



**NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES  
CON TRANSPLANTE RENAL**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**T E S I S**

**Que para obtener el título de  
Licenciado en Psicología  
p r e s e n t a**

**GUITL STEIMBERG STERENBERG**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL"

I N D I C E

	Resumen .....	1
	Introducción .....	3
Capítulo		
I	Anatomía y Fisiología del Riñón .....	6
	I.1 Anatomía.	
	I.2 Fisiología.	
	I.3 Orina.	
II	Insuficiencia Renal .....	23
	2.1 Crónica.	
	2.2 Terminal.	
III	Diálisis .....	29
	3.1 Peritoneal.	
	3.2 Hemodiálisis.	
	3.3 Aspectos Psicológicos.	
IV	Trasplante Renal .....	39
	4.1 Antecedentes Históricos.	
	4.2 Aspectos Generales.	
	4.3 Técnica del Trasplante.	
V	Etiología de la Ansiedad .....	55
VI	Etiología del Duelo .....	69

VII	Aspectos Psicológicos en Pacientes Renales.	77
VIII	Metodología .....	89
	8.1 Planteamiento del Problema.	
	8.1.1 Objetivo de la Investigación.	
	8.1.2 Hipótesis.	
	8.1.3 Definición de Variables.	
	8.1.4 Definición de Términos.	
	8.1.5 Población de Estudio.	
	8.1.6 Definición de Instrumentos y Personal.	
	8.2 Método.	
	8.2.1 Diseño de Investigación.	
	8.2.2 Procedimiento.	
	8.2.3 Análisis de Resultados.	
	Conclusiones .....	105
	Apéndice	
	Bibliografía .....	119

## RESUMEN

La ansiedad afecta a los pacientes con trasplante renal. Influyen cambios fisiológicos, de esquema corporal, pérdidas de salud física, actividades sociales y estatus financiero.

Sin embargo, no se ha presentado un interés adecuado al aspecto psicológico del problema, por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo dar respuesta a la siguiente pregunta. ¿A pesar del tiempo transcurrido después del trasplante, todos los pacientes presentan ansiedad?

Para conocer el nivel de ansiedad en éstos pacientes se aplicó el inventario de ansiedad IDARE a 47 trasplantados del "Centro Hospitalario 20 de Noviembre" ISSSTE, de la Unidad de Trasplantes de la consulta externa, utilizando un diseño de investigación *ex post facto* de dos grupos, donde la edad fluctúa entre los 21 y los 60 años de edad.

Esta muestra se dividió en dos grupos, uno de 0 a 5 años después del trasplante, y el otro de 5 a 14 años después, por ello el diseño fue *preexperimental* en la elección de la muestra y *ex post facto* en el manejo de la variable independiente. Se aplicó individualmente una ficha de identificación y posteriormente una prueba, para -

poder determinar los niveles de ansiedad.

Los resultados comprobaron que sí existe ansiedad en todos los pacientes trasplantados, no siendo el tiempo - transcurrido un factor relevante.

## INTRODUCCION

El propósito del presente estudio, es el de encontrar las causas que puedan llevar al paciente con trasplante renal, al incremento de la ansiedad, lo cual puede disminuir el tiempo de vida del órgano trasplantado.

A mayor ansiedad, menor posibilidad de éxito. Independientemente de la personalidad del paciente, que puede ser un factor importante y que valdría la pena tomar en cuenta en estudios futuros, intervienen otros factores importantes que pueden ser causa de rechazo o aceptación del órgano trasplantado y que deben ser estudiados y aplicados para buscar la mejor adaptación del paciente a la vida diaria, con la familia y la sociedad, prolongándose así la vida del paciente, a través de equilibrar la ansiedad existente.

Es por esto, que sumándome a las personas que han estudiado la conducta de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, apliqué un estudio de los niveles de ansiedad, tomando en cuenta el tiempo transcurrido del trasplante, para poder esclarecer la importancia que tiene esto, con el estado emocional de los pacientes.

La importancia de éste estudio, es evidente, ya que si bien en nuestro país los adelantos quirúrgicos son com

parables con los países donde el trasplante renal tiene un éxito sin precedentes, a nivel psicológico no se le ha prestado la atención suficiente como para poder mejorar el estado emocional de estos pacientes, presentándose a algunos de ellos con depresión, problemas con su esquema corporal, desadaptación, miedo al futuro, autoagresión in consciente, culpa e incluso ideación suicida.

Debido a éstas consecuencias, se justifica la necesidad de encontrar diversas soluciones posibles, que puedan prolongar la vida física y el buen rendimiento mental de los pacientes con órganos trasplantados.

Como una solución, planteo la posibilidad de ayudar a estos pacientes a través de una terapia de apoyo y la entrevista con sus familiares, para orientarlos en el manejo de pacientes con estas características, por medio de la cual, se podría prolongar la vida psíquica y física de éstos, readaptarlos a la sociedad, familia y trabajo en una forma adecuada. Como resultado de su enfermedad persistente y por su tratamiento, muchos pacientes tienen problemas psicológicos que van desde un nivel de ansiedad hasta la depresión y que les lleva a un cambio radical en su conducta, la cual afecta por ende, las relaciones interpersonales con familiares, cónyuges y su resultado en el desempeño de su trabajo.



También a través de este estudio, se proporciona información a médicos y enfermeras, para una mejor comprensión del paciente trasplantado.

## CAPITULO I

### ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL RIÑON

En vista de que la presente tesis, trata de los pacientes con problemas renales, considero necesario exponer en forma breve la anatomía y fisiología de los riñones, así como las características normales y anormales de la orina.

#### I.1 ANATOMIA DEL RIÑON

Los riñones son glándulas tubulares compuestas, situados en la parte superior y posterior de la cavidad abdominal, a cada lado de la columna vertebral y por detrás de la cavidad peritoneal. Su posición corresponde al espacio situado entre el borde superior de la duodécima vértebra torácica hasta la tercera vértebra lumbar. El riñón derecho está situado un poco más abajo que el izquierdo. Cada riñón mide aproximadamente 12 cms. de largo por 5 a 7 cms. de ancho y 3 ó 4 cms. de grueso. Pesa cada riñón aproximadamente 135 gramos. Cada riñón con sus vasos, se encuentra envuelto en una masa de tejido adiposo, (cápsula adiposa). Alrededor del riñón y la cápsula adiposa existe una hoja de tejido fibroso (fascia renal), conectada con la túnica fibrosa del ri-

ñón por numerosas trabéculas que son más fuertes en el polo inferior de éste.

El riñón se mantiene en posición, en parte, por la fascia renal y en parte, por la presión y contrapresión de los órganos vecinos.

La forma de riñón recuerda a la de un frijol, con su borde interno o cóncavo dirigido hacia la línea media del cuerpo. Cerca del centro del borde cóncavo se encuentra una fisura llamada hilio por el que pasan los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y los nervios que llegan o salen del riñón. Cada riñón está cubierto por una envoltura de tejido fibroso, delgada pero resistente.

Si un riñón se corta en dos partes, en sentido longitudinal, se observa que el extremo superior del uretero se expande y forma una cavidad llamada pelvis renal. El tejido renal está formado por una porción externa que constituye la sustancia cortical o corteza y una porción interna, la sustancia medular o médula. Entre las sustancias cortical y medular se encuentran los arcos arteriales y venosos.

La sustancia medular es de color rojo. Está formada por 8 a 18 conos que muestran estriaciones radiales, llamadas pirámides, que tienen su base en la periferia del riñón y su vértice converge hasta formar salientes llama-

das papilas que se acomodan en las cavidades en forma de copa, o cálices de la pelvis renal.

La sustancia cortical es de color pardorrojizo y contiene los glomérulos renales, los túbulos contorneados y los vasos sanguíneos. La brillante superficie de un riñón recién cortado, muestra tanto la estructura granular como las áreas por las que corren estriaciones radiales; que se alternan unas con otras. Las zonas granulosas contienen las cápsulas, los glomérulos y los túbulos contorneados. Las zonas estriadas radialmente contienen otras partes del túbulo. La mayor parte de la sustancia renal se encuentra tanto en la corteza como en la médula; está formada por diminutos tubos o túbulos renales, íntimamente unidos, por tejido conjuntivo para cubrir el número de vasos sanguíneos, linfáticos y fibras nerviosas.

Estos túbulos constituyen las unidades funcionales del riñón denominadas nefronas, y al modo como están dispuestas se debe el aspecto de la corteza y de la médula.

La nefrona o unidad funcional del riñón, está formada por un túbulo renal y provista de abundante riego sanguíneo. Los túbulos renales, así como los glomérulos, son de tamaño variable, encontrándose los mayores cerca de la médula.

El túbulo renal comienza en una dilatación globular llamada cápsula renal o cápsula de Bowman, que está invaginada por un ovillo de vasos capilares y se conoce con el nombre de glomérulo renal. El glomérulo está formado de unas cuantas asas capilares que no se anastomosan entre sí y que están encapsuladas totalmente por la dilatación del túbulo, excepto en el lugar donde entra el vaso aferente y sale el vaso eferente del ovillo capilar. El glomérulo y la cápsula que lo envuelve constituyen el corpúsculo renal de Malpighi. Existen más de 1,000,000 de estos corpúsculos en la corteza de cada riñón. La cápsula renal se une al resto del túbulo por medio de un cuello estrecho. Los túbulos siguen un curso irregular y desembocan en los tubos colectores que vierten su contenido a través de las aberturas situadas en las papilas de las pirámides, hacia el interior de los cálices del riñón. En cada papila se abren cerca de 20 tubos colectores.

El epitelio del tubo renal varía con los distintos segmentos. En la parte contorneada y rama ascendente del asa de Henle, las células son columnas, mientras que en la cápsula glomerular y rama descendente del asa de Henle las células son delgadas de tipo escamosa; los tubos colectores muestran células columnares, bien diferenciadas, que se parecen mucho a las de los conductos excretores.

Estas y otras diferencias en la estructura del túbulo son importantes en relación con la fisiología de la formación y la eliminación de orina.

#### Riego sanguíneo del riñón.

El suministro de sangre es enorme y lo proporciona la arteria renal; que es rama de la aorta abdominal. Antes o inmediatamente después de entrar al riñón, a través del hilio, la arteria se divide en varias ramas que siguen a lo largo de la pared del uretero hasta alcanzar el tejido renal. Cuando estas arterias alcanzan la zona limítrofe, entre la corteza y la médula, se dividen lateralmente y forman las arterias arciformes de cuya convexidad salen las arterias interlobulillares (corticales) que entran en la corteza y de las cuales, nacen diminutas arterias aferentes que se ramifican y forman un paquete de capilares cuyo conjunto constituye el glomérulo. Estos capilares se reúnen para formar la arteria eferente, de menor calibre que la aferente. La arteria eferente termina formando una red, ó plexo de capilares, que corre paralelamente a los tubos contorneados de la corteza y del asa de Henle en la médula. Estos capilares se unen para formar las venas interlobulillares (corticales) y las venas medulares que vierten su contenido en las venas arcifor--

mes situadas entre la corteza y la médula. Las venas ar-  
ciformes convergen para formar las venas interlobulilla-  
res, las cuales confluyen para formar la vena renal, que  
sale del riñón por el hilio y desemboca en la vena cava -  
inferior.

#### Inervación del riñón.

Los nervios provienen del plexo renal, formado por -  
ramas del plexo celíaco, del plexo aórtico y de los ner-  
vios espláncnicos mayor y menor. Acompañan a las arterias  
renales y a sus ramas, son nervios vasomotores, y, al re-  
gular el diámetro de los pequeños vasos sanguíneos, modi-  
fican la actividad del órgano alterando sólo la circula-  
ción local.

