

EL MANEJO DE LAS EMOCIONES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICA: CÁNCER E INSUFICIENCIA RENAL

Yuritzi Itzel Resendiz Zarco

Dámaris Díaz Barajas

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México.

Resumen

La vida de un paciente crónico es compleja, pues atraviesa constantes altas y bajas en el aspecto físico y emocional, dificultando la adhesión al tratamiento y su calidad de vida, aspectos asociados a la baja conciencia de enfermedad y el proceso que conlleva. Esto puede mejorar con la implementación de programas de atención psicológica, basados en el manejo de las emociones, para promover la cooperación del paciente en el tratamiento médico y farmacológico, y así alcanzar una salud integral. La presente investigación tiene como objetivo el conocer las características en el reconocimiento y expresión de emociones, y la confianza personal del paciente con enfermedad crónica a través de la implementación de un programa de atención para el manejo de las emociones. Se utilizó una metodología cualitativa, con un enfoque fenomenológico. Las técnicas de recolección de información fueron la observación directa documentada mediante bitácoras y la retroalimentación a nivel verbal. Los participantes fueron pacientes crónicos (cáncer e insuficiencia renal) del hospital de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Morelia, Michoacán. En cuanto a los resultados, en el eje *reconocimiento y expresión de emociones*, los pacientes al hablar de estas se permitían tomar conciencia de su enfermedad y se responsabilizaban de la adherencia al tratamiento. En el eje *confianza personal* se observó que esta mejoraba conforme expresaban sus emociones, así como al decidir sobre su autocuidado, respetando sus tiempos y sus decisiones. Así, se puede hacer notar la importancia de realizar intervenciones desde el ámbito de la Psicología para promover la salud en enfermos crónicos.

Palabras clave: Emociones; Cáncer; Insuficiencia renal; Intervención Psicoeducativa.

Abstract

The life of a chronic patient is complex, because it crosses constant ups and downs in the physical and emotional aspect, making adherence to the treatment and quality of life, aspects associated to low awareness of the disease and the process involved. This can be improved with the implementation of psychosocial care programmes, based on the handling of the emotions, to promote the cooperation of the patient in medical and pharmacological treatment, and thus achieve a comprehensive health. This research aims to know the characteristics in recognition and expression of emotions, and the personal confidence of the patient with chronic disease through the implementation of a programme of care for the management of the emotions. A qualitative methodology, with a phenomenological approach was used. Information gathering techniques were documented through blogs direct observation and feedback at the verbal level. The participants were chronic patients (cancer, and renal failure) of the hospital of the medical unit of outpatient care (UMAA) the Institute Mexican of the Seguro Social (IMSS), Morelia, Michoacán. In terms of outcomes, on the axis recognition and expression of emotions, speaking of these patients were allowed to become aware of his disease and is responsible for the adherence to the treatment. Axis personal trust noted that this improved as they expressed their emotions, as well as to decide about your self-care, respecting

their times and their decisions. Thus, can be noted the importance of interventions to promote health in chronically ill from the field of psychology.

Keywords: *Emotions; Cancer; renal failure; psychoeducational intervention.*

Introducción

Padecer una enfermedad crónica, como lo es el cáncer o la insuficiencia renal, implica una crisis no solo a nivel de salud física, ya que esta impacta también a nivel emocional. Dicha crisis inicia desde el momento de la sospecha del padecimiento, del diagnóstico, y se prolonga durante todo el tratamiento. Así, durante todo este proceso, surgen sentimientos como el miedo, el enojo, la tristeza, la frustración y la incertidumbre, que arrebatan al paciente de su cotidianidad, sometiéndolo a un cambio de vida que dependerá de una serie de intervenciones, medicamentos, procedimientos, exámenes y dietas que pueden ocasionar ansiedad y rechazo (Beltrán, 2010), citado en (Montalvo, Cabrera, y Quiñones, 2012).

La enfermedad, cualquiera que esta sea, es un desequilibrio en el organismo, una forma de reaccionar del cuerpo (Jeammet, Reynaud y Consoli, 1999), que permite detectar cuando algo no funciona adecuadamente, identificando sensaciones como el dolor que lleva a poner atención a la zona dañada del organismo; sensación que después de varios días produce malestar físico y emocional, llevando a la persona a consultar al médico (Shuman, 1999).

