición: A causa de los hábitos alimenticios que deben seguir.
- Problemas en extremidades por accesos vasculares repetitivos.

Las características que derivan del IRC, como la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a máquinas y al personal de salud, las restricciones en la dieta, las complicaciones físicas, la toma periódica de medicamentos, los cambios en las relaciones sociales y familiares y la situación laboral, explican que estos pacientes manifiesten trastornos emocionales que se asocian con un empobrecimiento de la calidad de vida.

Guendelman y Hoffmann (1991), plantean cuatro etapas en el proceso de adaptación psicológica de los enfermos con IRC, que se dividen en una etapa antes de entrar a diálisis y tres etapas estando en tratamiento.

La primera es denominada Estado Psíquico de Uremia Terminal, esta consiste en un estado afectivo que se produce antes de ingresar a diálisis. Son trastornos psicológicos como consecuencia del alto nivel de uremia, como lo es el déficit de la capacidad de concentración, apatía, insomnio, irritabilidad, agitación, tristeza, pena, ansiedad, disminución de la libido. La depresión y ansiedad son comunes en pacientes con IRC y se las vinculan con la aceptación del tratamiento y al costo económico de la

enfermedad. Los síntomas por lo general son intensos y pueden durar desde unos meses hasta dos años.

Cuando el paciente ingresa a un tratamiento de hemodiálisis se pueden percibir tres etapas:

La primera se denomina Fase Eufórica o Luna de Miel. Esta comienza en las primeras sesiones de diálisis, cuando la persona se siente mejor física y emocionalmente debido a la disminución del alto grado de uremia. El paciente se siente esperanzado, confiado y motivado, aceptando su dependencia a una máquina, a los procedimientos y al equipo de salud, presenta una necesidad de vivir bien y de confianza con la vida. Esta etapa surge una o dos semanas después de comenzar el tratamiento de diálisis hasta seis o siete meses después.

La segunda etapa se denomina De Desencanto o Desanimo. Los sentimientos de satisfacción, confianza y expectativas disminuyen o, incluso, desaparecen, surgiendo sentimientos de desamparo y tristeza. El paciente comienza a conocer las restricciones y obstáculos del tratamiento, se da cuenta de la situación que está atravesando. Su iniciación suele coincidir con un episodio estresante debido a la necesidad de asumir un rol activo, pero al mismo tiempo distinto, en el trabajo o en el hogar y por alguna complicación del tratamiento, siente culpa en relación a las restricciones de la dieta, vergüenza por tener la enfermedad, rabia y molestia dirigidos principalmente al equipo de salud. Es una etapa que va de los tres a doce meses.

La última etapa denominada Fase Crónica o de Larga Adaptación: El paciente pasa por un largo proceso en el que presenta sentimientos ambivalentes, de alegría junto con tristeza o depresión de diferente duración, la intensidad de estas fluctuaciones varía dependiendo del paciente. Es un proceso donde el sujeto alcanza un nivel de aceptación de sus limitaciones, imprevistos y complicaciones causadas durante el tratamiento. Tiene conciencia de su dependencia a una máquina, del procedimiento y del equipo de salud involucrado. La expresión de rabia y de agresión son muy frecuentes. Los momentos de bienestar son más prolongados, los que oscilan con crisis depresivas. El mecanismo de defensa más utilizado por el paciente, es el de negación, que incluye tanto a la negación de la enfermedad renal crónica como la dependencia a una máquina y al equipo de salud, mecanismo que los protege del desamparo y contribuye a mantener la sensación de bienestar. Se utiliza para intentar

tener un control sobre sus frustraciones y para bloquear cualquier expresión de agresividad fruto del sentimiento de dependencia.

Los pacientes requieren un apoyo psicológico del equipo de salud y su entorno familiar, debiendo prestar más atención en las etapas descritas como más propensas a que aparezcan trastornos psicológicos.