#### I.2 FISILOGIA DEL RIÑON.

La función de los riñones es la de mantener la cons-  
tancia de la composición, el volumen y el PH (Equilibrio  
Acido-Básico: acidez y alcalinidad) de los líquidos del  
cuerpo dentro de límites normales, por medio de la excre-  
ción de cantidades variables de agua y de sustancias orgá-  
nicas e inorgánicas que pasan por el torrente circulato-  
rio. Los riñones excretan casi todos los desechos nitro-  
genados, la mayor parte de sales que no necesita la san-

gre y cerca de la mitad del exceso de agua.

También elimina sustancias extrañas como toxinas, - formadas dentro del organismo o que provengan de afuera.

Para determinar el trabajo realizado por los riñones, es mejor estudiar la concentración de sustancia en la orina, que su cantidad.

Los riñones trabajan intensamente, cuando tienen que eliminar de la sangre gran cantidad de sólidos disueltos en un mínimo de agua.

La orina es una solución acuosa, compleja, de sustancias orgánicas e inorgánicas, de las cuales la mayor parte son productos de desecho del metabolismo celular. Las cantidades de estas sustancias varían de modo considerable, y esta variabilidad es la que ayuda a mantener el - resto de los líquidos corporales en un estado de equilibrío denominado homeostasis (cantidad de sangre que circula por los riñones, en unidad de tiempo por minuto).

### I.3 CARACTERES FISICOS DE LA ORINA.

La orina normal, generalmente es un líquido transparente de color ambarino y de olor particular.

El color de la orina varía en relación con los cambios que se presenten entre el agua y las sustancias disueltas; a menudo el color es alterado por la presencia -



de sustancias anormales producidas en caso de enfermedad o por la ingestión de ciertos medicamentos ó alimentos.

La orina generalmente es ácida. (PH: 5 a 7).

La dieta modifica ésta reacción; una dieta rica en - proteínas, aumenta la acidéz, mientras la dieta en que - predominan los vegetales aumenta la alcalinidad; estas variaciones se deben a los diferentes productos finales - del metabolismo en cada caso. Si la orina humana se deja estancada, termina por hacerse alcalina por descomposi- - ción de la urea con la consiguiente producción de amoníaco.

La densidad de la orina oscila entre 1010 y 1030 dependiendo de las proporciones relativas de sólidos y de - agua. Cuando los sólidos están disueltos en una cantidad grande de agua, la densidad es menor que cuando la orina está más concentrada.

El riñon normal regula la densidad de la orina de - acuerdo con las necesidades del organismo. La incapaci-- dad del riñon para efectuar dicha función indica la existencia de algún trastorno patológico.

La cantidad media de orina formada por un adulto nor- mal en 24 horas, oscila entre 1,200 y 1,500 ml.

Se llegan a observar variaciones amplias en intervalos breves, sin significado patológico, por ejemplo, una

elevación de la temperatura ambiente o un esfuerzo muscular extraordinario aumenta la sudoración y disminuye la excreción urinaria.

La cantidad de orina eliminada depende de la cantidad de líquido ingerido así como del que se pierde por sudoración, respiración, vómito, diarrea, hemorragia, etc.; también depende del estado de salud en que se encuentren los órganos que participan en la eliminación de orina, como son: riñones, corazón, vasos sanguíneos, etc., y además, de la acción de sustancias específicas como los diuréticos.

La cantidad de orina excretada por los niños en 24 horas, es mayor que en los adultos, si se toma en cuenta su peso corporal.

#### Composición química de la orina.

El agua constituye cerca del 95% de la orina. Los solutos son productos sólidos de desechos orgánicos e inorgánicos. Los desechos orgánicos son: urea, creatinina, amoníaco, ácido úrico y otros. Los solutos (sólidos), son las sales inorgánicas como: cloruros, sulfatos y fosfatos de sodio, de potasio, de magnesio y de calcio. El cloruro de sodio es la sal inorgánica principal; se elimina alrededor de 15 grs. diarios por vía renal.

Origen de los componentes de orina.

Los productos de desecho formados en las células son exógenos y endógenos, es decir, se derivan tanto de la degradación de las proteínas de la dieta como de las proteínas propias del protoplasma (del cuerpo).

La urea es un ejemplo de desecho exógeno; varía de manera considerable según la ingestión alta o baja de proteínas.

La creatinina probablemente es endógena, sus variaciones son muy pequeñas con dietas ricas o pobres en proteínas.

La orina está formada de los componentes no coloidales (agua, sales, etc.) del plasma sanguíneo que se filtran a nivel de los capilares glomerulares (por virtud de una fuerza filtrante neta, que es la presión sanguínea en el glomérulo, menos la presión osmótica de las proteínas del plasma, y es igual a 50 mm. de mercurio; pasan a las cápsulas renales y son concentrados hasta formar la orina en otras partes de los túbulos renales.

En el túbulo renal se reabsorbe agua suficiente para lograr la concentración de la mayor parte de sustancias urinarias; además de agua, reabsorben selectivamente algunas sustancias del filtrado glomerular. Algunas células del túbulo renal, excretan soluciones concentradas de al-

gunas sustancias que se agregan al filtrado.

Otras sustancias se reabsorben activamente casi por completo, lo que explican su escasa concentración en la orina, por ejemplo, de la cantidad filtrada de cloruro sólo se excreta el 2%. La glucosa, el sodio, el calcio, etc., que se reabsorben junto con el agua, en gran parte, se denominan sustancias de umbral elevado. Las que son reabsorbidas en menor escala, se denominan sustancias de umbral bajo y las que no son reabsorbidas se conocen como sustancias sin umbral.

La formación de orina está muy relacionada con el riego sanguíneo del riñón y con las diferentes estructuras de las diversas partes del túbulo renal.

El vaso eferente (que llega) es más pequeño que el aferente (que sale) y hace que la presión de la sangre en el interior del glomérulo aumente. El agua, las sales y las sustancias no coloides de la sangre (plasma desproteinizado) se filtran a través del capilar y del epitelio capilar hacia la cápsula renal.

El vaso eferente se une con otros vasos parecidos para formar plexos alrededor de los túbulos.

La concentración de orina tiene lugar, sobre todo, en la rama descendente del asa de Henle; la mayor parte del agua y cierto porcentaje de sales vuelve a la sangre,

a través de los túbulos, por difusión; las sustancias de mayor valor se reabsorben por un mecanismo activo. De esta manera el plasma sanguíneo tiende a recuperar su concentración normal de estas sustancias, en tanto que los residuos de sales, sustancias orgánicas y agua son concentrados y constituyen la orina que normalmente se elimina.

Es evidente que cualquier factor que modifique la presión sanguínea del glomérulo alterará la producción de orina.

#### Regulación hormonal de la función del riñón.

La reabsorción de agua por los túbulos renales, es un proceso activo regulado por la hormona antidiurética del lóbulo posterior de la hipófisis (glándula localizada en la porción inferior del cerebro).

La hormona córtico mineral de la corteza suprarrenal regula la reabsorción de potasio, sodio y cloruro en el túbulo. De esta manera la eliminación de agua y sales por el riñón es estrechamente vigilada.

Cuando la función del glomérulo está alterada, no hay filtración adecuada; se retienen en la sangre sustancias nitrogenadas no protéicas, tóxicas; aparece edema y se eliminan pequeñas cantidades de orina muy concentrada que contiene albúmina. Es probable que se presente acido

sis debido a la retención de sustancias ácidas en la sangre.

Los diuréticos son sustancias que aumentan el volumen de orina excretada, provocando lo que se llama diuresis. Algunas drogas como la cafeína, tienen actividad diurética, porque aumentan la filtración glomerular. Otras, como los diuréticos salinos, una vez que atraviesan la cápsula renal, ya no pueden ser reabsorbidos por los túbulos; de esta manera, al pasar al filtrado glomerular en mayor cantidad, se oponen a la reabsorción de agua.

Algunos componentes anormales que aparecen en la orina son: albúmina, glucosa, indicán, cuerpos cetónicos, cilindros, pus, sangre y pigmentos biliares.

Albumina.- La seroalbúmina es un componente normal del plasma sanguíneo, pero generalmente no es filtrado a través de la cápsula renal. Su presencia en la orina se llama albuminuria, y por lo general, constituye un síntoma patológico. (Enfermedades de los riñones; irritación renal por sustancias tóxicas; aumento de la presión arterial).

Glucosa.- La orina normal contiene tan poca cantidad de azúcar que clínicamente se puede considerar como nula. Si la glucosuria es persistente, significa que el organismo no puede oxidar el carbohidrato de manera efi-

caz por algún estado anormal, y significa Diabettes Mellitus.

Indicán.- El indicán es una sal potásica derivada del indol, que por proceso de putrefacción de proteínas, se forma en el intestino grueso. El indol es absorbido por la sangre y llevado al hígado, el cual lo convierte en indicán que es una sustancia menos tóxica.

En la orina normal se encuentran huellas de indicán.

Cuerpos cetónicos.- Cuando se consumen grasas en exceso, o en la Diabetes Mellitus, en cuyo caso la glucosa no se oxida y el organismo depende de sus grasas y proteínas, se forman cuerpos cetónicos, que son tóxicos. En tales circunstancias, la oxidación de las grasas no es completa.

Cilindros.- En algunos estados anormales los túbulos renales se llenan de sustancias que endurecen y forman un molde dentro del túbulo que se denomina cilindro. Estos cilindros son eliminados por la orina y su presencia se reconoce al microscopio. Se denominan según las sustancias que los compongan, o según su morfología.

Cálculos.- Las sales minerales que existen en la orina pueden precipitarse y formar cálculos, los cuales se llegan a encontrar en cualquier parte de las vías urinarias, desde los túbulos renales hasta el orificio exter

no de la uretra. Las causas que provocan su formación son: la cantidad excesiva de sales, la disminución en la cantidad de agua y una reacción de orina anormalmente ácida o anormalmente alcalina.

Pus.- En las infecciones supurantes de cualquier parte de los órganos urinarios se encuentra plocitos en la orina.

Sangre.- En casos de inflamación aguda de los órganos urinarios por tuberculosis, cáncer ó cálculos renales, o por trauma, puede presentarse sangre en la orina y se denomina hematuria, que puede ser macroscópica o microscópica. La sangre da a la orina un color rojizo.

Los pigmentos biliares.- que se encuentran en la orina, suelen aparecer cuando la bilis ha pasado del árbol biliar a la sangre, o cuando se destruye un gran número de eritrocitos. Los pigmentos biliares dan a la orina un color amarillo-verdoso o pardo brillante.

Eliminación de sustancias tóxicas.- Los riñones eliminan las sustancias tóxicas que han llegado a la sangre, ya sea que provengan de alteraciones metabólicas, de la actividad bacteriana, ó de la ingestión de sustancias químicas.

Esto explica por qué a menudo se afectan los riñones después de una enfermedad grave, y sugiere la convenien-



cia de un ingreso suficiente de agua para disminuir la concentración de las sustancias tóxicas y de aumentar la eliminación de estas sustancias y de esa manera, disminuir las posibilidades de lesión tisular. Los ureteros son los conductos, uno de cada riñón, que transportan la orina de los riñones a la vejiga. Cada uretero comienza a medida que las formaciones llamadas cálices (que varían en número de 7 a 13), que rodean a las papilas renales, se unen y forman dos o tres tubos cortos, que al reunirse constituyen una dilatación en forma de embudo llamada pelvis renal. A partir de la pelvis sale el uretero, tubo cilíndrico de 25 a 30 cms. de largo, por 4 a 5 mm. de diámetro, que termina en el fondo de la vejiga. Está formado por tres capas: la externa o adventicia, la media o muscular y la interna o mucosa. Las contracciones de la capa muscular producen ondas peristálticas que principian en el extremo renal del uretero y progresan hacia abajo.