La crisis respecto a la enfermedad, comprende el tiempo de espera de resultados, que puede asociarse a la angustia por saber qué es lo que se tiene (Yélamos y Fernández, s/f). Una vez que la enfermedad es detectada y se da un diagnóstico, la reacción de cada persona puede ser diferente, manifestando información a través de su expresión corporal (Shuman, 1999), aunada a cambios fisiológicos como taquicardia, palidez del rostro, sudoración, vértigo, entre otros, así como un shock que provoca un estado de ansiedad y miedo de saber qué va a pasar en un futuro. Este shock dificulta la escucha y comprensión del diagnóstico, así como las indicaciones que se le dan, bloqueando su capacidad de entendimiento y la comprensión del padecimiento.

Al informar al paciente sobre su enfermedad, es importante la presencia del médico especialista y el psicólogo, para proporcionar información clara sobre el padecimiento y brindar contención a la crisis que pudiera presentar. En esta fase, se le explica sobre la enfermedad, qué tan avanzada está, qué tipo de tratamientos existen, cómo debe cuidarse, etc. (Gimeno, s/f). Al mismo tiempo se van aclarando las dudas que vayan surgiendo.

De lo anterior, se observó la necesidad de trabajar las crisis emocionales que se desprenden de las enfermedades crónicas. Una manera de abordarlas, es facilitando la identificación y reconocimiento de dichas emociones, lo que comprende la verbalización de lo que están sintiendo, al tiempo que hacen conciencia respecto a que todas las emociones tienen una función específica que ayudan a la supervivencia.

Objetivos

Conocer las características en el reconocimiento y expresión de las emociones, y la confianza personal del paciente con enfermedad crónica a través de la implementación de un programa de atención para el manejo de las emociones.

Marco conceptual

Cada persona tiene una forma diferente de reaccionar ante un diagnóstico, dependiendo de su historia de vida, antecedentes familiares, mitos y tabúes sobre la enfermedad, así como su sistema de creencias (Gimeno s/f), que al momento de traerlas a su mente, genera emociones. Estas emociones son un impulso, que a su vez invitan a la persona a actuar (Esquivel, 2000) en respuesta de la situación que se esté presentando, en este caso, escuchar que ha perdido la salud.

En este sentido Espina, Pumar y Garrido (1995, citado en Gimeno, s/f), refieren que cuando una persona pierde la salud, entra a un proceso de duelo, el cual comprende, la negación, el enojo, la culpa hacia sí mismo, la represión y finalmente la aceptación.

Una vez que se acepta la enfermedad y se decide comenzar el tratamiento, las emociones del paciente se encuentran enfocadas en deseos de volver a estar bien, de recuperar su salud y volver a sus actividades diarias, teniendo una actitud positiva y una mejor receptividad ante el tratamiento y las dietas asignadas. Donde el deseo de sentirse mejor, el quiero y el puedo, dan como resultado una emoción placentera (Esquivel, 2000). Sin embargo, a medida que el tiempo avanza, el paciente comienza a verse limitado a realizar algunas actividades en su hogar y en su lugar de trabajo (Shuman, 1999), provocando cambios en el estilo de vida de la familia, llevándolos a un desequilibrio a nivel emocional. Esto a su vez, puede ocasionar estrés, que en exceso puede originar síntomas depresivos, ansiedad, fatiga e insomnio (Ybarra, Sánchez, y Piña, 2011), impactando negativamente en el desarrollo del tratamiento.

