

## PSICOTERAPIA BREVE PARA MITIGAR LOS SUFRIMIENTOS FÍSICOS, PSÍQUICOS, SOCIALES Y ESPIRITUALES DE ENFERMOS RENALES CRÓNICOS

BRIEF PSYCHOTHERAPY TO MITIGATE THE PHYSICAL, MENTAL,  
SOCIAL AND SPIRITUAL SUFFERING OF CHRONIC KIDNEY PATIENTS

**Santos Noé Herrera Mijangos, Dayana Luna Reyes, Jorge Gonzalo Escobar Torres.**

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

*Correspondencia:* psicologonoe@yahoo.com.mx

### RESUMEN

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) prolongan su vida mediante la hemodiálisis, a pesar de los efectos secundarios en su salud biopsicosocial. El objetivo de esta investigación, relata los procesos biopsicosociales por los que atraviesan los enfermos de IRC; así como una propuesta de psicoterapia para los pacientes. El método empleado es de corte cualitativo, inductivo-analítico. Se utilizó el relato de la historia de vida como una novela que nos adentró en la cotidianidad de la protagonista. En los resultados, se conoció el sentir de los pacientes mediante la narración, los detalles del proceso personal y de la enfermedad, así como la exclusión de la psicología en el tratamiento e intervenciones que no consideran la realidad que viven los enfermos. En las conclusiones, sugerimos una atención holística e incluirse en su tratamiento la psicoterapia desde el inicio de la enfermedad hasta los cuidados paliativos.

**Palabras clave:** enfermedades renales, hemodiálisis, psicoterapia breve, sufrimiento

## ABSTRACT

Patients with Chronic Kidney Insufficiency (CKD) prolong their life through hemodialysis, despite secondary effects on their biopsychosocial health. The objective of this research relates the biopsychosocial processes that CKD patients go through, as well as a psychotherapy proposal for patients. The method used is qualitative, inductive-analytical. The life story was used as a novel that took us into the daily life of the protagonist. At the results, it was possible to know the feelings of the patients by the narration, also the details of the personal process and the disease, as well as the exclusion of psychology in the treatment and unreal interventions that patients live. At the conclusions, we evidenced and suggested that CKD patients should have holistic care and include psychotherapy in their treatment since the beginning of the disease until palliative care.

**Keywords:** kidney disease, hemodialysis, brief psychotherapy, suffering

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades renales (ER) son una problemática de salud a nivel mundial, la primera de ellas porque “...*remain invisible and silent until an advanced stage*” (Baudelot, Caillé, Godechot y Mercier, 2016, p. 23). Las enfermedades renales no son contagiosas y se encuentran entre las cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoarticulares, trastornos metabólicos y cáncer (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015) entre otras. La ER “se produce cuando los riñones no son capaces de eliminar los productos finales del metabolismo presentes en la sangre, y de regular el equilibrio hidroelectrolítico, así como el estado ácido base de los líquidos extracelulares” (Porth, 2007, citado en Sánchez-García, Zavala-Méndez y Pérez-Pérez, 2007, p. 132). Es prudente mencionar que algunas enfermedades renales llegan a ser crónicas porque son “un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha

enfermedad” (Martos, Pozo y Alonso, 2010, citado en Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015, p. 206).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología (SLN) aseveran que “la enfermedad renal crónica muestra una prevalencia mundial cruda de ~ 10%, en calidad de “epidemia silenciosa” porque suele pasar inadvertida para la población general, los médicos y las instituciones de salud” (OPS, OMS y SLN, 2015, citado en Aldrete-Velasco et al., 2018, p. 538). La OPS calcula que “en dicha región hay 200 millones de personas que viven con una o más enfermedades crónicas” (*Pan American Health Organization*, 2011, citado en Torres-López, Munguía-Cortés y Aranda-Beltrán, 2015, p. 98).

Este trabajo aborda los procesos y vicisitudes por los que atraviesan pacientes que padece de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), definida como “la pérdida lenta y progresiva de las funciones renales, de carácter irreversible y la resultante final de un grupo de neuropatías” (Goderich, 2002, citado en Reyes, 2005a, p. 105). La IRC ha sido declarada una pandemia por el número de casos registrados y por estar presente en los cinco continentes. Huelga decir que atender a los enfermos renales crónicos “...generates a large income for the institutions that provide it” (Baudelot et al., 2016, p. 27). Aún con el deficiente apoyo de las instituciones de salud en México, la IRC representa un alto costo económico para los pacientes que sólo pueden prolongar su vida porque algunos hospitales gubernamentales brindan el servicio de hemodiálisis (HD) sin cargo extra y porque cuentan con la infraestructura, equipos y personal médico necesario, como en “*France, where all patients are fully covered by the health insurance system for an unlimited period*” (Baudelot et al., 2016, p. 28). La HD se realiza

mediante una máquina y filtros de diálisis, “es un procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal que permite extraer los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal” (Sánchez-García et al., 2007, p. 132). Este procedimiento es el que permite que el paciente continúe con vida, aunque el efecto secundario del tratamiento provoca enfermedades colaterales inmediatas y al paso de los años.

Una segunda problemática que enfrentan los pacientes de IRC, radica en la atención psicológica porque las instituciones del sector salud no la incluyen en el tratamiento, así como tampoco “la práctica asistencial [que] brilla por su ausencia” (Pelechano, 2012, p. 2). Coincidimos con Reyes (2005a) en que “la atención psicológica se debe hacer desde el mismo momento del diagnóstico de la enfermedad renal” (p. 112) para mitigar el sufrimiento de los pacientes porque es un problema que afecta todas las esferas del enfermo y su familia. Cuando alguien es diagnosticado con IRC, se debe enseñar al paciente y familiares el proceso por el que atravesará desde: tratamiento, alimentación, medicamento y cuidados paliativos entre otros. El paciente se debe adaptar a su nuevo estilo de vida y estar consiente que “queda mucho camino por recorrer” (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010, p. 117).