Micción.- La orina es secretada continuamente por los riñones e impulsada hacia la vejiga por los ureteros; es expulsada de la vejiga periódicamente a través de la uretra. Se denomina micción al acto por el cual se expulsa la orina. El deseo de orinar se debe a la estimulación nerviosa producida en la vejiga por la presión de la orina o por estimulación refleja. El acto de la micción

es principalmente un acto reflejo impulsado por el Sistema Nervioso Central.

Oliguria es la disminución marcada de la orina excretada; Anuria es la imposibilidad para excretar la orina.

## CAPITULO II

### INSUFICIENCIA RENAL

Existen tres tipos de Insuficiencia Renal: Aguda, - Crónica y Terminal. Descarto la Insuficiencia Renal Aguda, por no corresponder al presente estudio.

#### 2.1 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Es el estadio final de una gran variedad de enfermedades primarias o secundarias que producen la pérdida progresiva e irreversible de las actividades normales del riñón. Sin tratamiento, se llega a la muerte a corto plazo

La Insuficiencia Renal Crónica resulta usualmente de un padecimiento renal crónico intrínseco. Casi toda nefropatía bilateral progresiva, termina en una Insuficiencia - Renal Crónica.

Los pacientes que sobreviven a un episodio de Insuficiencia Renal Aguda, por lo general tienen una recuperación completa. Sin embargo, en algunos pacientes, la Insufriciencia Renal Aguda llega a hacerse Crónica.

Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica.

Puede presentarse por causas muy variadas:

1.-Enfermedad Glomerular Primaria.

Glomerulonefritis Aguda y/o Crónica.

Glomerulonefritis Focal.

Glomeruloesclerosis intracapilar.

Glomerulonefritis rápidamente progresiva.

2.-Enfermedad Tubular Primaria.

Hipercalcemia Crónica.

Depleción Crónica de Potasio.

Síndrome de Fanconi y sus variantes.

Envenenamiento por metales pesados (plomo, cadmio etc.).

3.-Enfermedad Vascular.

Enfermedad Isquémica de los riñones.

Estenosis de la Arteria Renal bilateral congénita o adquirida.

Hiperplasia Fibro-muscular.

Fase Maligna de la Hipertensión Arterial Esencial  
Nefroesclerosis.

4.-Infecciones.

Pielonefritis Crónica.

Tuberculosis.

5.-Enfermedad Obstructiva.

Superior.

Cálculos

Neoplasias.

Fibrosis retroperitoneal.

Anomalías congénitas del cuello de vejiga y/o de uretra.

Crecimiento prostático.

Estrechez uretral.

6.-Enfermedades de la Colágena.

Esclerosis Sistémica difusa (escleroderma).

Lupus Eritematoso Sistemático diseminado.

Poliartritis Nodosa.

7.-Enfermedad Renal Metabólica.

Amiloidosis.

Sobredosis Crónica de Fenacetina.

Nefropatía gotosa con hiperurisemia.

Hiperparatiroidismo Primario.

Síndrome leche-álcali.

Sarcoidosis.

8.-Anomalías Congénitas del Riñón.

Riñones hipoplásticos.

Enfermedad medular quística.

Riñones poliquísticos.

Las causas más comunes de la I.R.C. son las formas - progresivas de Glomerulonefritis Bilateral y Difusa.

Generalmente la I.R.C. es una fase moderadamente severa de dificultad funcional y es caracterizada por una -

marcada pérdida de flexibilidad de la función renal homeostática, aún en ausencia de alteraciones mayores en la composición de los líquidos corporales.

Pérdida progresiva de la función resulta en (o nos lleva a falla renal), término que indica anormalidades en la composición de líquidos corporales; los poderes homeostáticos de los riñones están deprimidos más allá del punto en que pueden ajustar su función para las demandas metabólicas ordinarias del cuerpo.

El término uremia, se refiere generalmente a la constelación de hallazgos clínicos asociados a enfermedad renal terminal, que es la Insuficiencia Renal Severa Terminal.

Las actividades normales del riñón van a fallar en los casos de I.R.C. (excreción de agua, disturbios ácido básicos, metabolismo de las proteínas -urea y creatinina-balance del sodio y del potasio, del calcio y fósforo, etc.).

## 2.2 INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL.

La uremia es el estadio final de la Insuficiencia Renal Crónica.

En la uremia podemos encontrar manifestaciones que se pueden presentar en grados variables:

- 1.-Cardiovascular: hipertensión usualmente, pericarditis serofibrinosa, ocasionalmente anemia y policitemia raramente.
- 2.-Urinario: piuria, hematuria y cilindruria comúnmente, proteinuria usualmente, pero no en su proporción al grado de falla.
- 3.-Retina: retinopatía arterioesclerótica y ó retinopatía hipertensiva.
- 4.-Dermatológica: edema de los párpados, raramente urea en piel de la cara, coloración amarillo grisácea de la cara, prurito púrpura, infecciones de la piel.
- 5.-Respiratorio: respiración de Kussmaul (respiración profunda y suspirosa), neumonitis hiliar, - pulmón urémico.
- 6.-Bioquímica: depuración de creatinina y de urea - disminuídas (GFR disminuída) habilidad de concentración de orina disminuída, habilidad de dilución de la orina disminuída, urea y ácido úrico - aumentados, disturbios del metabolismo del sodio, potasio, calcio, fósforo y glucosa; acidosis.
- 7.-Gastrointestinal: lengua cubierta con una capa, - sabor amoniacal en la boca, hipoanorexia, náusea, vómito, sangrado gastrointestinal y constipación.

8.-Neurológico: cefalea, lasitud, adormecimiento y  
ó insomnio, mioclonias, debilidad muscular, con--  
vulsiones, estado de coma.



### CAPITULO III DIALISIS

Considero indispensable mencionar la diálisis por ser un tratamiento que se da a los enfermos con I.R.C.

#### Historia de la diálisis.

La era de diálisis extracorpórea se inició en 1913 cuando Abel Rountree y Turner (1914) diseñaron el primer riñón artificial, un aparato hecho con tubos de (celoidina), dispuestos en una forma especial de ramificaciones por las cuales corría la sangre. Este sistema de ramificaciones estaba rodeado de un saco lleno con solución salina isotónica. La hirudina, obtenida de sanguijuelas, se utilizó como anticoagulante.

Estos autores demostraron también el retiro de salicilato de sodio de la sangre, poniendo así las bases de las diálisis para venenos.

Investigadores subsecuentes, mejorando la hemodiálisis, usaron sangre desfibrinada, refinaron los aparatos y trataron membranas de gran cantidad y variedad de materiales, incluyendo intestino de pollo, vejiga de pescado y peritoneo tratado con gelatina bicromatada.

Thalheimer en 1937, fué el primero que utilizó celofán como membrana y heparina como anticoagulante.

Durante e inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, Kolff desarrolló y construyó el primer diali

zador práctico en un tambor rotatorio ideal para aplicación clínica. Llevó su equipo al lado de la cama del paciente y demostró que con la hemodiálisis, la mayoría de las manifestaciones de la uremia desaparecían en las primeras 24 horas.

Actualmente existen 2 tipos de riñones artificiales, uno es el de tambor de Kolff y el otro es el de membranas planas de Skaggs Leonards, que utiliza capas de celofán dispuestas entre placas metálicas sólidas.

Kill modificó el riñón de Skeggs Leonards usando cuprofano en vez de las membranas de celofán y polipropileno en vez de las placas de metal.

En vista de que los pacientes necesitan diálisis repetidas, se han utilizado para tratamiento las operaciones quirúrgicas para producir fístulas arterovenosas en la muñeca o antebrazo y/o en la pierna ó en el muslo.

### 3.1 DIALISIS PERITONEAL.

La diálisis peritoneal y la hemodiálisis, se basan en el mismo principio fisiológico; difieren principalmente, en que la diálisis peritoneal utiliza una membrana biológica "in vivo" y es generalmente menos efectiva.

Dos a cuatro litros de líquido de diálisis se insertan dentro de la cavidad peritoneal a través de un caté--

ter o de una aguja larga.

El peritonéo actúa entonces como la membrana semipermeable; los solutos nocivos de la sangre, pasan a través de la membrana peritoneal al fluido de diálisis.

Después de una o dos horas, para realizar el equilibrio, el líquido de diálisis junto con las sustancias nocivas, es retirado del abdomen por el catéter o la aguja.

Este proceso se repite frecuentemente en 24 horas.

Dieta e ingesta de líquidos:

- a) Se debe disminuir el consumo de sal, tomando en cuenta que el exceso de sodio causa una acumulación de líquidos que pudiera causar problemas cardíacos.

Por otro lado, la diálisis ayuda a eliminar el exceso de sodio y líquidos con lo cual se previene la hipertensión.

- b) Control de electrolitos:

Para combatir el exceso de potasio, que es uno de los electrolitos importantes, se deben evitar alimentos ricos en esta sustancia como son: plátano, aguacate, chocolate, jitomate, naranja, leche.

- c) Desalojo de productos ácidos de desecho:

La proteína es indispensable, ya que es un elemen

to fundamental para la creación de células nuevas. Sin embargo, una vez que el organismo ha asimilado la que necesita, sus productos de desecho se acumulan en la sangre.

Se recomendará una dieta balanceada en proteína. La urea y otros desechos, serán removidos por medio de la diálisis.

d) Purificación de otros productos:

La diálisis contribuye a elevar el calcio y a eliminar el exceso de fosfato en la sangre, pero no tiene efecto sobre la vitamina D, la cual debe -  
recetarse.

En cuanto al exceso de fósforo que puede acumularse, dañando los huesos, debe tomarse un antiácido con las comidas, el cual al mezclarse con el fosforo en el intestino, evitará que éste sea absorbido por el cuerpo. Debe también evitarse comer demasiados productos lácteos, dado que contienen gran cantidad de fósforo.

e) Presión arterial elevada:

La solución es tomar algún medicamento con el fin de regularla.

f) Deficiencia en la creación de glóbulos rojos:

Estos cuyo porcentaje en la sangre se denomina -

"hematocrito"; constituye normalmente un 40% de la misma, pero pueden bajar hasta un 25% en el caso de una Insuficiencia Renal Crónica, dado que las células no viven el tiempo que deberían a causa de los productos de desecho acumulados en la sangre.

Hay dos medicamentos que suplen esta función; una hormona muy parecida a la erythroproetina y el hierro, esencial en la producción de glóbulos rojos. En casos de anemia severa del paciente, se le practicarán transfusiones.

### 3.2 HEMODIALISIS.

Principio de la diálisis:

El principio fisiológico fundamental de la diálisis, se ha conocido por muchísimos años; es el de un soluto moviéndose a través de una membrana semipermeable en una dirección y a una velocidad consistente con los gradientes de concentración.

El principio fundamental y básico de la fisiología, es la base para la operación del riñón artificial, o aparato de diálisis extracorpóreo.

La sangre o plasma, idealmente es una capa uniforme y extremadamente delgada, fluye al lado de una membrana -

semipermeable.