Es importante que el paciente conozca sus emociones y su funcionalidad, tomando en cuenta que al expresarlas, se encuentran dentro de todo un sistema de creencias y valores culturales (Gross, 2007). De acuerdo con Muñoz (2009) las emociones se clasifican en:

- 1) Emociones primarias básicas: Miedo, Alegría, Tristeza, Enojo y Afecto (MATEA). Estas emociones de manera individual buscan satisfacer alguna necesidad de supervivencia, por ejemplo: el miedo actúa como protección cuando la persona se siente amenazada o atraída por alguna situación. El afecto es una forma de vincularse con los demás, pudiendo generar una vivencia interna de atracción o repulsión. La tristeza, permite tener un momento consigo mismo, se produce cuando hay una desilusión a una situación real. El enojo, es un mecanismo de defensa que permite que la persona se autoafirme o defienda cuando se sienta invadida, y la alegría trae consigo satisfacción por alguna vivencia.
- 2) Emociones secundarias: son aquellas que se producen con la experiencia y surgen cuando se experimentan los sentimientos, como: admiración, culpa, vergüenza, etc.

Cabe mencionar que es diferente una emoción de un sentimiento, tal como Muñoz (2009) lo expresa, la emoción suele ser intensa y de corta duración, a menos que se alimente por pensamientos y fantasías, permanece su intensidad. El sentimiento, es menos intenso, su duración puede ser mayor y se relaciona con sucesos del pasado o momentos significativos. Si las emociones se mantienen

constantes por un período de tiempo, pueden afectar la salud del paciente, tanto fisiológica como psicológicamente. Por ejemplo, si un paciente tiene un pensamiento recurrente de que va a morir; este pensamiento no solo le produce estrés, si no que a nivel psicológico impacta su estado emocional, pudiendo ocasionar depresión.

Así, se puede reconocer que el estado emocional de una persona, determina su forma de percibir el mundo (Redorta, Obiols, y Bisquerra, 2006), por lo que es importante que el paciente sienta el apoyo familiar para afrontar su proceso de enfermedad. Este apoyo puede estar basado en acompañarlo a las sesiones del hospital, en lo económico (medicamentos, traslado al hospital), darle afecto, escucharlo, aconsejarlo, ayudarlo en las labores del hogar (aseo, preparar comida, cuidar a los niños, etc.), respetar las decisiones que tome. Para ello, el paciente debe mantener una estabilidad emocional, que le permita ser responsable de su propio autocuidado, permitiéndose desarrollar habilidades de afrontamiento, o modificando sus propias creencias o prejuicios sobre su enfermedad (Ybarra, Sánchez, y Piña, 2011).

El estado emocional del paciente, se ve mermado por los efectos de la toxicidad del medicamento, así como los efectos secundarios producidos por el tratamiento, ocasionando cambios en su imagen corporal, que pueden afectar no solo su estado de ánimo, sino también la convivencia con su pareja, sus familiares, amigos y la sociedad en general.

Entre los cambios físicos que se producen en la enfermedad del cáncer, se encuentran los originados por el efecto de la quimioterapia, encontrándose los siguientes (Negrete, 2016): caída del cabello, vello y cejas, problemas cardiacos, problemas intestinales (diarrea o estreñimiento), color amarillo en la piel, náuseas y/o vómito e hipersensibilidad.

Toda esta sintomatología genera repercusiones físicas, que en ciertos casos imposibilitan las actividades diarias del paciente, generando diversas emociones como: enojo, tristeza o miedo, relacionadas al qué dirán, a no poder realizar actividades del hogar, a pedir ayuda, a vomitar en público o a desmayarse y finalmente a sentirse una carga, ya que algunos pacientes con el paso del tiempo pierden su independencia, necesitando la ayuda de un cuidador primario, pues pierden movilidad en algunas partes de su cuerpo, fuerza, capacidad de comer por sí mismos, de caminar y hasta de ir al baño, generando ansiedad, depresión y tristeza (Shuman, 1999), llevando al paciente a una lucha emocional por recuperar la integridad y el respeto a sí mismo. (Grau, 2013 citado en Grau, 2016).

En el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal, entre los cambios físicos que presentan, de acuerdo a Venado, Moreno, Rodríguez, y López, (2009), se encuentran: coloración amarillenta, pálida, grisácea o verdosa, dependiendo el caso. Hematomas, mucosas deshidratadas, escarcha urémica en casos más graves, agotamiento, falta de sueño, apatía e irritabilidad.