Lamentablemente, en las instituciones de salud, el trabajo del psicólogo no es tomado en cuenta para “las investigaciones y recomendaciones hecha sobre este tema, las cuales se limitan a nefrólogos, enfermeras y trabajadores sociales (...). El psicólogo debe participar en todo ese proceso como miembro del equipo multidisciplinario” (Reyes, 2005b, p. 121), debe apoyar al paciente a afrontar sus pérdidas físicas, psicológicas, espirituales y sociales que ha tenido y tendrá durante el proceso de la enfermedad

(Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015). “La labor del psicólogo se hace esencial como trasmisor de aliento y apoyo” (Reyes, 2005a, p. 113).

Una tercera problemática que enfrentan los pacientes de IRC, se encuentra en la ausencia de intervenciones psicológicas adecuadas a su realidad. Las que tienen “se encuentran encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes” (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015, p. 209). Algunas otras, brinda intervenciones de relajación, meditación, yoga entre otras “que entrenan en el reconocimiento de estados mentales derivados de los procesos a nivel cerebral y la sensación de control sobre el cuerpo y el comportamiento” (Senders, Wahbeh, Spain y Shinto, 2012, citado en Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015, p. 210). Este tipo de intervenciones, no consideran la cotidianidad de los pacientes. No es lo mismo el manejo de emociones de una paciente de cáncer u alguna otra enfermedad que un paciente con IRC; tampoco, la práctica de actividades de relajación con pacientes diabéticos de la tercera edad que con pacientes de IRC que padecen estados de ansiedad por la hemodiálisis. Este tipo de intervenciones no están sustentadas en la realidad del paciente de IRC, porque no hay investigaciones cualitativas etnográficas que describan la cotidianidad en la vida de los pacientes. En muchas ocasiones se aplican cuestionarios y con base en los resultados se diseñan las intervenciones. La psicología, como se mencionó previamente, no se ha atrevido a realizar trabajo de campo en los hospitales para conocer la realidad que viven los pacientes de IRC. No existe una receta para apoyarlos porque no son iguales, su cuerpo no reacciona de la misma manera al tratamiento, ni tienen un contexto social similar; así como no todos siguen las indicaciones médicas, tienen otras enfermedades y no comen, ni beben la misma cantidad de líquidos. La intervención tiene que ser personalizada.

Como se pudo evidenciar en los párrafos previos, existen tres problemáticas, (IRC como pandemia silenciosa, exclusión de la psicología en el tratamiento del paciente e intervenciones ajenas a la realidad del paciente) que afectan a los pacientes de IRC. Partiendo de la experiencia en la investigación realizada e intervenciones de psicoterapia aplicadas para otros padecimientos psicológicos (Herrera y Laiza, 2017b; Herrera, Campos y Luna, 2017a; Herrera, Luna y Solano 2019), el objetivo central de este artículo es: relatar los procesos biopsicosociales por los que atraviesan los enfermos de IRC; así como presentar una propuesta de psicoterapia para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Este artículo busca responder: El paciente de IRC, ¿cómo padece el tratamiento de hemodiálisis que le permite seguir con vida?; ¿cómo afecta su estilo de vida?, ¿qué tipo de sufrimiento psíquico, físico, social, espiritual e institucional padecen? Y ¿qué aprendizaje significativo asimilan durante su proceso?

## **MÉTODO**

### ***Tipo de investigación***

Esta investigación es de corte cualitativo y utilizó el método inductivo-analítico. Se presenta un relato de vida que unido con los aportes teóricos sirvieron para crear una propuesta de intervención de psicoterapia para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Para los propósitos de la investigación, se utilizó el relato de la historia de vida como “aquella que el sujeto de la misma narra a otra persona” (Martínez, 2004, p. 208), como una novela que nos adentra en la cotidianidad del protagonista. La novela muestra la parte humana e interpretación de su realidad, en voz de Berger y Luckmann, (2006) su “realidad suprema”. Mediante la narración, podemos conocer el pasado, lo vivido en el tiempo, la cultura y el aquí y ahora entre

otros detalles del actor principal. El sujeto se convierte en el protagonista de su tiempo y espacio.

### ***Participante***

La participante padeció de IRC por trece años y decidió colaborar voluntariamente. Se utilizó el seudónimo “Heidi” por tener una relación con su historia de vida. Cabe destacar que se tiene autorización de la entrevistada para publicar los resultados con fines académicos.

### ***Escenario***

El trabajo de campo se realizó en el Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México. Las observaciones se realizaron esporádicamente del 2007 al 2018. Las entrevistas se realizaron en diversos espacios del hospital, a pie de cama, en la sala de espera y durante las estancias de internamiento, entre otros. También se sostuvieron diversas conversaciones por teléfono, mensajes de texto y correo electrónico. Las últimas intervenciones se realizaron del 2018 al 2020. Se tienen audio-grabadas algunas entrevistas, así como resguardados los documentos y conversaciones.

## **MATERIALES Y PROCEDIMIENTO**

Se tienen algunas fotografías y documentos proporcionados por la informante. Se utilizó un formato de entrevista semiestructurada para la última entrevista formal. La historia de vida-novela se creó considerando cuatro fuentes 1) Entrevistas; 2) Documentos personales –correos, fotografías, expedientes médicos-; 3) Observación naturalista y 4) Conversaciones por teléfono para aclarar dudas. Estas cuatro partes se entrelazaron creando la novela. Cuando la historia de vida se concluyó, se presentó a Heidi para agregar, quitar y modificar información que

considerara pertinente. La propuesta de psicoterapia para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se realizó una vez concluida la novela y el análisis de datos, productos del trabajo de campo.

## ANÁLISIS DE DATOS

El análisis se realizó confrontando las entrevistas; documentos personales –correos, fotografías, expedientes médicos–; anotaciones de las observaciones; las conversaciones por teléfono; así como artículos científicos publicados. Las evidencias se analizaron e identificaron ejes y categorías tanto preestablecidas como las *emergentes*. Una vez identificados los ejes y categorías, se alinearon las respuestas y objetivos de la investigación. El análisis detallado consistió en un “trabajo artesanal”. Cada evidencia se teje de acuerdo a lo obtenido en la investigación, como entrevistas y observaciones entre otros.

## RESULTADOS

### *Contexto*

Heidi nació en la Ciudad de México el 1º de octubre de 1973. Fue la hija predilecta del padre y por su forma de ser, la madre también la protegió, incluyendo su hermano. La vida de Heidi fue muy placentera con su familia de origen. Un día después de haber cumplido 25 años, se fue a vivir con su pareja. “Él era divorciado y tenía una hija de dos años que educamos con mucho amor”. Ambos alcanzaron una formación académica hasta posgrado, el de ella fue en Administración de Factor Humano.