Guendelman y Hoffmann (1991) exponen las principales causas de tensión y ansiedad del paciente en diálisis:

Conflicto dependencia-independencia: El paciente continúa viviendo a través de la ayuda de una máquina, del equipo de salud que lo tienen que conectar y controlar el procedimiento. Es un proceso que se realiza 3 veces a la semana, 4hs por sesión, lo que le exige al paciente que tenga cuidados con la fistula, medio por el cual es conectado al dializador. Estas recomendaciones limitan al paciente y por otro lado, se le recomienda que lleve una vida normal el resto del tiempo, actuando independientemente, desarrollando habilidades de autocuidados, cuidando, en la medida de lo posible, su trabajo y familia. Esta dependencia-independencia le genera un gran estrés al paciente debido a que necesita tener una gran capacidad de adaptación y de flexibilidad.

Tensión por las restricciones dietéticas: La prohibición de consumir ciertos alimentos y la rigurosa reducción de la ingesta de líquidos, producen estrés en el paciente. Frecuentemente tienen sed y se encuentran condicionados por hacer las cosas bien debido a que saben que si no realizan la dieta como le fue establecido, puede ocasionar graves consecuencias para su salud. El no cumplirlas, genera ansiedad, culpa o negación de las restricciones como forma de no asumir su enfermedad.

Tensión por la máquina de hemodiálisis: El paciente es conectado a una máquina que le extrae sangre, puede observar el bombeo de la misma a través de las tuberías y luego su retorno al cuerpo, constituyendo una experiencia muy impactante. El paciente y personal del centro de hemodiálisis experimentan una gran ansiedad como consecuencia del miedo que les genera el hecho de que surja algún inconveniente en la máquina.

Ansiedad por la incertidumbre de la supervivencia: Es una enfermedad que no tiene cura y por lo tanto se hace imposible poder predecir la expectativa de vida del

paciente, por lo que tiene que convivir con la idea de la posibilidad de muerte en cualquier momento. Acontecimiento que genera mucha ansiedad y angustia.

Tensión por las múltiples pérdidas: Las diversas pérdidas por las que atraviesa el enfermo ya sea perdida de su libertad, de salud física y psicológica, de movilidad, reducción de su capacidad laboral, sexual, disminución de actividades familiares, entre otras, amenazan su seguridad personal, autoestima y provocan sentimientos de incapacidad.

Ansiedad por el deterioro del funcionamiento sexual: Pueden presentarse alteraciones de su sexualidad, la mujer puede tener alteraciones del ciclo menstrual, disminución de la libido y de la fertilidad. En la mayoría de los hombres se presenta disfunción gonadal, impotencia y disminución del deseo sexual. Muchas veces, existe una pérdida del rol sexual; que es atribuida a causas orgánicas, aumentando la aparición de malestar psicológicos que interactúan con los factores fisiológicos, metabólicos y farmacológicos.

Tensión por las dificultades económicas: El tratamiento de diálisis demanda costos elevados y el paciente por lo general deja de trabajar o no puede rendir laboralmente como lo hacía antes, lo que equivale a problemas económicas a nivel familiar y personal.

Tensión por la espera de trasplante: el trasplante puede mejorar la calidad de vida del paciente, pero también tiene sus dificultades como lo son, el someterse a una cirugía, encontrar un donante que implica esperar por un largo tiempo y a su vez, el tener conciencia de que el trasplante puede fallar y tener que volver al tratamiento sustitutivo.

Siguiendo estas líneas, Kubler - Ross (1993) describe cinco etapas que atraviesan los pacientes portadores de una enfermedad terminal, con énfasis en los aspectos psicológicos.

En la primera etapa, la persona tiende a la **negación y aislamiento** producto del diagnóstico de la enfermedad y de todo lo que conlleva, constituye una reacción común al enterarse de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. Kulber - Ross (1993) plantea que por lo general “la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial” (p.61).