Ahora bien, existen momentos en la vida del paciente donde su imagen se encuentra estable, es decir, sin presentar alguna sintomatología, permitiéndole disfrutar de pequeñas cosas que realiza de forma cotidiana. Sin embargo, existen también los días donde los síntomas son más fuertes de lo habitual, creando dolor y síntomas más intensos, llevando al paciente a sentirse solo, en duelo, sintiendo que tiene un tratamiento que no le funciona, presentando miedo al futuro y con ello, una carga emocional (Montalvo, Cabrera y Quiñones, 2012).

Debido a las repercusiones de la enfermedad crónica, los pacientes muestran dificultades para hablar de su futuro, el cual suele considerar efímero, viéndolo con incertidumbre, evitando visualizar planes para lo que podría o no llegar a ser (Shuman, 1999), debido a que el pronóstico de su enfermedad es incierto.

Metodología empleada

La presente investigación fue realizada con una metodología cualitativa de corte fenomenológico, enfocado a la experiencia individual de los pacientes crónicos, ya que cómo lo refiere Creswell (1998), Álvarez-Gayou (2003) y Mertens (2005) (citados en Sampieri, Fernández y Baptista, 2010) la fenomenología pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, reconociendo así los posibles significados asociados a la enfermedad.

Población:

Se trabajó con pacientes diagnosticados con cáncer y con insuficiencia renal, de ambos géneros, asistentes a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), localizada en la Ciudad de Morelia, Michoacán, México.

Cabe señalar que el tratamiento oncológico se establece mediante horarios y número de sesiones variables, dependiendo del diagnóstico de cada paciente, lo que representó una limitante para establecer un grupo fijo, por lo que se trabajó con un grupo irregular; ello a diferencia de los pacientes con insuficiencia renal los cuales presentaban un horario establecido y concreto para el tratamiento de hemodiálisis, teniendo mayor regularidad y participación en el programa.

Los resultados reportados en esta investigación son de los 12 pacientes con los que se logró tener un seguimiento. 5 mujeres con diagnóstico de cáncer de 30 a 65 años de edad y 4 hombres y 3 mujeres con diagnóstico de insuficiencia renal, de 27 a 77 años de edad.

Técnicas de recolección de información

- 1) La observación directa documentada mediante bitácoras. En estas se registró el número de pacientes asistentes, así como de sus cuidadores primarios. La hora de inicio y hora de término de la intervención, los distractores que se presentaban en el área y reacciones físicas de los asistentes (si asentían con la cabeza, sonreían, se mostraban enojados, distraídos o inquietos, etc.).
- 2) La retroalimentación a nivel verbal. En estas los pacientes y/o cuidadores primarios compartían su experiencia en base al tema expuesto.

Método o procedimiento de análisis

Antes de comenzar la intervención con los pacientes, se habló con el director de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Morelia, Michoacán, México, donde se dialogó sobre la importancia del trabajo con los pacientes diagnosticados con cáncer e insuficiencia renal, presentándole el Programa de Intervención en el manejo de emociones, donde fue aprobada nuestra estancia para dicha intervención. A la par, la trabajadora social, nos brindó su apoyo para establecer una calendarización de los días y el espacio disponible para el trabajo con los pacientes.

Al presentarnos con los pacientes, se les hizo saber nuestros nombres, de que institución proveníamos, el nombre del Programa de Intervención, objetivo, calendarización de actividades y se les pidió un consentimiento informado para integrarlos a la actividad.

La intervención tuvo una duración de 9 sesiones, las cuales se realizaban una vez cada 15 días, trabajando con 4 grupos; cada sesión tuvo una duración de 40 a 60 min, aproximadamente. Los temas abordados en el programa de manejo de emociones se organizaron de la siguiente manera: El diagnóstico y proceso de duelo; Resiliencia; Manejo de las emociones; Comunicación asertiva; Redes de apoyo; Miedo a la enfermedad; Autoestima; Calidad de vida; Plan de vida.

Presentación de hallazgos

Con base a las observaciones y discursos de los participantes en la intervención. En el primer eje, reconocimiento y expresión de emociones, se pudo observar que los pacientes asociaban estas a su proceso de enfermedad, lo cual fue referido de la siguiente manera:

P. R., P. y J. (Insuficiencia Renal): “Las emociones son el miedo y el enojo”.

P.R. (Insuficiencia Renal): “El miedo siempre está presente en la enfermedad. En mi caso, al entrar a hemodiálisis, aunque sé el procedimiento, me da miedo entrar a la máquina y al salir de aquí, sale también mi miedo”.