### *La enfermedad invisible y silenciosa*

En cuestión de salud, Heidi fue una persona sana los primeros 25 años de su vida, únicamente a finales de 1998, padeció de Pielonefritis, una infección de los riñones y de la pelvis renal que, con un tratamiento de



unos días, superó. Dos años después, Heidi estaba felizmente viviendo con su pareja, todo marchaba a la perfección hasta que: “el 6 junio del 2000, sentí un dolor en el abdomen, después empecé a sentir muchas ganas de orinar, fui al baño y sentí alivio, pero al salir del sanitario e ir a mi oficina, me desmayé”. Sin pérdida de tiempo, uno de sus compañeros la llevó a urgencias a un hospital privado.

En un inicio los doctores diagnosticaron: embarazo ectópico, fuera del útero, por lo que los médicos tomaron la decisión de realizar una intervención quirúrgica. Durante la operación, se percataron de “un tumor de 2.5 kg en el riñón. ¡Se reventó, me estaba desangrando!”. La enfermedad fue 100% asintomática, invisible y silenciosa, simplemente un día apareció y reventó un tumor. Días después de la operación, el médico realizó varios estudios, hasta que emitió el diagnóstico de la enfermedad: *Esclerosis Tuberosa*. Una enfermedad muy rara en México. El médico recomendó que se atendiera en el Seguro Social porque en un futuro, la enfermedad podría traer serios problemas, además, sería muy costosa. En aquel tiempo Heidi y su esposo, no sabían la gravedad de su enfermedad, ni la travesía por la que caminarían.

### ***Pérdida del segundo riñón, función renal y enfermedades secundarias***

Heidi continuó con sus citas en el Centro Médico, Siglo XXI. Después de siete años de haber perdido el primer riñón, en una consulta, una médica nefróloga detectó un enorme tumor en el lado izquierdo mediante una tomografía, una resonancia magnética y una angiografía. Los estudios evidenciaron. “como una enredadera pegada al riñón; el tumor se lo comió. Esos tumores están principalmente formados por vasos y arterias”. La médica comentó que tenían que “internar y extirpar el tumor que estaba muy grande, pesaba 3.5 kilos y estaba a punto de estallar”. Ante la noticia,

Heidi y su esposo quedaron asustados; aún tenían presente cuando Heidi perdió el primer riñón en el 2000.

Una vez en el hospital, transfundieron a Heidi y continuaron con el procedimiento de la embolización, “¿qué es? poner como piedra al tumor-riñón para retirarlo sin reventarlo”. Desde el momento en que embolizaron el tumor, Heidi perdió la función renal, se convirtió en paciente con Insuficiencia Renal Crónica. La cirugía mayor, no fue tan tardada como cuando le quitaron el primer tumor. “Cuando desperté estaba en terapia intensiva, tenía mucha sed. No sabía nada, lo que estaba por venir, sólo sabía que me habían operado y quitado el otro riñón. Me dolía, empecé a llorar”.

Después de un par de días pasaron a piso a Heidi, donde empezó a sentir lo peor. El esposo de Heidi estaba muy asustado por la mala noche que pasó en el post operatorio. “Esa noche veía monstruos, me estaba muriendo”. Al siguiente día la pareja platicó, le dijo lo que entendía y deducía porque nadie les explicó su situación. “Como nunca padecí insuficiencia renal, no sabía a lo que me iba a enfrentar a partir de ese momento”. Desde la embolización, Heidi comenzó con el proceso de la hemodiálisis, cuando le instalaron su primer catéter en la yugular, cuando estaba a meses de cumplir 34 años.

Heidi padeció durante 22 años consecuencias secundarias por la esclerosis tuberosa y 13 años por la IRC. “No puedo trabajar porque tengo otras afectaciones que me impiden realizar ciertas tareas y con el tiempo mi salud se sigue deteriorando”. Ha tenido varias operaciones mayores. Las de los riñones, el 6 de junio de 2000 y el 4 de junio de 2007 donde también perdió las glándulas suprarrenales y el bazo que han traído consecuencias

muy serias de salud, incluso le han puesto en riesgo de morir. En julio de 2010 le extirparon la matriz, las trompas y los ovarios. El 28 de diciembre de 2015 le operaron de la paratiroides. Además, le realizaron otras tres cirugías cuando le colocaron las fistulas arteriovenosas en los brazos el 13 de febrero de 2008, agosto de 2010 y mayo de 2013.

Heidi también padece enfermedades cotidianas que no han sido atendidas por la situación precaria, sólo se contienen. Tiene dañados los pulmones, uno se le ha colapsado cuatro veces y le dio un enfisema subcutáneo por lo que ya no puede hacer esfuerzos físicos, así como pequeños tumores y daño en el hígado, algunas alteraciones que están en el cerebro y corazón que provocan taquicardia. Por la hemodiálisis: descalcificación severa que provoca dolores en una articulación y huesos. Padece de presiones bajas por la falta de adrenales. Aunque ha aprendido a vivir con sus enfermedades, comenta: “habrá periodos que esté bien, pero mi estado de salud puede cambiar de un momento a otro y me tengo que internar para atenderme”.