En la segunda etapa, el paciente atraviesa por una **reacción de cólera, agresión y protesta** a causa de no comprender porque le tiene que suceder a él, siente que está padeciendo una injusticia. Surgen sentimientos de ira, rabia, resentimiento y envidia. Es una etapa muy difícil de atravesar para el entorno familiar y el equipo de salud. En este caso, el enojo es desplazado y proyectado contra todo lo que los rodean, se enojan con su familia y luego se arrepienten, se sienten culpables y les genera vergüenza.

En la tercera etapa, el paciente por un tiempo breve atraviesa por una **fase de pacto**. Se establece objetivos a corto plazo, en algunos casos, las promesas que se realiza están asociadas con sentimientos de culpa.

En la cuarta etapa, que es la de **depresión**. Surgen sentimientos de vacío e impotencia, acompañados de sensación de pérdida. Se puede deber a numerosas internaciones e intervenciones quirúrgicas y prolongados tratamientos que debilitan la organización psíquica del paciente. Así mismo, pueden aparecer tales signos luego de la pérdida de la posición económica y laboral a consecuencia del alto costo de los tratamientos, ausencias o incapacidad de trabajar del enfermo a causa de su situación. Es una etapa en la que pueden surgir conductas suicidadas como, por ejemplo, la transgresión dietética, las ausencias reiteradas al tratamiento de hemodiálisis, entre otras. Es importante en este momento trabajar conjuntamente con la familia.

La última etapa es la de **aceptación**. El paciente se resigna y comienza a pensar que la enfermedad es parte de su vida.

Diversos autores como Guendelman y Hoffmann (1991), Pupiales (2012), entre otros, plantean a la depresión como el impacto que tiene mayor prevalencia y constituye la consecuencia más frecuente en los pacientes con IRC, se encuentra ligado a la entrada al programa de diálisis, pudiendo surgir por las alteraciones biológicas y las diversas pérdidas que atraviesan durante su enfermedad. Algunos se encuentran cansados, con desinterés y falta de motivación, retardo psicomotor, insomnio, anorexia. Incluso pueden tener conductas suicidas y algunos pueden concretarlas.

Otro de los trastornos psicopatológicos destacados juntos con la depresión, es la ansiedad, los que pueden generar un impacto negativo en la adherencia al tratamiento. También puede aparecer hostilidad y agresión, como consecuencia de las limitaciones, frustraciones y pérdidas de habilidades, aumenta en estas personas la irritabilidad, rabia y agresión, siendo dirigidas al equipo de salud y a su familia, o hacia

sí mismo. La rabia y autoagresión se pueden percibir en la ingesta de mucho líquido, no respetar las prohibiciones, no asistir a las sesiones de hemodiálisis. Hay pacientes que no manifiestan directamente la rabia y se deprimen.

Se puede observar alextímia secundaria debido a que algunos pacientes tienen dificultad para expresar sus sentimientos, fantasías o presentan una disminución de la expresión de sus conflictos.

La enfermedad los puede llevar a tener pensamientos, actitudes y sentimientos diversos como la idea de muerte, de no tener fuerzas suficientes para poder sobrellevarla, tienen sentimientos como tristeza, culpa por no haberse cuidado, enojo, miedo, incertidumbre y poco a poco pueden desarrollar una actitud de aislamiento**,** retirando los vínculos afectivos que lo unían a su entorno, a sus intereses, cerrándose en sí mismo como por ejemplo durmiendo, demostrando desinterés por su enfermedad. Pueden asumir el papel de víctima, tener ausencia de control, comportase como si no sucediera nada, no solicitar ayuda cuando lo necesitan.

Acudir a hemodiálisis 4 hs por día, 3 veces por semana puede provocar aburrimiento e incomodidad durante su realización, es por esto que el tiempo que pasan conectados a la maquina influye desfavorablemente en la percepción de la enfermedad y en la forma en que la enfrentan. Asistir a las sesiones resulta monótono, pesado y rutinario para el paciente. Así mismo, concurrir a las sesiones de diálisis y los problemas que pueden derivar, ocasiona muchas veces un distanciamiento de las amistades de los enfermos, por lo que la fuente de apoyo queda compuesta por la familia y el equipo de salud.