Una solución de lavado que semeja líquido extracelular normal, fluye con turbulencia en el otro lado de la membrana, preferiblemente en contracorriente con la dirección de la sangre. Cualquier soluto que tiene mayor concentración en la sangre que en el líquido de diálisis, dejará la sangre. Conversamente, cualquier soluto que está en mayor concentración en el líquido de diálisis (ej. sodio, glucosa ó bicarbonato) dejarán el líquido de diálisis y cruzarán la membrana semipermeable hasta entrar en la sangre. La sangre reconstruida y purificada es entonces regresada a la circulación del paciente. La circulación de la sangre a través del riñón artificial durante la diálisis clínica del paciente urémico, no sólo revierte la acidosis y corrige las anormalidades electrolíticas, sino que provee nutrientes tales como la glucosa.

En la actualidad, más de 10,000 individuos con Insuficiencia Renal Crónica, son mantenidos por largos períodos de tiempo por el uso de riñones artificiales. La proporción de candidatos a diálisis es de 50 a 60 por cada millón de población por año. Las diálisis se realizan 2 a 3 veces por semana por 4 a 12 horas cada vez, según el caso clínico y los tipos y número de aparatos de que se dispongan.

### 3.3 ASPECTOS PSICOLOGICOS.

En los Estados Unidos, se han hecho estudios con respecto a la tecnología médica dando lugar a un número de dilemas de tipo psicológico, ético y legal. De Nour (1979) menciona que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, están sometidos a un stress prolongado y reducen su capacidad de enfrentarse a su problemática global, mostrando pasividad, autopercepción negativa y tendencia a retraerse por negación.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, presentan más alteraciones psiquiátricas que la población en general y son más frecuentes en los adultos que en los niños.

La incidencia de alteraciones psiquiátricas dentro de éste grupo es de un 30.4%. En el estudio realizado por Abram (1971), la incidencia de suicidio es 100 veces mayor que en la población general y es 400 veces mayor cuando se incluyeron los pacientes que murieron por no obedecer el régimen médico.

Rabinowitz (1978), menciona que este grupo de pacientes se enfrenta a tres grandes áreas de stress:

- a) El provocado por cambios psicológicos, incluyendo la incomodidad que causa la dieta y la ingesta de líquidos.

- b) El causado por la dependencia con la máquina y el equipo renal.
- c) El consecuente de que social e individualmente se enfrenta a una dependencia económica y emocional, frustración de sus impulsos instintivos y varias limitaciones asociadas.

Levy (1979), dice que el stress de éstos pacientes - es único en su género, debido a su asociación con los problemas de dependencia.

El psicólogo Mlott (1979), los caracteriza como ansiosos, pero en control, con características defensivas - mezcladas con calor humano y sinceridad, resguardados con rasgos de compasión.

La mayor ansiedad de estos pacientes, es que se ven a sí mismos como un peso social, se encuentran consternados porque su vida ya no tiene significado y su desesperanza es una sensación arrolladora la que es consecuente de perder el control de su medio ambiente.

Los autores coinciden, en que el factor de dependencia es tan importante, como el stress provocado en varias áreas.

Esto es causa de ansiedad, depresión, tendencias suicidas, problemas sexuales, pobre cooperación, agresión, - pasividad, negatividad y tendencia a retraerse. Aunado a



ésto, existe el miedo constante a la muerte, ya que continuamente tiene el recordatorio de su enfermedad. También éstos pacientes han sufrido varias pérdidas que pueden ser reales o fantaseadas o encontrarse en el estado de espera de la pérdida. Iniciándose esta condición con la disminución de capacidades o funcionamiento de su cuerpo, de actividades dentro o fuera de su trabajo, de la casa ó de la escuela, de un lugar en su círculo social. Muchos han perdido su trabajo, y en consecuencia su seguridad económica. Pérdida de planes individuales, familiares, vocacionales y aspiraciones. (Levy 1979. Armstrong - 1978), de su autonomía, así como de su libertad, de relacionarse con personas significativas para ellos y afrontan la pérdida de varios años de vida y una eventual pérdida de la vida misma.

Estos cambios, no sólo afectan la vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, sino también la de su familia, tanto en el aspecto social, como en el económico y el emocional. (Anger 1975, Kraft 1977, Mlott 1979).

Socialmente la familia se encuentra retraída, por la energía que tiene que dedicar a los cuidados y a las diversas responsabilidades que el enfermo demanda.

Económicamente, el tratamiento es un gasto fuerte ya que en muchos casos, el enfermo fué un miembro de la familia

económicamente activo.

Emocionalmente la familia convive con un miembro - "sentenciado a muerte", creando ésto un ambiente de frustración, agresión, temores constantes y sentimientos de culpa.

## CAPITULO IV

### TRASPLANTE RENAL

El trasplante del riñón humano de un individuo a otro, es el tratamiento clínico aceptable para la falla crónica renal en su estadio terminal.

Aún cuando todavía existen algunos problemas, los resultados han sido extraordinarios a la fecha.

Los riñones se consiguen a través de 2 tipos de donadores.

El primero de vivo, donador relacionado, que debe ser el del mismo Bio tipo del paciente.

El segundo tipo de donador, no relacionado, es de cadáver.

#### 4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

A lo largo de la historia, ha surgido en el hombre la esperanza de prolongar la vida. Y en efecto, los trasplantes ocupan un lugar muy importante en la Historia de la Medicina.

A través de los años, desde los pueblos egipcios hasta nuestros días, el hombre ha buscado la forma de mejorar la calidad de vida de los órganos, a través de la observación y la experimentación de los mismos.

Surgió así la idea del trasplante, y ya en el año - 3200 A.C., se citan en el papiro Ebers, intervenciones - quirúrgicas de rinoplastia sobre la base de autoinjertos - de piel.

Siglos después, en el medievo, el ilustre cirujano - inglés John Hunter, publicó en el año de 1771, sus primeros ensayos de trasplantes en sus clásicos experimentos: injertando espolones de gallos a gallinas y dientes de - una persona a otra tomando como donadores a sufridos sirvientes que aceptaban pacientemente brindar estas piezas para embellecer a damas de la sociedad.

En 1869, casi cien años después, se lograron exito-- sos resultados con trasplantes de piel (Sociedad de Cirugía de París).

En 1870, es practicado el trasplante de piel en Méxi co, por el Dr. Luis Muñoz en el Hospital de San Andrés, - aportando ideas para mejorarlo.

En 1890, los doctores Tizzoni y Poggi de la Universi- dad de Boloña, reportan desde el punto de vista experimen- tal, la sustitución de vejiga con autotrasplante de intes- tino delgado.

El Dr. Alexis Carrel, obtuvo el premio Nobel por - realizar y describir la técnica de anastomosis vasculares. Advierte en sus experimentos sobre animales, la asimila--

ción y la necrosis de los tejidos después de un aparente éxito en ciertos injertos.

Estas experiencias se enriquecieron con las observaciones de Ullman (1905), cuando realizó el primer trasplante experimental de éxito transitorio de riñones de cerdos o carneros a la corriente sanguínea de pacientes urémicos y sembró la duda en torno a las razones de rechazo de Jensen (1905): la aparición del fenómeno con una reacción típica al uso de tejidos ajenos al individuo.

En la Segunda Guerra Mundial, debido a pacientes que requerían injertos por quemaduras y otras lesiones, Peter Medawar y Tomás Gibson, retomaron la investigación de estos fenómenos, concluyendo que la causa de los rechazos tenían su origen en la actividad inmunológica (1944).

La práctica de trasplantes y la investigación sobre inmunología, representó en los años 50s, todo un renacimiento de interés médico. Así los reportes sobre trasplantes renales principiaron a ser numerosos, primero en París: Kuss, Sevell, Dubost, en 1951 y posteriormente en Norteamérica en 1955. Entre otros, David Hume contribuyó con la descripción de una técnica quirúrgica de trasplante renal cuyo contenido es en gran parte aún vigente.

En 1958, Dausset encontró el primer antígeno de histocompatibilidad, que sumado a otras aportaciones, le va-

lieron compartir con Snell y Benacerrat el premio Nobel - en 1980.

Fueron Van Rood y Payne en 1958, quienes en forma in dependiente desarrollaron el uso de sueros de multíparas como fuente de antisueros para la identificación de los - antígenos HLA haciendo surgir un mayor número de especi-- ficidades con el método diseñado por Paul Terasaki (1971)

Fritz Bach y su grupo en 1963 idearon la técnica de cultivo de linfocitos y más tarde con ello la identifica-- ción de los antígenos de la región HLA-D en 1976, conoci-- mientos que son fundamentales en la actualidad para el - éxito de trasplante en médula ósea. Todas estas aporta-- ciones científicas permitieron una mejor tipificación de tejidos, que aunado a conocimientos más profundos de los - mecanismos inmunológicos de rechazo y la inclusión en el armamentarium farmacológico de medicamentos inmunosupreso res, constituyeron un avance definitivo y caracterizaron - la práctica actual de los trasplantes (1960, 1970).

Los anales de la histocompatibilidad en México, se - iniciaron en 1967 con Mario Salazar Mallén. En lo que - actualmente es el Departamento de Investigación Científica de la Unidad de Investigación Biomédica del Centro Médico Nacional del IMSS dirigido por Roberto Kretchmer, en 1969 Héctor Gómez Estrada implementó el laboratorio de -

histocompatibilidad. Algunos años después, fue sustituido por Jorge Arellano.

En 1972 Salazar Mallén, Clara Gorodezky y Alejandro Escobar Gutiérrez publicaron los primeros trabajos sobre la distribución de frecuencias en población mestiza e indígena y sobre la asociación de antígenos HLA con las enfermedades de los mexicanos.

En el Instituto Nacional de la Nutrición, el Dr. Federico Chávez Peón creó en 1971 un laboratorio de Histocompatibilidad en apoyo al programa de trasplantes que él mismo iniciara.

Al finalizar el año de 1974, se creó el Programa de Trasplantes de Organos en el Centro Hospitalario "20 de - Noviembre" del ISSSTE, implantado por el Dr. Javier Castellanos Coutiño, quedando la Sección de Histocompatibilidad bajo la responsabilidad del Dr. Luis Terán Ortíz.

Terán y Gorodezky publicaron en 1976, el Segundo Análisis de Distribución de Antígenos del Sistema HLA en mestizos mexicanos; éstos estudios permitieron más tarde obtener con el auxilio de los Ingenieros Luis Mancilla y Julián Alarcón, de la Escuela Superior de Físico Matemática del Instituto Politécnico Nacional, los cálculos de probabilidades para encontrar una buena compatibilidad con los donadores cadáveres de nuestra población.

Esta metodología de los 80s, se hizo extensiva a - otras Instituciones y se iniciaron programas de tipificación en el Hospital de Especialidades del Centro Médico - Nacional del IMSS, con Agustín Núñez en 1982.

Para la realización de los trasplantes en México, sobresalen el Dr. Herman Villareal, quien estableció en el Instituto Nacional de Cardiología, el primer centro de terapéutica con diálisis e instaló uno de los primeros siete riñones artificiales, tipo Kolff, que hubieron en el mundo en la década de los 40s.

Cervantes, en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE inicia programas de Hemodiálisis (1967); Waxman hace lo mismo en el Hospital General de México de la S.S.A.

En el terreno de la Nefrología Infantil, el Dr. Gustavo Gordillo inició en México el empleo de éstos procedimientos para el tratamiento de niños.

El Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS fué la sede de los primeros trasplantes renales (Quijano Narezo, Ortíz Quezada, Gómez Mont y Ronces en 1963).