### *Aprendizaje de vida*

Heidi y su esposo se mantuvieron bastante ocupados por la enfermedad, estuvieron largos periodos en el hospital, en un inicio contaron las veces que había estado internada, hasta que perdieron la cuenta, después del número 15. Heidi reflexiona al respecto:

*A veces estoy sentada en hemodiálisis y pienso: ¿cómo es que todavía estoy aquí con lo que me ha pasado, con lo que he sufrido?, ¿Cómo he sobrevivido a todo esto? No lo sé. No sé si sean mis ganas de vivir, aunque a veces he de reconocer que no puedo más y voy a tirar la toalla, porque ya me harté. Te cansas de ver las cosas positivamente, te cansas de echarte*

*porras, te cansas de que la gente te esté diciendo échale ganas. A veces llega un momento en que dices: ¡Ya no puedo más!, pero aquí sigo, a lo mejor todavía no me toca, a lo mejor no he cumplido con mi misión aquí, no lo sé.*

Las enfermedades son como un huracán que arrasan con lo que está a su paso. Heidi se enfocó de tiempo completo a su huracán-enfermedad después del 4 de junio de 2007, cuando perdió su segundo riñón, aunque no sólo perdió la salud, también perdió:

*A mi pareja, la enfermedad tuvo mucho que ver para separarnos, aunque él dice que no. Él estuvo muchos años conmigo estando enferma, apoyándome. Le he dicho que lo que me reste de vida, siempre le voy a estar agradecida. Por la enfermedad no tuvimos hijos. Perdí mi trabajo. No hice lo que me gustaba en la cuestión laboral. Perdimos el departamento que habíamos comprado, lo tuvimos que vender por las deudas que nos comieron. Esta enfermedad es muy cara. También perdí familiares, personas y amistades porque el estar enferma te aleja de la gente. Llega el momento en que el distanciamiento se va haciendo más fuerte.*

Heidi reconoce que se enojó con todos y por todo por un par de años hasta que después de ir a terapia psicológica, acompañamientos espirituales -con Jesuitas y Cristianos- y reflexionar, cambió su actitud: “Dejé de sentirme como una víctima de las circunstancias. Cada quien tiene su vida y a mí me tocó esto, ni modo”. Lo cierto es que, al paso del tiempo, su círculo cercano notó un cambio en su actitud y pasó a ser un ejemplo a seguir por

sus deseos de vivir, su fortaleza y porque siempre estaba ahí para ayudar al prójimo. Heidi comparte:

*Cuando pasa el sufrimiento, entiendes muchas cosas. Aprendí a pensar en terceras personas y no ser tan egoísta. Cuando me enfermé no me daba cuenta de que no nada más era yo. Afecté a la gente de mi entorno, más que nada la familia. En mi caso principalmente a mi pareja, fue a quien primero me llevé entre las patas. Aprendí a callar un poco más, aguantar más mi dolor. Aprendí a manejar la enfermedad y no perder tiempo en las cosas que no tienen remedio. Ya lloré. Superarlo jamás, aceptarlo nunca lo voy a hacer, pero no me queda de otra. Se me quedó pegado una frase que en una ocasión mi esposo me dijo: Heidi, ¡hay momentos en la vida, en que no hay opción!, y pues sí, no hay opción, ni modo, no podemos escoger. Lo tomas o lo dejas.*

Después de avanzar en su proceso, Heidi aprendió a vivir con la enfermedad, a conocerla. Reconoce que hay gente que la quiere y ha ayudado por lo que estará infinitamente agradecida. Ahora desea vivir en paz y apoyar a sus compañeros enfermos, les dice:

*Llora lo que tengas que llorar, saca lo que tengas que sacar, tómate tu tiempo. Cuando te sientas preparado, si no lo quieres aceptar, no lo aceptes, pero conoce tu enfermedad y aprende a vivir con ella porque **“hay momentos en la vida, en que no hay opción”**. Date tu tiempo para vivir tu duelo, porque al fin y al cabo es la pérdida de la vida normal.*

Finalmente, cuando Heidi estaba internada o padeciendo algún malestar por la enfermedad, se repetía una frase budista que aprendió con su esposo. ***Ninguna circunstancia es eterna. Y esto también pasará, solo es cuestión de tiempo.*** El Karma de Heidi en esta vida se agotó. Murió el 7 de mayo de 2020 a las 23:11 hrs. Cabe destacar que después de 22 años, ni la esclerosis tuberosa, ni la IRC fueron la causa final de su muerte; murió porque cuando se estaba bañando, su acceso vascular, su fístula que estaba lastimada, se reventó. Su hija, aquella niña que educó con amor y ahora es madre, le dice: “nos veremos en la próxima vida, sólo es cuestión de tiempo. Gracias por tus enseñanzas”.

### ***Aportaciones para mejora del proceso de la hemodiálisis***

Este apartado se incluye como una aportación que hace Heidi y su esposo para mejorar el proceso de hemodiálisis, lejos de ser una crítica, la intención es mejorar el sistema. La hemodiálisis consiste en conectarte a una máquina durante tres horas, tres veces por semana. La máquina hace la función de un riñón artificial. Se encarga de limpiar la sangre de toxinas y quitar el exceso de agua. Normalmente hay efectos secundarios por la hemodiálisis, los pacientes salen con un malestar general, dolor de cabeza, náuseas, vomito, o incluso se desmayan porque se baja la presión. A largo plazo hay muchas consecuencias. Afecta poco a poco el cuerpo, algunas hormonas, los huesos se empiezan a descalcificar, la tiroides produce alteraciones al organismo. Debido a los efectos de la hemodiálisis, se empieza con la ingesta de varios medicamentos. “No te queda de otra más que aprender a vivir con la enfermedad o te mueres. Llevo 13 años en hemodiálisis y enferma 22. Con la hemodiálisis vivo, pero el precio ha sido muy alto”.

La IRC conlleva muchos malestares, algunos podrían evitarse sí se siguen las indicaciones y sí la empatía de aquellos que tratan en la unidad de

hemodiálisis (desde el director hasta el intendente) fuese más calidad y humana ante el sufrimiento de los pacientes. Cabe mencionar que después de haber estado 13 años en hemodiálisis, y de su formación académica, Heidi emite algunas recomendaciones, para el hospital, médicos, enfermeras, camilleros, personal de intendencia y pacientes de IRC. Para el hospital, comenta:

No tienen respeto por el paciente. Aunque pareciera que la unidad está especialmente equipada, no es así. La realidad falta ventilación, los espacios entre maquinas son muy estrechos, resulta incómodo estar por más de tres horas. No se cuenta con los mejores equipos, utilizan máquinas muy viejas que dan muchos problemas. No ponen atención al mantenimiento. El último lunes de cada mes, cuando hay sanitización, lo hacen horas previas al inicio de las sesiones. ¿Por qué no programarla desde que sale el último turno del sábado anterior? Tal vez habría retraso, pero no de hasta cinco horas que desgasta al paciente y cae en ayuno. ¿Por qué citan al paciente sin importar su desgaste y que espere tantas horas? Esas situaciones provocan que nos descompensemos durante el tratamiento. En el hospital no han dimensionado la magnitud de las necesidades del paciente con IRC.