3. Rol del Psicólogo en un Centro de Hemodiálisis:

La insuficiencia renal crónica afecta el estado de salud de las personas, repercute en sus emociones, economía y relaciones sociales, debido a que al entrar a un tratamiento renal sustitutivo, los pacientes se encuentran obligados a someterse a un estricto tratamiento que implica modificar su vida social, realizar cambios en su alimentación, restringir líquidos, y en muchos casos sufren el abandono familiar, ya que la enfermedad puede ser vivida como amenaza o una carga por lo tanto una manera de reaccionar es librándose del paciente o negando su estado.

Estos aspectos repercuten negativamente en el paciente, lo que provoca muchas veces disminución de su colaboración con respecto al tratamiento y en algunos casos, los conduce a desarrollar conductas negativas en relación a la diálisis. Los pacientes tienen una alta probabilidad de tener conductas de regresión y negación, lo que puede conllevar una baja adherencia a las indicaciones prescritas e irregularidad en la asistencia a las sesiones de hemodiálisis.

Los tratamientos sustitutivos de la función renal imponen numerosas restricciones y alteraciones en el estilo de vida de los pacientes, lo cual determina la aparición de conductas adversas que hacen más difícil la rehabilitación, afectando el estado emocional y la calidad de vida del paciente. Debido a esto, es que se produce una menor adherencia al tratamiento dialítico.

La educación forma parte de uno de los elementos que facilitan la adherencia al tratamiento, es importante para promover el cumplimiento y generar cambios de conducta que permitan lograr una mejor calidad de vida.

La adherencia al tratamiento implica un trabajo en equipo multidisciplinario, en el cual el comportamiento que influye en la misma requiere ser comprendido y llevado a cabo desde una variedad de modelos y teorías a través de diferentes profesionales de la salud.

Según la OMS (2004), la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas (toma de medicación, seguimiento de dieta, modificación de hábitos de vida) y expresa una colaboración activa entre el equipo de salud y el paciente en la toma de decisiones, las que afectan su propia salud. En cambio, el termino cumplimiento es diferente debido a que requiere la sumisión y subordinación del paciente ante los profesionales de la salud con respecto a una orden.

El Psicólogo es uno de los profesionales que integran al equipo multidisciplinario, y en relación a la educación Nagrin (2004), manifiesta que interviene para detectar dificultades en la comprensión de la información, regulando la transmisión de la misma por parte de los profesionales de la salud para que se ajuste al ritmo del paciente, ya que pueden existir obstáculos que pueden dificultar el mensaje que se pretende transmitir, como lo es no organizar los pensamientos antes de hablar, expresarse con imprecisión, plantear demasiadas ideas, hablar sin poder apreciar si es comprendido, expresar incorrectamente la información, entre otros. El Psicólogo debe enseñar cómo comunicar la información que se va a ofrecer, ya que tiene que ser en un lenguaje

claro, preciso y sencillo para que el paciente pueda tomar conciencia del tratamiento y de sus cuidados.

El enfermo requiere incorporar nuevas conductas en beneficio de su salud y desarrollar habilidades para lograr un óptimo cuidado de sí mismo, por lo tanto, el Psicólogo debe promover y estimular el desarrollo de habilidades y hábitos saludables por medio del asesoramiento y la educación a través de talleres, entrevistas, etc. El objetivo es promover el autocuidado y autocontrol en la alimentación, en la restricción de la cantidad de proteínas, potasio, fosforo, calcio, líquidos, evitar la sal. También en el cumplimiento de la medicación prescrita, los controles médicos regulares establecidos y la realización de ejercicio físico.

Debe lograr que el enfermo plantee sus dudas, evaluando su estado emocional en el proceso de transmisión de información. Debe estar atento al lenguaje no verbal del paciente, con el fin de evaluar si su estado emocional es pertinente para continuar recibiendo información o si es necesario detenerse y continuar posteriormente. Tiene la tarea de enseñar al equipo de salud a facilitar el apoyo emocional al paciente, en el cual se debe intentar que no se sienta juzgado, sino entendido y apoyado, así como también tiene que incluir a la familia en el proceso de comunicación.