P.J. (Insuficiencia Renal): “Tengo miedo a dormir, porque pienso que voy a morir mientras duermo y me preocupa no dejar las cosas en orden”.

Al respecto Muñoz (2009) refiere que, el miedo puede actuar como protección cuando la persona se siente amenazada o atraída por alguna situación. En este caso, los pacientes con Insuficiencia Renal se sienten con miedo al entrar a su proceso de tratamiento, puesto que han sido testigos de la muerte de varios de sus compañeros al estar tomando su tratamiento. En este sentido, como indica Rudnicki (2006) se presenta “el temor de la muerte por la vida”, es decir, por una parte está el miedo del paciente por entrar a recibir el tratamiento y no salir con vida y por otro, se encuentra con un tratamiento que le da miedo, pero al mismo tiempo, le da la oportunidad de seguir viviendo.

Otra de las emociones referidas es el enojo, que de acuerdo a Muñoz (2009) es un mecanismo de defensa que permite que la persona se autoafirme o defienda cuando se sienta invadida:

P. A. (Oncología) “Cuando estoy enojada, mejor me quedo callada”.

De manera general, el enojo es visto como un sentimiento negativo, por lo que resulta difícil de compartir, ante lo que los pacientes prefieren no expresarlo con la fantasía de evitar dañar con sus comentarios o evitar que surja algún conflicto entre las personas relacionadas.

Así como el paciente siente enojo, también reconoce tristeza por estar en el hospital, porque no sabe si va a mejorar o no, porque el tratamiento no está funcionando, porque el trato que recibe en el hospital no es el adecuado, etc. Reprimiendo el sentimiento y relacionándolo con un “contagiar” de esta a sus familiares:

P. A (Insuficiencia Renal): “Siento que al expresar que estoy triste, pongo triste a mi familia”.

Existe una necesidad del paciente por compartir sus emociones, hablar de su proceso de enfermedad, de cómo se siente, del impacto del tratamiento en su vida. Sin embargo, si esta necesidad de expresar es reprimida, el paciente puede manifestarlo mediante alteraciones fisiológicas, como dolores de cabeza, diarrea, cansancio, alteración emocional, pudiendo generar estrés, tal como lo indica Shuman (1999), que a mediano y largo plazo puede originar síntomas depresivos, ansiedad, fatiga e insomnio (Ybarra, Sánchez y Piña, 2011).

P.R. (Insuficiencia Renal): "Para mí hablar y comunicar, me permite que mi cuerpo se sienta bien y si no lo platico siento que repercute en mi cuerpo".

P.M. (Insuficiencia Renal): "Cuando estoy nerviosa, se me obstruye el catéter y al tomar control de mi propio cuerpo, yo misma me relajo y en ese momento el catéter funciona correctamente".

Cuando el paciente expresa sus emociones, entra en contacto consigo mismo y puede identificar qué situación provocó su malestar, lo que se espera le permita tomar el control de esta, llevándolo a un estado de relajación, mejorando la adherencia de su tratamiento. Para ello, se requiere expresar asertivamente, evitando mensajes dobles y malos entendidos:

P.G. (Oncología): "Dentro de la comunicación se presentan un sinfín de detalles que significan mucho y es ahí donde posiblemente vengan los malos entendidos".

P. C. (Oncología): "Si escuchas a otra persona comprendes lo que está diciendo, en cambio si sólo la oyes es como si la mandarás al gorro".

Así pues, el paciente crónico reconoce que el expresar sus emociones durante el proceso de tratamiento, le permite tomar conciencia de su enfermedad y el manejo de esta.

En relación al segundo eje, sobre la confianza personal, se observó que los pacientes, al compartir con sus compañeros cómo se sentían, se daban cuenta que no solo a ellos les daba miedo enfrentarse todos los días a un tratamiento, lo que propició un ambiente de confianza, viéndose reflejado físicamente en una postura corporal relajada; lo mismo ocurría en sus rostros, bajaba el nivel de tensión en los músculos de la cara.