Con respecto al personal médico, no siempre contamos con médicos calificados para tratar a los pacientes, sea un hospital privado o gubernamental. Los residentes son quienes están a cargo de la unidad, hacen lo que pueden y como pueden. Debería estar presente todo el tiempo un médico de base porque sólo está para dar sus consultas a sus pacientes asignados. Si el paciente y sus familiares no están al tanto, no será un paciente

estable. Los médicos solamente revisan los laboratorios que cada mes, pero entre consultas pierden el seguimiento. Sólo si el paciente tiene una inquietud o duda insiste para que se le dé la atención que requiere. Aunque los pacientes que acuden a hemodiálisis tienen IRC, no todos llegaron por la misma causa y en consecuencia no se debe unificar el tratamiento. No se detienen a analizar cada caso y cuando se presenta alguna situación de riesgo, por desconocimiento del estado del paciente, no saben qué hacer y se compromete la vida del mismo. Uno como paciente, tiene que aprender a conocerse e informarse sobre su padecimiento, incluso guiar al médico.

El personal de enfermería no termina de entender el tipo de pacientes que tienen bajo su cuidado durante la hemodiálisis, hay pacientes que requieren de mucha ayuda y más si se presenta alguna complicación durante el tratamiento. Falta sensibilidad para tratarlos y manejar nuestros accesos vasculares. No comprenden que un acceso es nuestra propia vida, es lo que permite que se realice el tratamiento adecuadamente; incluso se enojan si se quejan o si tienen que atener algún malestar. No nos tratan con la calidez que como pacientes necesitamos para al menos minimizar el mal sentir.

Con respecto al personal de apoyo y directivos puedo decir que el trabajo de camilleros y personal de limpieza, a veces es muy tardado y poco profesional. Se desaparecen, tratan a los pacientes como sacos de ropa. Falta sensibilizar mucho a toda la gente que se involucra. Son problemas de actitud, dedicación y conocimiento desde los directivos.



No se percibe la debida seriedad que se debe a este tratamiento, no están bien organizadas las funciones de todos, al menos no con la precisión que se necesita.

En cuanto a los pacientes, también tienen un papel fundamental ya que, al no haber función renal, todo aquello que ingerimos y bebemos nos intoxica. Se nos acumula líquido en el cuerpo provocando edema generalizado. Debe aprender a comer y tomar pocos líquidos. No hablemos de una dieta específica si no de cuidar la ingesta excesiva de alimentos que contengan altos niveles de potasio, fósforo, sodio o que contribuyan al aumento de los niveles de urea. Otro problema al que como pacientes nos enfrentamos es a la pérdida de accesos vasculares y para evitarlo tenemos que aprender a cuidar y proteger un catéter o una fístula, siendo éstos nuestra línea de vida, el canal que permite extraer la sangre del cuerpo y regresarla después de haber pasado por la hemodiálisis. En resumen, el paciente debe cuidar como le sea posible su alimentación y su acceso vascular.

## DISCUSIÓN

El relato de vida narró las vicisitudes que Heidi padeció en su vida por diversas enfermedades, la más relevante fue la IRC, la cual apareció de repente, como algunas organizaciones y autores han mencionado (OPS et al., 2015; Baudelot et al., 2016; Chaparro 2011). Aparecen de manera inesperada, son invisibles y silenciosas, son irreversibles e incurables. Debido a su enfermedad, se agitó el sistema familiar, la pareja, hija de su pareja y aquellos cercanos a Heidi, coincidiendo con lo que afirman Reyes et al., (2010), “ante una enfermedad crónico-degenerativa, la familia entera o algunos de sus integrantes se ven seriamente afectados”

(p. 112). Con Heidi, su familia fue obligada a cambiar por la emergencia, a enfrentar tensiones emocionales, laborales (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015) y económicas. Se reafirma “el tratamiento de un enfermo crónico-degenerativo no sólo involucra a éste, sino que también, de forma fundamental, a los demás integrantes de su familia” (Reyes, 2007, citado en Reyes et al., 2010, p. 112) como relató Heidi. La incertidumbre de la enfermedad provocó una “amenaza a la vida y la pérdida de la esperanza de una cura real” (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015, p. 207).

El procedimiento invasivo de la hemodiálisis, implica mucho sufrimiento, como Heidi mencionó: “el precio que se paga es muy alto” porque “constituye un cúmulo de cambios y alteraciones en los patrones de comportamiento del sujeto” (Ventura, 1993, citado en Martínez, Reyes y Castañeda, 2005, p. 152) Para Heidi, la HD provocó dolor, náuseas, fatiga, calambres musculares, así como efectos secundarios por el medicamento y otras enfermedades. Algunas veces, tuvo que ser internada en el hospital, lo cual coincide con lo que reportan Reyes, et al., (2010) “una enfermedad crónica-degenerativa amenaza inevitablemente las funciones orgánicas, sociales y emocionales del paciente, quien requerirá en un momento dado de largos periodos de hospitalización, con lo que definitivamente se modifica su vida y la de sus familiares” (p. 116). Cabe destacar que Heidi mencionó que también se vio obligada a dejar de trabajar y cambiar su estilo de vida por la disminución de su estado funcional (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015) a pesar de tener 33 años, un posgrado y ser exitosa en el ámbito laboral, lo que coincide con Bloom et al., 2012, citado en Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015), “la mitad de las personas que mueren de ECNT se encuentran en una etapa de la vida donde pueden llegar a generar mayor productividad” (p. 206).

Los pacientes de IRC demandan muchos recursos materiales y humanos. Sus largas estancias de internamiento en el hospital requieren de familiares que los acompañen. “Generalmente existe un cuidador principal que asume la función operativa e instrumental” (Díaz-Álvarez y Rojas-Martínez, 2009, p. 91). Al ser la IRC una enfermedad longeva, es posible que el cuidador primario necesite alejarse por cansancio, hastío o problemas laborales y económicos entre otros; así como también el paciente cambie sus “vínculos especiales” (Chaparro, 2011) con otros familiares y amigos. Para Heidi en un inicio fue su esposo, después sus padres y hermano.