De acuerdo al proceso de comunicación, Negrin (s/f) manifiesta que constituye un aspecto indispensable e influyente en la conducta de los pacientes. Es fundamental para reconocer síntomas y signos de alerta ante problemas a través del lenguaje, la expresión de la cara, la mirada y los gestos (signos verbales y no verbales), donde los componentes no verbales resultan más importantes que el mensaje verbal. Así mismo, la comunicación contribuye al seguimiento del paciente de prescripciones y/o recomendaciones. Por lo tanto, cuando la comunicación es inadecuada algunos de los aspectos que puede generar es que el paciente no se identifique con su tratamiento, puede producir insatisfacción del mismo, así como también de los profesionales de la salud. Es frecuente que el enfermo se olvide de las indicaciones y recomendaciones y que recurra a sistemas de comunicación informales como distorsiones debido a falsas creencias y opiniones de terceros.

Psicólogas Uruguayas (M. Couso y M. Negrin) desempeñaron tareas por varios años en Centros de Hemodiálisis. Las mismas, exponen en un trabajo no publicado pero dictado en un congreso, que el Psicólogo realiza intervenciones con los pacientes que presentan problemas emocionales durante el tratamiento, realiza valoraciones psicológicas de cada paciente, participa de reuniones clínicas con el equipo multidisciplinario aportando su perspectiva. Lleva a cabo intervenciones mensuales y/o

semanales con el personal de enfermería que son los que se encuentran con los pacientes en cada encuentro, participa de las visitas a sala que realiza el equipo de salud, interviene con las familias en los casos que sean pertinentes, y promueve un adecuado vínculo entre equipo-paciente.

García et. al (2010), exponen la experiencia llevada a cabo en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario La Paz, de Madrid, la cual plantean la incorporación del Psicólogo como miembro activo de los equipos de nefrología, se expone como las relaciones se iniciaron principalmente en el seguimiento de algunos pacientes complejos en la interconsulta o en crisis, y complementando la atención en equipo, brindando herramientas de comunicación terapéutica.

El diagnóstico de una enfermedad renal, constituye una herida narcisista profunda donde el paciente se cuestiona constantemente sobre sus capacidades más importantes de autoconservación. El enfermo se desestabiliza, la diálisis se relaciona con su irreparable condición, iniciando así un duelo interminable, donde la máquina de hemodiálisis realiza por el paciente algo tan natural, algo tan necesario para sobrevivir que él no puede hacer por sí solo, incluso el enfermo debe modificar su estilo de vida para poder continuar viviendo.

La autoconservación implica cuidarse de sí mismo, protegerse. En el sujeto dializado, la capacidad de autoconservación falla y puede sentirse incapaz de poder cuidarse a sí mismo para continuar viviendo, delegando a otro esta tarea (equipo de salud), lo que incrementa su dependencia, por lo tanto, no actúa para resguardar su vida. El sujeto se siente incompleto, debido a que sufre por no poder hacer lo mismo que realizaba antes y por no ser el mismo de antes.

La enfermedad significa amenaza, frustración y pérdida. Los pacientes con IRC atraviesan por un proceso de duelo. Este proceso para asimilar la perdida de la salud implica diversas emociones y trastornos psicopatológicos, que puede derivar en conductas suicidas o suicidios consumados. Los efectos psicológicos de la depresión pueden agravar el curso de la enfermedad, reducir la calidad de vida, disminuir la motivación del autocuidado y aumentar las tasas de hospitalización. Para poder tatar a estos pacientes es importante el abordaje Psicológico y/o Psiquiátrico.