Al expresar sus emociones, el paciente resignifica su proceso de enfermedad, reconociendo que puede decidir sobre cómo cuidarse, respetando sus tiempos, decidiendo que alimentos consumir y en qué cantidad y al externarlo aumenta su confianza, viéndose reflejado en su actitud, su estado de ánimo y en la adherencia de su tratamiento:

P. M. (Insuficiencia Renal): "Yo antes venía al hospital por mi enfermedad y ahora vengo a encontrar mi salud".

Cuando el paciente comparte una emoción con su familia o cuidador primario, les hace saber que puede responsabilizarse de sí mismo, lo cual le devuelve su dignidad como persona, permitiéndole decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo.

P. F. (Oncología): “En ocasiones me siento mal de que no me dejen ser, mi hermana me sobreprotege todo el tiempo, quiere que no me quite el cubre bocas y hay ocasiones donde me siento asfixiada por traerlo todo el día”.

Es importante que el paciente reconozca que él es más que la enfermedad, que existe una parte de su cuerpo que no funciona adecuadamente, sin embargo todo sus demás órganos sí funcionan, de manera que elegir estar en tratamiento, se convierte en un puente para recuperar su salud.

Lo anterior puede promover la consolidación de redes de apoyo, temática abordada durante la intervención, donde se reconoció que es necesario el apoyo de los demás.

P. A. (Oncología): “Cuando salgo de aquí, me siento muy cansada y no puedo hacerles de comer a mis hijos. Una vez fui con mi vecina y le pedí que me ayudara y me dijo que sí, que nada más le dijera a qué hora la quería y que ella la preparaba”.

Al pedir apoyo, el paciente no solo desarrolla habilidades de afrontamiento, también modifica sus propias creencias y/o prejuicios sobre su enfermedad (Ybarra, Sánchez, y Piña, 2011). Comunica sus miedos: miedo al qué dirán, a no poder realizar actividades del hogar, a sentirse una carga, lo que les genera ansiedad, depresión y tristeza (Shuman, 1999).

P. C. (Oncología): “Hay que aprender a vivir con la enfermedad y no dejar que la enfermedad sea tu vida”.

En este sentido, los pacientes rescatan la parte sana de la enfermedad, aquella que les permite pensar en un plan de vida a futuro, con metas a corto, mediano y largo plazo, los cuales pueden ser motivadores para aferrarse a su tratamiento y seguir viviendo:

P. X. (Oncología): “Yo le pedía a Dios que me permitiera conocer a mi primer nieto, luego que me dejara festejarle sus tres años, luego ver cuando fuera al kínder y todavía le sigo pidiendo”.

El sentirse dignos de planear metas a corto plazo, es un oportunidad de centrarse en el aquí y el ahora, de poder elegir cómo vivir un día a la vez, de permitirse expresar de manera asertiva lo que sienten, y darse cuenta que es válido no estar siempre bien.

P. K. (Insuficiencia Renal): “Al estar presente en las pláticas entendí que era válido sentirme enojada y triste, y al tener estas emociones me permito tener este espacio para mí misma”.

Durante la intervención, conforme avanzaban las sesiones, aumentó el número de participantes, observándose que en las últimas tres sesiones, la sala de espera se encontraba llena, y la participación de los pacientes, de sus familiares, del personal médico y de trabajo social era activa.

Conclusiones

Las emociones del paciente crónico, tiene un impacto personal, familiar y social, ya que al expresar cómo se sienten en esos momentos, asumen la realidad de que existe una pérdida de salud que desequilibra su estado emocional, y al comunicar estas emociones, se permiten tomar conciencia de sus propias necesidades, en las diferentes áreas de su vida, además de tomar la responsabilidad sobre estas y sobre su proceso.

Cuando el paciente expresa, permite que su cuerpo se relaje y bajen los niveles de tensión emocional y muscular, permitiendo que el sistema inmunológico se fortalezca y el tratamiento tenga un mejor funcionamiento (Vera y Buela, 1999). En esta investigación estos niveles de tensión se observaron en la relajación de los músculos de la cara (frente, ceja, pómulos y boca), conllevando a mejorar su actitud y tolerancia hacia su cuidador primario, compañeros de hospital, personal médico y recepción de tratamiento.