En 1967 se integra el concepto utilizado hoy de "diálisis-trasplante" como el recurso terapéutico más racional para los pacientes de Insuficiencia Renal Crónica.

El Hospital Infantil de México, inició su programa -



de Trasplantes Renales Pediátricos en el año de 1967. - (González Cerra, Gordillo y Castañeda Villa), directivos de otras Instituciones de Salud, plantearon la necesidad de establecer programas de trasplante y de formar recursos humanos verdaderamente especializados en esa área, que poseyeran, como cirujanos, los conocimientos inmunológicos necesarios y pudieran abordar todos los aspectos quirúrgicos del trasplante: así se estableció una corriente de jóvenes cirujanos que se desplazaron a Universidades - extranjeras prestigiadas en materia de trasplantes y se familiarizaron con la especialidad. Federico Chávez Peón a Boston, Octavio Ruíz Speare y Javier Castellanos Coutiño al Hospital Universitario de Minnesota bajo la tutela del Dr. Richard C. Lillehei, también pionero en trasplantes de páncreas.

La incorporación al país de éste grupo de médicos - con una preparación específica en trasplantes de órganos, marcó un fuerte impulso en la historia de la cirugía nacional cuando al iniciar sus programas en sus respectivas instituciones, consolidaron la etapa de los trasplantes - renales en México.

Chávez Peón, Elías Dib, Fernando Gabilondo, José Carlos Peña (Instituto Nacional de la Nutrición, 1971). Ruíz Speare en 1973 inició los trasplantes renales pediátricos

en el Hospital Infantil del IMAN, hoy Instituto Nacional de Pediatría, colaborando Flamand y Saltzman. En 1975 él mismo inicia un programa similar en el Hospital Central.

Ruíz Speare y Chávez Peón, realizaron trasplantes renales en el Hospital Atzacapotzalco de Pemex y de Ferrocarriles Nacionales de México, antes que éste se integrara al Instituto Mexicano del Seguro Social.

El primer trasplante renal del "Centro Hospitalario 20 de Noviembre" del ISSSTE lo realizó el Dr. Javier Castellanos Coutiño a su regreso de Minnesota, el 19 de febrero de 1975 en el paciente Nuño Eleno Alfonso (en la actualidad totalmente rehabilitado) con donador vivo con parentesco, en él participaron los doctores Abel Archundia, Francisco Gatell, y como cirujano Juvenal Torres Pastana, Manuel Manrique y Rodolfo Zurita como Nefrólogos. Este programa ha sido continuado e ininterrumpido durante catorce años.

Este avance en las Instituciones Oficiales de Salud, se hizo pronto extensivo a diferentes instituciones privadas aumentando rápidamente el número de pacientes con trasplantes renales en el país.

El 11 de octubre de 1980, los doctores Alejandro Treviño como Nefrólogo, Samuel Gutiérrez Voguel como Cirujano

no Vascolar y Héctor Berea como Cirujano Urólogo, llevaron a la práctica el primer trasplante renal en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.

Siendo el Dr. Eduardo Echeverría Alvarez, Asesor del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, por instrucciones del entonces Presidente de la República, Lic. Luis Echeverría Alvarez, convocó a través del Departamento Jurídico de dicha dependencia a los doctores Mario Salazar Mallén, Raúl López Engelking, Federico Ortíz Quezada, Javier Palacios Macedo, Roberto Wallentin y otros para elaborar un anteproyecto de la ley que permitiera y reglamentara la utilización de tejidos y órganos procedentes de cadáveres para disponerlos en los trasplantes. El resultado final fue un documento que llegó a la S.S.A., actualmente Secretaría de Salud, de la que entonces era Secretario el Dr. Jorge Jiménez Cantú. Este documento, que con las modificaciones procedentes se incorporó al nuevo Código Sanitario, se presentó al Congreso de la Unión y fue aprobado en período extraordinario el día 13 de octubre de 1974.

Como primera acción desprendida de la modificación del Código Sanitario, se creó el Banco de Ojos que tuviera como sede del Hospital de Xoco del D.D.F., y como primer Director al doctor Roberto Wallentin.

Apareció al fin, el Reglamento Federal para la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos, publicado en el Diario de la Federación el día 25 de Octubre de 1976, todavía en la administración del Lic. Luis Echeverría Alvarez.

De acuerdo al contenido en el Capítulo Segundo de este reglamento, se designó un cuerpo colegiado y especializado como Consejo Nacional de Trasplantes que tendría como objeto estudiar, conocer y proporcionar información de todos los aspectos relacionados con la disposición de órganos y tejidos de seres humanos vivos o de cadáveres.

Estos conceptos fueron incorporados más tarde a la Nueva Ley General de Salud y a su reglamento, publicados en febrero de 1984 y febrero de 1985 respectivamente, bajo la administración del actual Presidente de la República Lic. Miguel de la Madrid Hurtado y en la Secretaría de Salubridad, hoy Secretaría de Salud, el Dr. Guillermo Soberón Acevedo.

Esta ley proporciona actualmente un marco jurídico que contempla con amplitud todas las posibilidades de trasplantes y ha dado lugar también a la creación del Registro Nacional de Trasplantes con sede en el Instituto Nacional de la Nutrición (1985).

Considerando la gama de trabajos realizados en - - -

el país, desde el trasplante más simple y cotidiano - como la transfusión de sangre. Los trasplantes se dividen en tres distintos niveles de desarrollo: los considerados como poseedores de una experiencia que permite el uso generalizado dentro del arsenal quirúrgico, como los trasplantes de piel, huesos, córnea y riñón; los que se encuentran en un estadio de aplicación bastante avanzada en otros países y previsibles por las capacidades nacionales ya desarrolladas; para su pronta realización en México como los trasplantes de hígado (efectuado ya el primero en abril de 1985 en el INN), corazón y páncreas, y finalmente aquellos en los que la experiencia aún no permite su utilización como tratamiento y quedan dentro del terreno de la cirugía experimental. (Datos obtenidos del trabajo: "Panorama Histórico de los Trasplantes en México". Por el Dr. Javier Castellanos Coutiño, Academia Mexicana de Cirugía, 1985).

#### 4.2 ASPECTOS GENERALES.

Actualmente los resultados del trasplante renal, han sido sorprendentes y el progreso continuará en años futuros; sin embargo, el número de pacientes que anualmente ingresan a las unidades de hemodiálisis es mínimo y menor aún el que alcanza el tratamiento mediante el trasplante

renal.

El número total de trasplantes realizados en el mundo en 1980, fué de 4,697 (estando registrados en ése año bajo tratamiento con hemodiálisis 52,346 pacientes).

En 1983, se trasplantaron 6,129 pacientes (aumento del 30%), mientras que en diálisis se encontraban 71,961 pacientes registrados: (un aumento de 37.4%). (Monaco, - 1985).

Escribe Castellanos (1987) que el principal factor que restringe la posible multiplicación de problemas resueltos, está dado por el limitado número de riñones donados.

En verdad que el 25 por ciento de los insuficientes renales, tiene la posibilidad de recibir un riñón de un donador vivo que generosamente le entrega la oportunidad de vivir. Pero también es cierto que el 75 restante no cuenta con ésta posibilidad por razones de incompatibilidad o de incomprensión hacia el acto de donar u otras muchas razones. Así, la gran mayoría de estos pacientes se encuentran sujetos a la incertidumbre de lograr como un verdadero hallazgo la oportunidad de utilizar un riñón de cadáver para seguir viviendo. Por ésto, hoy por hoy, la búsqueda y utilización de órganos de cadáver parece ser la perspectiva más viable para resolver un elevado número

de casos.

En otros países, en comparación con el nuestro, el donador cadavérico es dos veces mayor que el de donador vivo.

En México, en octubre de 1974, fue aprobada la ley que permite y reglamenta la utilización de tejidos y órganos procedentes de cadáveres para disponerlos en los trasplantes. Se creó el "Reglamento Federal para la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos" publicado en el "Diario Oficial de la Federación", el día 25 de octubre de 1976, siendo entonces Presidente de la República, el Licenciado Luis Echeverría Alvarez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que se presentan 200 nuevos pacientes al año, por cada millón de habitantes, lo cual hace el pronóstico de 14,000 nuevos casos por año, en la población mexicana.

El primer trasplante renal hecho en México, fue realizado en octubre de 1963. El Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS, fue la sede de los primeros trasplantes renales. Se han realizado estas intervenciones en el Instituto Nacional de la Nutrición, Instituto Nacional de Cardiología, Hospital Infantil de México, los Centros Médicos de Occidente y del Noroeste, IMSS, el Hospital Central Militar, DIF, Centro Hospitalario "20 de

Noviembre" del ISSSTE, el Hospital General de la Secretaría de Salud, el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" IMSS. Este avance en las instituciones - oficiales de Salud, se hizo pronto extensivo a diferentes instituciones privadas aumentando rápidamente el número - de pacientes con trasplantes renales en el país.

#### 4.3 TECNICA DEL TRASPLANTE.

Cuando se tiene un donador vivo, el procedimiento - quirúrgico principia con la extracción del riñón izquierdo, el cual se rota y se coloca en la porción derecha baja de la pelvis.

Si se tiene que extraer el riñón derecho, se rotará y colocará en la pelvis izquierda. (No se coloca en su - sitio normal).

Se procede a anastomosar (juntar) la vena renal término-lateral a la vena ilíaca externa y la arteria renal - se anastomosa término-terminal a la arteria ilíaca interna.

El uretero del riñón donado, se implanta en la vejiga a través de un tunel submucoso.

El riñón de cadáver se trasplanta en la misma fosa, - pero tiene que perfundirse e irrigarse y sumergirse en - una solución especial helada con heparina. Se ha logrado



así trasplantar con éxito, riñones hasta 6 a 8 horas después de haber sido extraídos.

Al paciente se le hace preparación muy intensa con sustancias inmunosupresoras, especialmente la azatioprina y corticoesteroides, así como suero antilinfocítico.

El proceso de rechazo resulta de la inmunización del receptor, por antígenos del riñón donado. El receptor forma tanto globulinas, anticuerpos como linfocitos sensibilizados que tienden a destruir al injerto especialmente atacando la vasculatura incluyendo los glomérulos.

Los síntomas o las manifestaciones clínicas del rechazo, son una sensación general de lasitud, malestar general y anorexia.

La fiebre es común así como la leucocitosis, la elevación de la presión arterial es frecuente e indica el ataque al sistema vascular renal.

La elevación de la presión arterial, puede ser uno de los primeros signos de rechazo crónico.

En etapas tempranas, el renograma por radio-isótopos puede mostrar anomalías en el flujo renal sanguíneo y producción de orina (disminución de ambas). Comúnmente se eleva la urea de nitrógeno sanguíneo y creatinina con disminución del volumen urinario.

El examen de orina puede presentar presencia de células

las rojas y proteinuria y ocasionalmente aglomeraciones - de linfocitos.

Una angiograma renal, puede mostrar disminución marcada de la visualización de los vasos corticales.

En vista de que el riñón frecuentemente aumenta su - tamaño, se hace doloroso durante el período de rechazo, - puede ser difícil diferenciar entre: rechazo, obstrucción del urétero y pielonefritis severa.

CAPITULO V  
ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

Sabemos que los estados tensionales aumentan la posibilidad de causar algunas enfermedades y que la angustia produce trastornos fisiológicos. En el estudio sobre niveles de ansiedad que apliqué, pretendo encontrar las causas que llevan al paciente con trasplante renal, al incremento de la ansiedad; por lo tanto, es pertinente hacer una revisión sobre la etiología de la angustia.