Cuando en un paciente con IRC se instala un duelo patológico, el Psicólogo debe llevar a cabo las siguientes intervenciones a nivel individual, grupal, familiar y con el equipo de salud:

A nivel individual:

- Desarrollar técnicas para establecer una relación adecuada, escuchar activamente al paciente, facilitar, informar y orientar para que pueda lograr desarrollar su capacidad de autocuidado.
- Debe intervenir apostando a rescatar su autoestima.
- Ayudar y acompañar al paciente a elegir y a tomar las decisiones más oportunas debido a su debilidad, desinterés y desconexión con la realidad.
- Trabajo conjunto con Psiquiatra cuando se identifican dificultades tales como insomnio, depresión, riesgo suicida.
- Fomentar acciones con la finalidad de estimular sus relaciones interpersonales, involucrar a la familia y evitar el aislamiento.

A nivel grupal:

- El Psicólogo debe llevar a cabo intervenciones a nivel grupal con el fin de brindarle apoyo y contención al paciente y su entorno, facilitando un espacio de encuentro para expresar inquietudes, pensamientos y emociones, los que contribuyen a romper el aislamiento, aumentar la autoestima, descubrir nuevos recursos para enfrentar el problema que está atravesando el paciente y enfrentar el duelo en compañía de otros, de los cuales recibirá apoyo. Además, el paciente se podrá identificar con personas que están atravesando por problemáticas similares, se va a sentir acompañado y no en soledad, lo que le ayudará a reforzar la capacidad de manejo en la resolución de los problemas.

A nivel familiar:

- El Psicólogo debe apoyar, asesorar y ayudar a la familia ofreciéndoles un espacio en el cual puedan plantear sus inquietudes y necesidades, pero sobre todo de contención emocional si la enfermedad ha generado una situación difícil de sobrellevar en la familia.

- Debe orientarlos en el cuidado y sostén del paciente.

A nivel del equipo de salud:

- Integrar los conocimientos psicológicos y ofrecerles herramientas específicas con el fin de mejorar la calidad de la asistencia del paciente y sus vínculos.

REFLEXIONES FINALES

Desde la mirada de mi formación en Auxiliar de Enfermería y proyectándome en mi quehacer como Psicóloga, intentare revalorizar la complementariedad de los enfoques a la hora de pensar las intervenciones pertinentes en pacientes que padecen IRC.

El recorrido bibliográfico realizado para este trabajo ha intentado problematizar el abordaje de las complejidades que presentan los pacientes con IRC a la hora de pensarlo como futura Psicóloga. Los enfoques que se han expresado, van ampliando la comprensión sobre el tema y abriendo interrogantes que se podrán seguir investigando posteriormente. Queda claro que la IRC es una enfermedad que hay que tratar multidisciplinariamente, desde su diagnóstico, desde la entrada al plan, brindando la información oportuna a pacientes y familiares, sosteniendo, conteniendo y ofreciendo apoyo para lograr una calidad de vida que respete la subjetividad de quien la padece.

La intervención desde el quehacer y el rol del Psicólogo estaría dirigida a que el sujeto acepte su enfermedad, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Es necesaria una formación sólida en relación a las afectaciones orgánicas propias de la patología renal crónica y como las mismas repercuten en la psiquis de quienes la padecen. Aptitud y actitud clínica que le permite al Psicólogo el trabajo con el paciente, la familia y el equipo de salud.

Esta concepción amplia el campo de la mirada del Psicólogo, en beneficio de una mayor comprensión de la temática planteada, proponiendo una concepción holística e integradora de la salud en el abordaje de las patologías orgánicas. Perspectiva facilitadora de la emergencia del sujeto como constructor de su ser aún en el sufrimiento. Considero que el abordaje y el tratamiento de la IRC debe ser personalizado, y pensado desde una mirada multidisciplinar.

REFERENCIAS BIBLIOFRÁFICAS

Avendaño, L. (2008). *Nefrología clínica*. Madrid, España: Médica Panamericana.