Es oportuno agregar que “estos pacientes demanden mucha ayuda y apoyo, no solo de sus familiares, sino también del personal de salud” (Reyes-Saborit y Reyes-Romero, 2014, p. 362) desde el director de la unidad de hemodiálisis, hasta el personal de intendencia y camilleros. Por sus largas estadías en el hospital, los pacientes IRC aprenden el proceso de su tratamiento y fácilmente detectan fallas en el proceso (Chaparro, 2011) que los confrontan con las enfermeras y médicos. “La mayoría de los enfermos alude al maltrato verbal del que son objeto por parte de trabajadores administrativos, médicos y, en menor medida, enfermeras” (Hernández-Ibarra y Mercado-Martínez, 2013, p. 181). Como una aportación a los procesos de hemodiálisis, Heidi proporcionó un análisis certero del procedimiento de la hemodiálisis que bien podría ser ocupado para beneficio de los pacientes.

En cuanto a la parte psicológica, los pacientes atraviesan por diversos estados psíquicos a lo largo de la enfermedad, al inicio, al paso de los años y al final del padecimiento. Es posible que atraviesen por las etapas de conmoción, negación, indignación, rabia, negociación depresión y aceptación (Kübler-Ross, 2015); pero también es posible que permanezcan psíquicamente sólo

en una etapa. Algunos enfermos son “pesimistas y fatalistas hacia el futuro (...); otros reflejan agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales” (Amigó, Fernández y Pérez, 1998; Warnock, 1998, citados en Reyes, 2005a, p. 106). Lo cierto es que “el enfermo de IRC convive largos períodos de tiempo con la enfermedad antes de arribar a la fase terminal (IRCT) donde se agudizan sus síntomas y se impone la aplicación de métodos sustitutivos de la función renal” (Martínez et al., 2005, p. 151), pero se omite la atención psicológica que ha sido relegada en su tratamiento. En el caso de Heidi, su historia de vida, nos permitió apreciar que ella llegó a la etapa de aceptación que menciona Kübler-Ross (2015), posiblemente por la terapia psicológica y acompañamiento espiritual que tuvo la oportunidad de realizar, probablemente por su contexto y nivel educativo; así como el apoyo familiar; que no es el mismo para todos los pacientes de IRC

La investigación cumplió con el objetivo de relatar los procesos por el que atraviesa el paciente de IRC. Los resultados en la novela narraron las vicisitudes que padecen los pacientes por el tratamiento de hemodiálisis y el alto costo que pagan para seguir; los cambios en su estilo de vida; los sufrimientos psíquicos, físicos, sociales, espirituales e institucionales que sobrellevan, así como el aprendizaje significativo que asimilan durante su proceso. Si bien es cierto que los seres humanos son únicos e irrepetibles, también es cierto que los seres humanos comparten similitudes sociales: cultura, introyectos e idiosincrasia entre otros. Cada ser humano requiere de una atención personalizada de psicoterapia, se coincide con Reyes (2005a) en que “dos sujetos por presentar enfermedades y características afines no van a desarrollar creencias, actitudes y comportamientos similares, lo que hace necesario que el psicólogo parta desde una concepción dinámica

e integral del estado de salud del paciente” (p. 111). La historia de vida de Heidi puede ser una representación social con la limitante en esta investigación de que no se puede generalizar, aunque al ser los procesos de hemodiálisis los mismos en cualquier lugar y estar delimitados por la medicina alópata; podría considerarse homogénea en algunas partes por lo que nos permite presentar la siguiente propuesta de psicoterapia para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

### **PROPUESTA**

Esta propuesta de psicoterapia es de corte gestáltico “enfocada al sentir de los pacientes que están en el proceso de la enfermedad y cuyo precepto fundamental se enfoca en: vivir el aquí y ahora, así como asumir la importancia de darse cuenta (Herrera et al., 2019, p. 53) “de que no hay otra realidad más que el presente” (Perls, 1975, p. 270). La propuesta tiene sus bases en la investigación aquí presentada, la práctica clínica desarrollada en el consultorio, supervisión de casos y considerando los aportes de algunos teóricos (Herrera y Laiza, 2017a; Herrera et al., 2017b; Herrera et al., 2019). En esta investigación evidenciamos que, los pacientes de IRC deben tener una atención holística, debe incluirse en su tratamiento la psicoterapia desde el inicio de la enfermedad hasta los cuidados paliativos. La tabla 1 presenta el aporte de esta investigación y la propuesta de psicoterapia para pacientes con IRC

**Tabla 1.** *Psicoterapia para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica*

Objetivo terapéutico		Sesión / Meta
Tipo de sufrimiento	Diagnóstico	1. Entrevista inicial y delimitación de objetivos
	Cotidiano	2. Historia de vida: familia, infancia y adolescencia
	Biopsicosocial	3. Hemodiálisis
	Biopsicosocial	4. Autocuidado
	Institucional	5. Personal médico
	Psicosocial y cotidiano	6. Perdidas
	Cotidiano	7. Cuidadores/Familia
	Cotidiano	8. Trabajo
	Espiritual	9. Espiritualidad
	Cotidiano	10. Tecnología
	Biopsicosocial, espiritual y cotidiano	11. Legado muerte
	Aprendizaje significativo	12. Aquí y ahora. Novela y cierre

Nota: se recomienda seguir el orden de las sesiones, aunque si los pacientes presentan alguna crisis, a partir de la 2ª sesión, se puede modificar el lugar.

La psicoterapia de la tabla 1, puede ser replicada en otros espacios de México y Latinoamérica. La propuesta está programada para doce sesiones; aunque puede ser extendida de acuerdo a las necesidades de los pacientes; considerando que su enfermedad les provoca múltiples daños colateral a su salud y asumiendo que tienen un “proceso dinámico y cambiante en el tiempo, por lo que es de esperar que el comportamiento de un paciente renal no es el mismo al principio de la enfermedad que cuando ya lleva tiempo de evolución” (Reyes, 2005a, p. 111). Como se evidenció en los resultados, los pacientes son dependientes de hemodiálisis y necesitan estar conectados a la máquina tres veces por semana, por lo que se sugiere que las sesiones sean los días que no asisten a hemodiálisis. Las doce sesiones podrían ser desarrolladas en un lapso de dos a cuatro meses. Es prudente destacar que la propuesta no pretender ser invasiva, busca apoyar

al paciente que puede dejar de asistir cuando desee (Herrera et al., 2019) considerando que no todos siguen un mismo proceso psíquico.