En el siglo XVI, en las postrimerías del Renacimiento, muchos autores aportaron ideas germinales para la época moderna, uno de ellos Giordano Bruno, cuya idea de la creación como círculos concéntricos alrededor del yo, dió la orientación filosófica originaria para el modernismo.

Otro autor, Jacob Boehem, precursor del pensamiento protestante, escribió con admirable comprensión acerca de la relación entre ansiedad y los esfuerzos creativos individuales.

Y un tercero es Paracelso, un médico renacentista que enfatizó la influencia del deseo y la decosión del enfermo en el logro de la salud.

Descartes, el "padre de la filosofía moderna", pre-

senta particular interés, pues hizo de la razón individual, la base de la identidad psicológica del yo, en su famoso principio: "Pienso, luego existo". Podemos ver las implicaciones individualistas de la afirmación cartesiana, de qué la función del pensamiento, es la base de la identidad al compararlo con el concepto actual de que el yo llega a conocer su identidad en un concepto social.

En el siglo XVII Spinoza hablaba de temor y no de ansiedad, debemos recordar que el clima cultural en expansión, era radicalmente distinto del de Kierkegaard, Kafka y Freud en los subsiguientes siglos XIX y XX.

Blaise Pascal no creía que la naturaleza humana, en toda su variedad y contradicción, pudiera encerrarse en la razón matemática, ni que pudiera alcanzarse en la certidumbre racional en el campo de las emociones humanas - en sentido similar a la certidumbre de la geometría y de la física. Cuestiona la difundida confianza en la razón, porque ésta no toma suficientemente en cuenta el poder de las emociones. Su clásica frase: "El corazón tiene razones que la razón no comprende", es una admirable anticipación del problema planteado por Freud y el psicoanálisis dos siglos después.

Pascal estuvo interesado en la ansiedad. Citó como evidencia la "constante inquietud en que los hombres pa-

san sus vidas" y el hecho de que la gente incesantemente intenta escapar a través de diversiones, de tener que pensar acerca de ellos mismos". Relacionó la ansiedad con la contingente y precaria condición del hombre.

Los sentimientos de soledad estaban diseminados en el individualismo que surgió en el Renacimiento. Este problema debía resolverse si se quería adquirir comunidad psicológica y desvanecer la siempre presente amenaza de ansiedad.

En el siglo XVII se dió una clara respuesta a este problema, aunque sobre la base de la creencia en la armonía preestablecida.

Surgió el concepto *laissez-faire* de la economía, donde la creencia era de que si cada hombre perseguía sus propios fines económicos individuales y se esforzaba competitivamente por sus propias ganancias económicas, su esfuerzo redundaría al mismo tiempo en beneficio de su grupo social.

En el nivel psicológico, se creía que la libre práctica de la razón individual automáticamente conduciría a la economía de las conclusiones del individuo con las de sus semejantes y en consecuencia a la armonía del individuo con la sociedad.

Leibnitz expresó en su teoría, que el hombre que --

con gran coraje perseguía la razón individual, no tenía por qué sentirse aislado ni ansioso. Esta teoría era un reflejo de la situación cultural de los siglos XVII y XVIII; así, los ciudadanos hallaban en su sociedad y en particular en la religión y en la educación, mayor apoyo psicológico.

En el siglo XX esta idea se transformó en un énfasis en la técnica y en la aplicación de la razón, cada vez más exclusivamente a problemas técnicos, debido a la aplicación del razonamiento matemático y las leyes mecánicas a la naturaleza física.

Pensadores proféticos como Kierkegaard, Nietzsche y Marx, señalaban que mientras el esfuerzo económico individual había incrementado la prosperidad social durante los estadios expansivos del industrialismo, servía ahora a un propósito contrario, en la etapa del monopolio capitalista y en realidad propendía a la alienación y deshumanización del hombre. (Marx).

Nietzsche, prevenía acerca de la transformación de la ciencia en una "fábrica" y temía consecuencia nihilistas.

La creencia del siglo XVII en el control racional de las emociones, se transformó ahora en el hábito de reprimir las emociones. Esta desintegración cultural y

psicológica, produciría disociación y trauma internos, y por lo tanto ansiedad, en mucha gente del siglo XX y también específicamente determinó el doble aspecto del problema de la ansiedad para Kierkegaard y Freud.

¿Cómo puede superarse la dicotomía de la inteligencia y la emoción, y cómo puede comunicarse con sus semejantes el individuo aislado?

Así Freud y Kierkegaard, como Nietzsche y Schopenhauer, trataron de redescubrir de diferentes maneras la dinámica reprimida, inconsciente, llamada "motivo irracional" de la conducta humana y reunirla con las funciones naturales del hombre.

Reconocido como uno de los más grandes psicólogos de todos los tiempos, Søren Kierkegaard, publicó su libro "El concepto de la angustia" en 1844. Escribió "en la misma proporción en que la calidad de las evidencias aumenta, la certidumbre parece disminuir", "quien haya observado la generación contemporánea, seguramente no podrá negar que la incongruencia de la misma y la causa de la angustia y la inquietud es que, mientras por un lado la verdad progresa en extensión en volumen, y en parte también en claridad de abstracción, por el otro la certidumbre disminuye en forma constante". Creía que la certidumbre era una cualidad interna, asequible solo para -

el individuo que podría pensar, sentir y actuar como una unidad psicológica y ética.

Rechazó el racionalismo tradicional por su artificialidad. Insistió en que el pensamiento no podía divorciarse del sentimiento y de la voluntad en que "la verdad sólo existe para el individuo particular en la medida en que la introduzca en la acción". Así de una manera similar a Schelling, Nietzsche y aún a Feuerbach intentaba superar la dicotomía de la razón y la emoción, volviendo la atención del hombre hacia la realidad de su experiencia inmediata, que sustentó a la vez la subjetividad y a la objetividad.

Al abordar específicamente el problema de la angustia, Kierkegaard notó que eludimos la ansiedad hasta el punto en que nos liberamos como individuos y al mismo tiempo adquirimos sentimiento de comunidad con nuestros semejantes.

Para él, la libertad significa una expansión del autoconocimiento y de la capacidad para actuar en forma responsable como un yo. Significa una creciente capacidad para afrontar nuestras posibilidades tanto en el desarrollo individual, como en la profundización de las relaciones de esas posibilidades. La libertad implica siempre ansiedad potencial.



La ansiedad es el "vértigo de la libertad". Para él esa ansiedad era "normal" y no "neurótica", su concepto fue un anuncio de lo que mas tarde Otto Rank describió como la ansiedad inherente a la individuación y de lo que Kurt Goldstein describió como la ansiedad normal del individuo que enfrenta el ineludible sobresalto ante el crecimiento y la experiencia. Un elemento esencial para comprender la ansiedad humana es que el grado de posibilidad de desarrollo del hombre es mucho mayor que el de los animales. Cuanto mayor es la libertad potencial del individuo, cuanto mayores posibilidades creativas tiene el hombre individual, mayor es su ansiedad potencial.

Pero una característica distintiva del hombre es su capacidad para ser consciente de sus propias posibilidades. Esto conduce a Kierkegaard a su importante concepto de la relación del conflicto con la ansiedad. Creía que la ansiedad del niño muy pequeño era "ambigua", "irreflexiva"; el niño no es consciente de la separación entre él y su medio. Pero con el desarrollo de la conciencia de sí en el niño, -de las funciones del yo y del superyó- la elección consciente entra en el cuadro. El niño se vuelve consciente de que sus finalidades y deseos pueden implicar choques con los padres y un desafío a

los mismos. La individuación, es obtenida ahora únicamente al precio de afrontar la ansiedad inherente al acto - de asumir una posición contra, así como también con el - medio. La autoconciencia posibilita el desarrollo individual autodirigido.

Esta conciencia es en el individuo en crecimiento, - la base de la responsabilidad, del conflicto interno y el sentimiento de culpa.

Pensaba que el conflicto interno y el sentimiento - de culpa eran siempre una consecuencia de la creatividad. No debe clasificárseles como neuróticos, ni tampoco danielugar a la ansiedad neurótica en tanto el individuo puede enfrentar sus crisis creativas y resolverlas en un desarrollo mayor de su yo. Por ejemplo: cada posibilidad creativa en el desarrollo individual, implica cierta destrucción del pasado, cierta ruptura de formas o pautas - del pasado; avanzar suscita el inevitable espectro de la separación de los semejantes y de las propias pautas previas; uno se siente tentado de permanecer en lo familiar y lo seguro, y de no aventurarse. Pero el sentimiento - de sí mismo, sólo se adquiere avanzando, pese a los conflictos, la culpa, la soledad y la ansiedad. Si no se avanza, el resultado finalmente, es la ansiedad neurótica. De éste modo, los valores y la ansiedad, están rela

cionados de modo muy estrecho.

Con respecto a la teoría freudiana, la angustia es uno de los conceptos más importantes del psicoanálisis. Juega un papel preponderante en el desarrollo de la personalidad, así como en la dinámica de su funcionamiento.

En 1895, Freud atribuyó la angustia a la represión de impulsos libidinales cuya energía bloqueada, sería - transmutada en angustia.

En 1926, en "Inhibición, Síntoma y Angustia", invierte su punto de vista pensando que la angustia no es el efecto de la represión, sino su causa y sugirió la hipótesis de que son reprimidos los impulsos cuya experimentación consciente sería disruptiva para el Yo.

Freud (1926) distinguió tres tipos de angustia: Angustia real u objetiva, donde el origen del peligro está en el mundo externo; angustia neurótica, donde la amenaza consiste en una elección objetal instintiva del ello; y angustia moral, donde la fuente de la amenaza - es la conciencia del sistema superyoico.

Dice que la angustia es el problema central de todas las neurosis. Para él, la función de la angustia - es actuar como señal de alarma, surge ante la situación de peligro o ante la anticipación de éste. La produce el Yo para movilizar las fuerzas a su disposición y en-

frentarse a la situación atraumática. Aunque la angustia es penosa y uno desearía que se anulara, cumple una función necesaria para alertar a la persona ante la presencia de peligros internos o externos.

Según M. Klein (1948), la angustia proviene directamente de pulsiones destructoras y del peligro producido para el organismo por la pulsión de muerte, fuente de las pulsiones destructoras, sería la causa primera de angustia. Se tiende a confundir la angustia, patrimonio del individuo en evolución, a la vez penosa y constructiva y la angustia adquirida en la cual el individuo está prisionero.

En las diversas partes del desarrollo mental, la angustia resulta manejable; se sabe que el niño puede reaccionar a sus angustias mediante repeticiones activas de la situación angustiante, sea haciéndose describir por un adulto tranquilizador los sucesos pavorosos, sea por el mecanismo de un proceso en control diferido que se acomoda a un "placer funcional" obtenido por el dominio de la angustia.

Según Anna Freud (1965), hay poca diferencia en los niños en cuanto al tipo de angustia que experimentamos porque las modalidades de ésta son subproductos constantes de estados consecutivos a la unión biológica con la

madre (angustia de separación), a la relación de objeto - (miedo a perder el objeto amado), al complejo de Edipo - (angustia de castración), a la formación del Superyo (cul pabilidad).

No es la presencia o ausencia de angustia, su cali--dad o cantidad, lo que permite predecir el equilibrio psí quico o la enfermedad. Lo que es significativo a este - respecto es solamente la capacidad del Yo para dominar la angustia. Es importante tomar en cuenta la elección de - los mecanismos de defensa de cada individuo.