Cuñado, R. (2014/2015). *Repercusiones de la enfermedad renal y de los tratamientos sustitutivos en los pacientes renales crónicos*. Facultad de Enfermería. Recuperado de: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11803/1/TFG-H186.pdf

Contreras, F., Esguerra, G. y Espinosa, J. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista Psicología y Salud*, 18(002), 165-179.

Couso, M. y Negrin, M. (s/f). *Hemodiálisis: Tratamiento Psiconefrologíco. Acercamiento a un modelo de intervención psicológica.* Trabajo no publicado.

Couso, M. (1992). *Una experiencia en Diálisis*. Trabajo no publicado. Presentado en 2ª Jornadas de Psiquiatría del MERCOSUR y 5ª Congreso Uruguayo de Psiquiatría. Centro de Conferencias, Intendencia Municipal de Montevideo, Uruguay.

Fernández, J., Zampedri, L., Altuna, A., Pereyra, M., García, M., Matonte, V.,… y Gronros, E. (2005). Consulta muy tardía por insuficiencia renal crónica: riesgo muy alto para los pacientes y costo muy elevado para las instituciones de asistencia. *Revista Médica del Uruguay*, 21(3), 231-235.

Fondo Nacional de Recursos. (2014/2015). Informe Programa Nacional de Salud Renal. Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/programas/informe_renal_2014-2015.pdf

Fondo Nacional de Recursos. (2006). Tratamiento Dialítico. *Normativa de Cobertura*. Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/tecnicas/n_dialisis_0.pdf

Freud, S. (1917 [1915]). Duelo y Melancolía*. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu*

García, H., Barbero, J., Olea, T., Jiménez, C., Peso, G., Miguel, J.,… y Selgas, R. (2010). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología* (Madrid), 30(3), 297-303. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v30n3/especial.pdf

González, M. y Mallafré, J. (2009). *Nefrología. Conceptos básicos en atención primaria* (1ª ed.). Barcelona, España: Marge.

Guendelman, G. y Hoffmann, P. (1991). *Diseño y Evaluación de un Programa de Psicoterapia de apoyo grupal para enfermos renales crónicos en etapa terminal en tratamiento de hemodiálisis crónica. Pontificia Universidad Católica de Chile*. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología, Santiago

Hernández, P., López, L. y Anacona, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. *Revista Colombiana de psicología*, 17, 9-17. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos* (4ª ed.). Barcelona, España: Grijalbo.

Martin, N. (2016). *Estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con insuficiencia renal crónica que recibieron tratamiento con hemodiálisis durante el mes de setiembre de 2015 en el hospital san juan de dios* (tesis de Posgrado en Psicología Clínica). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis76.pdf

Meichenbaum, D. y Turk, D (1987). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. *Guía práctica para los profesionales de la salud*. España: Desclee de Brouwer. .

Negrin, M. (2004). Análisis funcional del rol del Psicólogo en Hemodiálisis - Comef. *Adherencia al tratamiento*. Florida

Negrin, M (s/f). La comunicación. Trabajo no publicado.

OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra. Recuperado de: http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf

Pérez, G. (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Investigación Psicológica*, 69. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rip/n6/n6a07.pdf

Pérez, V. (1994). Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9-16.

Pupiales, A.M (2012). *Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012.* IV Seminario de Graduación. Ecuador. Recuperado de: http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3015/1/RELACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20PSICOSOCIALES%20CON%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20IRC.pdf

Riella, M. y Martins, C. (2003). *Nutrición y riñón*. Madrid, España: Médica Panamericana.

Sánchez, A., Zavala, M. y Pérez, A. (2012). Hemodiálisis: proceso no exento de complicaciones. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(3), 131-137. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim123c.pdf

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, *9*(2), 09-21.

Segarra, E. (2006). *Fisiología de los Aparatos y Síntomas*. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas

Sierra, C. y Bentez, J. (2014). Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(1), 37-54. Recuperado de: http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/99/82

Sociedad uruguaya de Nefrología. (2013/2014). Registro Uruguayo de Diálisis. Recuperado de: http://nefrouruguay.com/rud-informe-2013-2014/