A partir de la segunda sesión, las técnicas terapéuticas deben ser encaminadas al objetivo y meta de la psicoterapia utilizando recursos tecnológicos para poder hacer regresiones, visualizaciones, relajaciones entre otros métodos de intervención. Se ha detectado que los enfermos en general tienden a cuestionarse: ¿Por qué a mí?, ¿qué he hecho para merecer esto? Estas preguntas pueden ser un buen inicio de la psicoterapia.

Para la tercera sesión se propone confrontar de una vez las sesiones de hemodiálisis, que si bien es la alternativa que tienen para continuar viviendo, también es aquello que les causa mucho sufrimiento físico, psicológico y social. Se propone la práctica del mindfulness; porque “esta estrategia ayuda a aceptar los síntomas, incrementar la capacidad reflexiva, así como mejora la libertad de los pacientes” (Herrera et al., 2019, p. 60).

En la cuarta sesión, se propone trabajar con los pacientes sobre el autocuidado porque “para las personas con enfermedades crónicas, el bienestar se relaciona con el cuidado de su salud y la disciplina implicada en ello” (Torres-López et al., 2015, p. 107). En este caso los pacientes de IRC deben tener especial cuidado en su alimentación y accesos vasculares. De ahí la propuesta de hacerlos conscientes de ello.

En la quinta sesión, se propone trabajar los vínculos que los pacientes tienen con el personal del hospital ya que los pacientes de IRC son de los enfermos que más tiempo pasan en el hospital y tienen mayor confrontación con médicos y enfermeras entre otros. Cabe recomendar la musicoterapia para trabajar. Algunas investigaciones manifiestan que mejora la ansiedad,

depresión, calidad de vida, capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes y reduce el miedo a la enfermedad (Muñoz y Bernal, 2016, citado en Herrera et al., 2019, p. 60).

La sexta sesión es de las más fuertes, por eso se propone trabajarla cuando el paciente ya tiene un poco de avance. Como se pudo evidenciar en la novela, el paciente de IRC tiene muchas pérdidas. Se considera que se pueden necesitar más de una sesión para trabajar todas sus pérdidas. La tanatología tiene mucho que aportar a esta sesión.

La sesión siete propone trabajar la relación con el cuidador primario que normalmente es un miembro de la familia o su pareja. Se pretende el “fortalecimiento de las relaciones de apoyo, el manejo del enfermo renal y aliviar las repercusiones en la dinámica familiar” (Reyes-Saborit y Reyes-Romero, 2014, p. 369).

La octava sesión pretende abordar el trabajo y la posibilidad de obtener recursos. Se pretende ayudar al paciente a conseguir un trabajo leve y sentirse bien consigo mismo ya que como se evidenció, la mayoría de los pacientes están en una edad muy productiva y el trabajo les ayuda a regresar a una cotidianidad que perdieron.

La sesión nueve, propone trabajar con la espiritualidad del enfermo ya que es muy probable que, en la etapa del enojo, los pacientes pierdan su fe; aunque al paso del tiempo y por sus propias experiencias de vida, van acercándose otra vez a su creencia. Cabe mencionar que la fe en algo espiritual ayuda a los pacientes.



La sesión diez se enfoca en ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad cuando está en el proceso de hemodiálisis o internado en el hospital. El uso de la tecnología, debe ser un apoyo más para los pacientes; de ahí la propuesta para que se guíe al paciente a utilizar redes sociales, y páginas de internet que le ayude a sobrellevar el padecimiento, principalmente porque están disponibles las 24 horas del día. Además, que algunas investigaciones marcan “la importancia de introducir la tecnología en las intervenciones en apoyo social y de responder al llamado que la sociedad actual hace a la enfermería en demanda de mejor calidad y oportunidad en el cuidado” (Cárdenas-Corredor, Melenge-Díaz, Pinilla, Carrillo-González, y Chaparro-Díaz, 2010, p. 208).

Para la sesión once se recomiendan seguir una vez más las etapas del duelo. Huelga decir que esta sesión es de las que más puede afectar al paciente. Se recomienda hacer un análisis biográfico con fotografías y pedirle que deje algunas notas a sus seres queridos para evitar que una vez que ha partido, su ausencia no “se convierta en lo que es conocido como duelo patológico o complicado” (Reyes, 2005b, p. 122).

En la última sesión, se sugiere leer la historia de vida del paciente (previamente redactada) para ayudarlo a encontrar aprendizajes de vida, centrarlo en su aquí y ahora, así como dejar abierta la posibilidad de continuar con la psicoterapia. Cabe destacar que las sesiones se pueden cambiar de orden, eso depende de las necesidades del paciente, sólo se pide que se trabajen todos los temas porque son una respuesta a las evidencias encontradas en esta investigación.

Por último, la propuesta de psicoterapia, pretende coadyuvar a la multiplicidad de problemáticas que enfrentan cotidianamente los enfermos

de IRC y como tal está abierta a cualquier sugerencia para ayudar a mitigar el sufrimiento de los pacientes. Este artículo es el legado que Heidi aporta por los trece años que estuvo en Hemodiálisis, ella dice: “Hay momentos en la vida, en que no hay opción. Date tu tiempo para vivir tu duelo, porque al fin y al cabo es la pérdida de la vida normal. Ninguna circunstancia es eterna. Y esto también pasará, solo es cuestión de tiempo”.

### ***Principales conclusiones y aportes del estudio***

Se destacan tres conclusiones: La IRC es una enfermedad silenciosa y cuando los pacientes la detectan, su vida y la de sus familiares se ve afectada en todos los ámbitos: familiar, laboral y social; Los pacientes con IRC no tienen apoyo psicológico y espiritual para enfrentar la multiplicidad de problemáticas que enfrentan cotidianamente y hay pocas investigaciones cualitativas que no son incluidas en la toma de decisiones, procesos de enfermedad y vida de los pacientes.