Por otra parte, la ansiedad no puede ser definida - únicamente por sus manifestaciones aparentes. Si bien es cierto que la angustia, con su sintomatología motriz y - neurovegetativa, corresponde a la forma más clásica, - - otras veces los fenómenos motores quedan en segundo plano y no se manifiestan más que bajo la forma de inhibición, - si a veces la ansiedad está verbalizada en fórmulas más o menos vagas, otras veces queda metalizada sin expresión - ni somática ni verbal. Una forma particular y por tanto más interesante, es la angustia negada, en la cual la an gustia es tan profunda e intensa que está recubierta por una racionalización del pensamiento creando un vacío de - toda vida fantasmática. La negación de toda angustia flo tante es a menudo más grave que el manejo relativamente -

controlado de una angustia episódica.

La angustia es una sensación penosa de malestar profundo, determinada por la impresión difusa de un peligro vago, inminente, contra el cual se siente el individuo - desarmado e impotente. (Freud S. 1926).

La angustia puede provenir de un conflicto interior, de una actividad sexual insatisfactoria, o de una pérdida de amor, que reactiva un viejo sentimiento de abandono, - debido a anteriores experiencias penosas.

Los niños pequeños sufren trastornos incluso en circunstancias de separación muy breves.

Los niños mayores dan muestras de zozobra ante separaciones más prolongadas.

Los adultos se muestran trastornados cuando la separación es muy prolongada o permanente, como en el caso de la pérdida de un ser querido. (Bowlby J. 1976).

Las experiencias de separación y pérdida, producidas recientemente o años atrás desempeñan un papel central en el origen de muchas condiciones clínicas.

El hecho de extrañar a alguien que se ama y desea, - constituye una de las claves que buscamos y la forma de - ansiedad en particular a la que da lugar la separación y la pérdida no sólo es común sino que también provoca un - sentimiento más profundo.

En la bibliografía psicoanalítica abundan teorías - que nos hablan sobre la ansiedad que genera la separación como son:

La teoría Del Trauma del Nacimiento de Rank (1924), - la teoría de Señales de Freud (1926), la teoría Freudiana de la Libido Transformada (1905) y las dos teorías de - Klein, De la Ansiedad Persecutoria y Depresiva (1934). - William James (1890), postuló la teoría de que "La gran - fuente de terror en la infancia es la soledad".

Debido a que para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, el tratamiento antes del trasplante consiste en: a) dializarse por medio de una máquina (hemodiálisis, b) dializarse solos (diálisis peritoneal) y c) los afortunados al trasplante renal, el cual les permite resurgir de una muerte inminente y les da la oportunidad de seguir viviendo, el paciente con I.R.C., se ve expuesto a una dependencia total y perenne con la diálisis de la cual no podrá separarse hasta que surja la posibilidad del injerto renal. Aún cuando pueda correr esta suerte, a estos - pacientes no se les puede dar un estado de salud, ni la - calidad de vida que gozaban antes de su enfermedad. Ellos se encuentran intermitentemente azotémicos, con anemia - crónica y predispuestos a complicaciones.

Es por esto que crean una dependencia con los médi--

cos, enfermeras y Centros Hospitalarios donde son atendidos, provocándose una ansiedad inminente, ante la separación de éstos.

La terapia de apoyo puede reemplazar esta dependencia y ventilar las angustias que son ocasionadas por una compleja estructura que rodea al paciente, ayudando a éste a una separación adecuada y a la adaptación a su nuevo estado de vida.



## CAPITULO VI

### ETIOLOGIA DEL DUELO

Considero útil la descripción de este capítulo, debido a que el concepto del duelo implica todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo. Y ya que el paciente renal, tiene que enfrentarse a la pérdida de uno de sus órganos, llevándole a un estado de ánimo profundamente doloroso, es importante mencionar algunas de las causas que tendrán como base común, la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida.

Para comprender mejor la naturaleza y la dinámica profunda del proceso del duelo, de la calidad e intensidad de los sentimientos que participan en el mismo, de por qué provoca tanta ansiedad y sufrimiento, de cómo da lugar, a menudo, al fracaso de su tentativa de elaboración, y, finalmente, de qué depende la posibilidad de una evolución sana, será útil exponer una síntesis sobre los principales conceptos desarrollados por Freud, Melanie Klein y Grinberg, cuyos trabajos sobre el tema son de un valor indiscutible.

Etimológicamente, el término duelo significa "dolor" y también "desafío o combate entre dos".

Ambas acepciones pueden aplicarse tanto al sufrimiento provocado por la pérdida del objeto y de partes del Yo proyectadas en el mismo, como también al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el "combate" librado por desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos y bondadosos.

Para Freud, el duelo consistía esencialmente en la reacción experimentada frente a la muerte o frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: patria, la libertad, un ideal, etc.

Se puede experimentar también un duelo por otras pérdidas, así por ejemplo, se puede reaccionar de este modo frente a una separación que puede angustiar y deprimir por diferentes motivos o ante la pérdida de un objeto (riñón) o un recuerdo que encierra un contenido emocional muy valorado.

Ante estas pérdidas, el individuo experimenta un estado de ánimo profundamente doloroso, junto con un cese del interés por el mundo externo, una pérdida de la capacidad de amor y una inhibición de casi todas las funciones.

Para Melanie Klein, existe una conexión estrecha entre el duelo y los procesos de la temprana infancia. El

niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y son esos tempranos duelos los que le sirven posteriormente en la vida cuando experimenta algo penoso.

El trabajo de duelo incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y a una readaptación del Yo frente a la realidad. Esta adaptación a la realidad, representa la condición esencial para la elaboración normal del duelo. Pero durante el decurso del "trabajo del duelo" existe una serie de fluctuaciones producidas por la intervención de diversos sentimientos vinculados con las ansiedades y culpas persecutorias y depresivas que le otorgan una evolución particular.

Bowlby señala tres fases importantes en todo duelo y las denomina: Protesta, Desesperación y Separación. Destaca que lo más importante en un duelo es tolerar la desorganización y poder llevar a cabo la reorganización dirigida a un nuevo objeto. Este es su principal carácter adaptativo.

Además del duelo normal, se presenta en algunas personas el duelo patológico, especialmente en sujetos melancólicos.

En el primer caso, el mundo ha quedado pobre y vacío ante la pérdida, mientras que en el segundo caso, es el mismo melancólico quien se siente empobrecido y des--

preciable.

Bowlby sugiere que la persistente búsqueda de unión con el objeto definitivamente perdido, es el principal -- motivo presente en el duelo patológico.

"El duelo es un largo proceso que se inicia en el momento mismo de la pérdida, y en el que el Yo adquiere un papel fundamental. Incluye el duelo por el objeto mismo, y el duelo por las partes del Yo en él depositadas, procesos que se realizan simultáneamente. La función sintética tiene un papel muy importante y fundamental, pues es la que va a permitir la reparación del objeto dañado, y por tanto la recuperación del buen objeto interno y, simultáneamente, la reparación y recuperación de las partes dañadas del Yo, incluyendo también la recuperación de parte de la función sintética perdida, con lo cual el proceso del duelo podrá concluir.

Según Pollock, cuando ha habido alteraciones en la elaboración del primer duelo, los duelos posteriores adquirirán caracteres patológicos, pues el Yo deficitario no podrá utilizar todos sus recursos frente a ese nuevo trauma. En esta situación el proceso se estanca, configurando algún cuadro patológico (manía, melancolía, neurosis obsesiva, afección psicósomática), y el proceso del duelo continuará indefinidamente".

Vivir implica necesariamente pasar por una sucesión de duelos. El crecimiento en sí, el pasaje de una etapa a otra, involucran pérdidas de ciertas actitudes, modalidades y relaciones que, aunque son sustituidas por otras más evolucionadas, impactan al Yo como procesos de duelo que no siempre son suficientemente elaborados.

Todo ataque al cuerpo (enfermedad somática, traumático o vivencia hipocondriaca) es vivenciado como un ataque al self y a su identidad. Pero es al estado de angustia y preocupación depresiva por el self al que me quiero referir ahora.

Szasz, plantea interesantes ideas acerca de la utilización del cuerpo por parte del Yo para la elaboración de pérdidas referidas al propio cuerpo.

Señala que el proceso del duelo es considerado como una adaptación necesaria por parte del Yo a un desequilibrio en la relación con el objeto.

Abraham había comparado este fenómeno con el proceso de digestión, denominando al duelo el "metabolismo psicológico" del objeto perdido.

Para Szasz la pérdida de una parte corporal da lugar al proceso siguiente: en primer lugar se activan las defensas del Yo, que conducen a una negación parcial de la pérdida y a su reacción en forma de "miembro fantasma". -

En lugar de experimentar una pérdida brusca, el Yo trata de elaborar el trauma en pequeñas dosis, a través de una gradual modificación de la imagen corporal; luego sobreviene una progresiva disminución del fenómeno "fantasma" y su desaparición ulterior hasta que surge una nueva integración del Yo corporal.

Dentro del proceso de duelo por las partes perdidas del self, se encuentran situaciones específicas como: el problema de crisis de identidad, el envejecimiento y la muerte ineludible, denominadas como "crisis de la edad media de la vida".

Las fantasías y ansiedades específicas que surgen durante tales crisis son de distinta clase. Pueden estar referidas a la salud y al propio cuerpo; son fantasías hipochondriacas que abarcan toda clase de preocupaciones y temores a enfermedades, por ejemplo, el cáncer, el infarto, etc. Pueden estar vinculadas con la inquietud económica: temor al descalabro financiero aunque no exista una base real, o a no poder incrementar los ingresos para mantener o reforzar el standard de vida; o bien fantasías que se relacionan con el temor a perder el status social o el prestigio alcanzado.

La base inconsciente de muchas de estas fantasías está conectada con el problema de la identidad y el profun-

do temor al cambio. Es el problema de la elaboración patológica del duelo por el self que afecta a esta edad de la vida, lo que debe ser encarado esencialmente.

Existe un aspecto de suma importancia dentro del vasto problema del duelo por el self. Es el que se refiere a la actitud del Yo frente a la enfermedad, el temor de la muerte y la muerte misma.

Este aspecto; enfermedad y muerte, rodea la vida del paciente crónico y le lleva a experimentar angustia y depresión, debido principalmente al hecho de enfrentarse -- con la pérdida de una parte de su cuerpo, que representa un ataque al self y a su identidad. Son pacientes cuya edad promedio, puede clasificarse dentro de la "crisis de la edad media de la vida", y por consiguiente, quedan vinculados a fantasías que se relacionan con el temor a perder un status socio-económico. Además debido al gasto económico que implica el tratamiento y el injerto en sí, estas fantasías suelen hacerse realidad, incrementando la ansiedad del paciente.

El paciente crónico con insuficiencia renal, es un paciente ansioso. Son múltiples las causas que le llevan al incremento de la angustia y muchas las pérdidas que debe elaborar. Si además, presenta una personalidad muy débil, no podrá elaborar un duelo normal, cayendo entonces-

en la elaboración de un duelo patológico, imposibilitando así, el éxito del trasplante.



## CAPITULO VII

## ASPECTOS PSICOLOGICOS EN PACIENTES RENALES

Ninguna descripción de una enfermedad es compleja, - sin una revisión de las implicaciones psicológicas de esa enfermedad y de sus efectos en la vida total del paciente.

Para Fenichel (1966), "toda enfermedad es psicósomática, ya que ninguna enfermedad somática se halla enteramente libre de influencias psíquicas". Los trabajos de - Holmes y Rahe (1967), apoyan el concepto de que eventos - psicológicos tensionales aumentan la probabilidad de causar alguna enfermedad.