Así mismo, el que el paciente pueda hablar de lo que siente cada vez que asiste al hospital, le genera confianza al saber que es válido estar enojado, triste o experimentar alguna otra emoción, siempre y cuando esta se comunique de manera asertiva, reflejándose así en el paciente seguridad en sus palabras y en su persona, que a su vez, fortalece su autoestima.

En relación con el objetivo, tanto los pacientes con diagnóstico de cáncer, como los que presentan insuficiencia renal, cuando se les hablaba sobre las cinco emociones básicas: miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto, así como su funcionalidad en la vida, se observó que los pacientes se sentían identificados con tres de ellas: el miedo, la tristeza y el enojo. Miedo a no saber qué va a pasar con su vida, tristeza, asociada a recuerdos de cómo era su vida antes del diagnóstico, y enojo, por no saber cuánto tiempo seguirán estando en el hospital recibiendo el tratamiento.

En relación a la confianza personal, se observó que a medida que los pacientes se sentían con la libertad de expresar cómo se sentían en ese momento, cuáles eran sus preocupaciones y la molestia que les generaba tener una dieta, bajaba su nivel de tensión, además de que al expresar todo ello, los pacientes se sentían dignos de poder cuidarse y decidir por sí mismos, sin tener a su familiar o cuidador primario supervisando sus decisiones o su alimentación.

Por lo anterior, puede considerarse que la presente intervención permitió mejorar las condiciones de salud de los doce pacientes, ello a partir del fomento de la responsabilidad y conciencia en relación a la calidad de vida de ellos, generando la adherencia al tratamiento, disminuyendo los efectos negativos y aumentando los beneficios en los tratamientos farmacológicos, promoviendo la cultura de la prevención.

Referencias bibliográficas

Esquivel, L. (2000). *El libro de las emociones: son de la razón sin corazón*. España: Plaza y Jánés.

Gimeno, M. (s/f). La enfermedad crónica y la familia. *Revista Centre Londres 94*. Recuperado de: [www.centrelondres94.com/files/La enfermedad cronica y la familia.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/La%20enfermedad%20cronica%20y%20la%20familia.pdf)

Grau, A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, vol. 7, núm. 2, pp. 138-166. Universidad Católica del Norte: Chile. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>

Gross, R. (2007). *Psicología la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual moderno.

Jeammet, P., Reynaud, M y Consoli, S. (1999). *Manual psicología médica*. Barcelona: Masson.

- Montalvo, A., Cabrera, B. y Quiñones, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento. *Aquichan*, vol. 12, núm. 2, pp. 134-143. Universidad de La Sabana: Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103005.pdf>
- Muñoz, M. (2009). *Emociones, sentimientos y necesidades una aproximación humanista*. México: Ideazapato-Araucaria.
- Negrete, A. (2016). *Relación entre el nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos*. Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Psicología, Quito. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11049/DISERTACI%C3%93N%20MISHEL%20NEGRETE%20ORTIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Redorta, J., Obiols, M. y Bisquerra, R. (2006). *Emoción y conflicto aprenda a manejar las emociones*. España: Paidós.
- Rudnicki, T. (2006). *Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico*. Diversitas: perspectivas en psicología, vol. 2, núm. 2, pp. 279-288. Universidad Santo Tomas: Colombia. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v2n2/v2n2a08.pdf>
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Shuman, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. España: Paidós.
- Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M. y López, M. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Unidad de Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
- Vera, P. y Buela, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, vol. 31, núm. 2, pp. 271-289. Fundación Universitaria Konrad Lorenz: Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80531204.pdf>
- Yélamos, C. y Fernández, B. (s/f). *Necesidades emocionales en el paciente con cáncer*. Recuperado de: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/18.NECESIDADES.EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.yelamos-col.pdf>
- Ybarra, J., Sánchez, J., y Piña, J. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas una aproximación psicológica*. México: Manual moderno.