Finalmente, el aporte de esta investigación es la propuesta de psicoterapia para pacientes con IRC que se presenta al final del artículo

## REFERENCIAS

- Aldrete-Velasco, J., Chiquete, E., Rodríguez-García, J., Rincón-Pedrero, R., Correa-Rotter, R., García-Peña, R., Perusquía-Frías, E., Dávila-Valero, J., Reyes-Zavala, C., y Pedraza-Chávez, J. (2018). Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *Med Int Méx.* 34(4), 536-550. <https://10.24245/mim.v34i4.1877>
- Baudelot, Ch., Caillé, Y., Godechot, O., y Mercier, S. (2016). Renal Diseases and Social Inequalities in Access to Transplantation in France. *Population E*, 70(1), 23-52. [https://www.cairn-int.info/abstract-E\\_POPU\\_1601\\_0023--renal-diseases-and-social-inequalities.htm](https://www.cairn-int.info/abstract-E_POPU_1601_0023--renal-diseases-and-social-inequalities.htm)
- Bergar, P., y Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cárdenas-Corredor, D., Melenge-Díaz, B., Pinilla, J., Carrillo-González, G., y Chaparro-Díaz, L. (2010). Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan*, 10(3), 204-213. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1739>
- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*, 11(1), 7-22. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1814>
- Díaz-Álvarez, J., y Rojas-Martínez, M. (2009). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Aquichan*, 9(1), 73-92. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/171>
- Hernández-Ibarra, L., y Mercado-Martínez, F. (2013). Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular. *Salud Pública en México*, 55 (2), 179-184. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200009)
- Herrera, S., Campos, A. y Luna, D. (2017a). Alcances de la psicoterapia breve: Propuesta para trabajar el sufrimiento con múltiples psicoterapias. En Monroy, I. y Valdés, K. (coords.), *Alcances de la psicología* (pp. 37-48). México: Fontamara.

- Herrera, S. y Laiza, E. (2017b). Resiliencia: Fortaleza en el sufrimiento. En Morales, A. (copiladora), *Crisis y resiliencia. Aportes desde la Psicología* (pp. 187- 192). México: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.
- Herrera, S., Luna, D., y Solano, G. (2019). Psicoterapia breve para pacientes que sufren cáncer de mama. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 49-62. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-80>
- Kübler-Ross, E. (2015). *La rueda de la vida*. España: Vergara
- Martínez, E., Reyes, A., y Castañeda, V. (2005). Alteraciones cognoscitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a tratamiento de hemodiálisis. *Santiago*, 108, 150-157. <https://scholar.google.com/citations?user=Q-1KrjkAAAAJ&hl=es>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas.
- Orozco-Gómez, A., y Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.42949>
- Pelechano, V. (2012) Intervención psicológica en enfermos crónicos: sentido común y sabiduría popular. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 38(157-158), 1-26. <https://dialnet.unirioja.es/revista/2006/A/2012>
- Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión. Los comienzos de la terapia gestáltica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Reyes, A. (2005a). Atención psicológica a los pacientes renales crónicos. *Santiago*, 108, 105-116. <https://scholar.google.com/citations?user=Q-1KrjkAAAAJ&hl=es>
- Reyes, A. (2005b). Cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Papel del psicólogo. *Santiago*, 108, 117-124. <https://scholar.google.com/citations?user=Q-1KrjkAAAAJ&hl=es>

- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L., y Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20 (1), 111-117. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/623>
- Reyes-Saborit, A., y Reyes-Romero, L. (2014). Entrenamiento psicológico: una modalidad de intervención en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Santiago*, 134, 361-370. <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/219/215>
- Sánchez-García A., Zavala-Méndez MC., y Pérez-Pérez A. (2007). Hemodiálisis: proceso no exento de complicaciones. *Rev Enferm IMSS*. 20(3), 131-137. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47228>
- Torres-López, M., Munguía-Cortés, J., y Aranda-Beltrán, C. (2015). Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia la promoción de la salud*, 20 (1), 96-110. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-75772015000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772015000100007)

**Envió a dictamen:** 21 febrero 2022

**Reenvió:** 18 abril 2022

**Aprobación:** 22 abril 2022

**Santos Noé Herrera Mijangos.** Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1 y es Licenciado en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Maestro en Psicología por la Universidad del Valle de México, Maestro en Terapia Gestalt por el Instituto de Terapia Gestalt y Doctor en Ciencias por el Departamento de Investigaciones educativas del CINVESTAV. Con respecto a sus publicaciones, el Dr. Herrera ha publicado 21 artículos científicos, 17 capítulos de libros y 8 memorias en áreas de la Psicología clínica, social y educativa, asimismo a lo largo de su carrera profesional, el Dr. Herrera ha obtenido dos premios nacionales (2019 y 2021) como Director y Codirector de tesis. Actualmente, se encuentra en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el área de Psicología como Profesor Investigador de Tiempo Completo. <https://orcid.org/0000-0001-6567-0986> Correo: [psicologonoe@yahoo.com.mx](mailto:psicologonoe@yahoo.com.mx).

**Dayana Luna Reyes.** Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1. Es Doctora en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Barcelona con Mención Cum laude. Es Maestra en Psicología Social de Grupos e Instituciones por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Tiene Licenciatura en Psicología, por la Universidad Autónoma Veracruzana. Sus líneas de investigación y publicación se relacionan con los estudios de género, sexualidad y Derechos Humanos; grupos vulnerables; movimientos sociales, migración, niños y niñas; y los estudios críticos en psicología social. La Dra. Luna ha obtenido dos premios nacionales (2019 y 2021) como Directora y Codirectora de tesis. <https://orcid.org/0000-0001-9687-2521> Correo electrónico: [dayis2902@gmail.com](mailto:dayis2902@gmail.com)

**Jorge Gonzalo Escobar Torres.** Cursó la Licenciatura en Psicología (Universidad del Valle de México-Tlalpan), Maestría en Educación Especial (Universidad Intercontinental) y Doctorado en Pedagogía (Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla). Labora como Profesor-Investigador de Tiempo Completo en la Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Asimismo ejerce como psicoterapeuta infantil y ha participado en diversas conferencias sobre educación, desarrollo y crianza infantil. <http://orcid.org/0000-0002-9598-8781> Correo electrónico: [jorgegonzaloescobar@gmail.com](mailto:jorgegonzaloescobar@gmail.com)