Según Kolb (1976), "la angustia produce trastornos - fisiológicos más que simbólicos. Cada uno experimenta su enfermedad de acuerdo a su personalidad y de acuerdo a - sus reacciones frente a la tensión. Problemas en las relaciones interpersonales, la falta de satisfacción emocional, produce tensión, ansiedad y alteran la fisiología. La expresión fisiológica surge cuando las defensas psicológicas ordinarias son insuficientes para mantener la homeostasis. Parece que las personas introvertidas padecen más síntomas somáticos que las extrovertidas".

Además, es generalmente aceptado, que las enfermedades crónicas afectan todos los parámetros de la vida indi

vidual del paciente.

Pacientes en diálisis.- El impacto de la enfermedad crónica ocurre cuando el paciente principia a reconocer - que sus síntomas tienen un significado muy especial para su vida subsecuente. El paciente reacciona conforme a su personalidad. Este debe ajustarse al diagnóstico y al régimen médico que acompaña a la enfermedad crónica y a la dependencia de tratamiento mecánico de hemodiálisis por - varias horas a la semana, por el resto de su vida, a me- nos que surja la posibilidad de un trasplante.

Cummings (1970), ha descrito las presiones en los pa- cientes con diálisis en términos: fisiológicos, sociales e interpersonales.

- 1.-Disminución de las funciones intelectuales, debi- do a cúmulo de sustancias de desecho, con menos - efectivo uso de funciones (concentración, abstrac- ción y generalización).
- 2.-Presiones en la seguridad financiera del paciente y su productividad. Con los consecuentes reajus- tes de toda la familia.
- 3.-Cambios personales en conceptos de sí mismo y del valor de sí mismo.

Por otra parte, Wright, Sand y Livingston (1968), ca- racterizan las tensiones de los pacientes en diálisis de

la siguiente manera:

- 1.-Pérdidas de salud física, actividades sociales y estatus financiero.
- 2.-Daño ó amenaza de daño al cuerpo y al área de los "shunts" (fístulas).
- 3.-Frustraciones experimentadas por los pacientes cuyos instintos y necesidades son afectadas por el tratamiento médico.

Algunas de las pérdidas físicas son por ejemplo: la disminución de la función intelectual, la pérdida de una-sensación general de bienestar físico con irritabilidad; cambios de peso y degenerativos en huesos y músculos, con resultantes dificultades en la marcha y la restricción de actividades.

Las pérdidas sociales incluyen las de retirarse de - grupos y clubes. La pérdida de apoyo de la familia y ami- gos, sobre todo, si es necesario viajar a otra ciudad pa- ra obtener tratamiento.

La pérdida de trabajo e ingresos o la inhabilidad de mantener niveles esperados en la casa o la comunidad, le quitan a la persona su valor estimativo, derivado de és- - tas actividades.

Cuando tales modificaciones de la forma de vida son forzadas en el paciente en áreas de planeación, recrea- -

ción, seguridad financiera y fines vocacionales, su efecto en su concepto propio, merece atención esmerada.

Debido a todo esto, la reacción puede ser de defensa, determinación de sobreponerse, aceptación pasiva, enojo, separación de la familia y amigos y el uso de cualquiera de los mecanismos de defensa. El uso de estas defensas, debe ser entendido como inconsciente y no planeado por el paciente. DeNour (1977), documenta que este grupo de pacientes, sufren cambios sorpresivos en combinación e intensidad de defensas; En cortos períodos de tiempo fueron observados, resultando en cambios continuos de cuadros clínicos, cambios de comportamiento y facetas de personalidad.

El uso de una gran cantidad de defensas puede causar un cambio marcado en la personalidad. Esta quiebra de defensas, puede llevar al paciente a sufrir ansiedad, represión y comportamientos paranoicos.

La segunda categoría de tensiones incluye el temor al daño del "shunt" ó fístula, por actividades normales como el caminar ó por una infección ó coágulos. Para manejar esto, el paciente puede tener cuidados excesivos en general, con un comportamiento a veces paranoide.

Finalmente, el paciente debe aprender a manejar las frustraciones que encuentra en sus impulsos básicos. Se-

gún Klein (1962), "El aumento de la libido, al no ser satisfecha, perturba el equilibrio psíquico y provoca tensión intolerable".

Comer, sexo e impulsos agresivos, deben ser manejados en diferentes maneras. Restricciones en la dieta, le permiten al paciente poco de los placeres derivados del comer.

Harari (1971), reporta que la mayoría de los pacientes tiene reducción considerable de la libido y de actividad sexual.

Halper (1971), describe el área de impulsos agresivos, como especialmente problemática en pacientes donde el trabajo o actividad física, son más importantes que la actividad intelectual.

Todas éstas tensiones pueden dar al paciente una sensación incoordinada de pérdida de control sobre su medio ambiente y sobre sí mismo.

Las intervenciones que le permiten volver a obtener el control son muy apropiadas.

Gentry y Davis (1972), observaron que éstos pacientes presentaban similitud en sus percepciones; que su vida estaba controlada por algo o por alguien externo a ellos. Esta reacción se desarrolla temprano en la diálisis, entre más tiempo es dializado el paciente, menos in-

terés muestra en su vida actual o en nuevas relaciones, - por lo tanto, la negación de éstos pacientes puede ser - una adaptación funcional.

La literatura revela que la diálisis, como un evento de la vida, es invasivo y estresante.

Abram (1970), observa: "El asalto a la independencia del paciente, a su autoestima, a su esquema corporal y a - la sensación física de bienestar es significativa hasta - el punto de la intolerancia".

Aspectos familiares.- Las áreas de tensión defini-- das por Wright, Sand y Livingston (1968), y colocados - aquí como estreses personales, tienen ramificaciones espe-- ciales para la familia. Los cambios físicos requieren - que el individuo encuentre nuevas o diferentes formas de mantener su status en la unidad familiar. El hombre que no puede ya trabajar, deberá encontrar otras maneras de mantener su posición y estima en la unidad familiar; la mujer que no puede ya realizar el trabajo en casa, debe - encontrar nuevas maneras de hacerlo y mantener su estima con sus hijos y esposo. Los cambios que ocurren como resultado de la enfermedad, causan cambios en responsabilidades, comunicación y en el tomar decisiones.

A los miembros de la familia puede ya no serles posi

ble continuar sus actividades sociales normales, debido a las nuevas responsabilidades que han adquirido. La relación entre esposos y sus amigos puede deteriorarse por la dificultad de socializar.

El "shunt" ó fístula del paciente, es difícil de aceptar por la familia. Los cambios físicos pueden ser angustiantes o temerosos para los niños. Esto afecta a los hijos y la angustia del paciente aumenta.

El paciente se torna muy demandante, y si antes se apoyaba en la familia, ahora buscará más a sus familiares. Necesitará apoyo para no sentirse solo con su enfermedad.

Sólo cuando el paciente integra la experiencia de enfermedad a un estilo de vida aceptable para él, se ajusta a su enfermedad, Eccard (1979). La adaptación a largo plazo que el paciente realiza, es individual.

Paciente con trasplante renal.- Cuando el paciente ha sido dializado y ha encontrado la posibilidad de recibir el trasplante, se expone a varios problemas que deben ser considerados:

1. El receptor.
2. Donadores vivos.
3. La obtención de órganos de cadáver.

El receptor antes del trasplante.- Es importante -

tomar en cuenta la aceptación del receptor hacia la posibilidad de un trasplante, debido a la actitud de éste, en términos de que va a mejorar o de que no lo desea debido a su estado físico y psíquico.

Muchas veces, aun cuando el paciente no tenga duda de aceptar el trasplante, puede sentirse dudoso de exponer a sus familiares a cualquier riesgo o puede temer verse dependiente del donador.

Eisendrath, Guttman y Murray (1969), reportan el caso de un paciente y su esposa, que rehusaron el aceptar un riñón de la madre del paciente, prefiriendo un injerto de cadáver, porque tenían miedo que se convertiría en "propiedad" de la madre, una mujer con una personalidad muy dominante.

Colomb y Hamburger (1967), presentaron el caso de 25 receptores que fueron sometidos a un cuestionario psicológico antes del trasplante y mostraron un deseo de vivir que trascendía sobre las demás consideraciones.

Muchos mostraron gran ansiedad, especialmente porque la sugestión de un injerto los hizo darse cuenta, por primera vez de la severidad de su enfermedad. Otros expresaron sentimientos de culpa para sus donadores.

Problemas después del trasplante.- Los problemas -



psicológicos en el receptor después del trasplante, fueron relativamente comunes, ocurriendo en el 22% de nuestros casos: neurosis de ansiedad, fatiga, problemas de personalidad, dificultades familiares y problemas de readaptación al trabajo.

Estadíos depresivos raramente fueron severos como para intervenir con el tratamiento y rehabilitación de los mismos.

Los problemas más serios, pueden ser vistos hasta -- cierto nivel por el exámen psicológico preoperatorio, por que la mala condición física del paciente puede invalidar éstos exámenes.

En algunos de estos casos, el psicólogo estaba temeroso de la habilidad del paciente a cooperar y tolerar el programa terapéutico, pero después del trasplante, se volvieron totalmente cooperadores, con una personalidad balanceada, transformada por el gusto que ocasionó la terminación de su uremia. La adaptación psicológica al injerto en general, es mucho mejor que la adaptación a la diálisis.

Donadores vivos.- Se ha puesto considerable atención al problema moral, pero existen también problemas legales.

Problemas morales.- Siguiendo la ética tradicional

médica, una operación mutilante, es aceptable sólo si se realiza para el beneficio de la persona que se está operando y si el riesgo de operar es menor, que el de no operar. En el caso del injerto del donador vivo, el problema es totalmente diferente, ya que la operación beneficia solamente al receptor y presenta ciertos riesgos para el donador.

Según los teólogos Tesson y Cunningham (1956), concluyen que "no hay objeción moral en donar un riñón con la esperanza de salvar la vida de un familiar". El hombre, no solo tiene el derecho sino la obligación de ayudar a otro en peligro, si se arriesgan por otro ser humano, más habrá de hacerlo por un familiar.

El donador debe ser informado ampliamente y tomar una decisión libre y ser un voluntario genuino.

Riesgo que toma el donador.- El riesgo en una nefrectomía unilateral en un paciente sano, es de 0.05% y a largo plazo, se ha estimado en 0.07%, esto significa que el riesgo total a corto y largo plazo está entre 0.1 y 0.2%. En realidad, el donador no corre riesgo, a pesar de eso, el receptor lo vive como peligroso, debido a la culpa que implica "el robar algo del otro".

Los donadores deben valorarse con cuidado y no deben

ser mayores de 50 años, obesos, tener problemas venosos - en miembros inferiores, deben tener buenas arterias renales y por supuesto que fueran del mismo grupo sanguíneo, compartir por lo menos con el 50% de los antígenos del sistema HL-A, tener un cultivo mixto de linfocitos con índice de estimación menor a 1.5% y prueba cruzada negativa como indicadores de la ausencia de anticuerpos preformados en el receptor. (Gorodesky, Terán y Escobar 1982). - El donador deberá ser un individuo balanceado, con conocimiento completo de los riesgos que va a tomar y la posibilidad de que falle el injerto. Debe tener la habilidad de hacer una decisión en completa libertad, debe además, ser un familiar cercano del receptor, que no debe estar sometido a influencias o presiones externas, especialmente por su familia.

El donador da un riñón por un sentido del deber y de culpa. Ej. "No tenía remedio si no daba mi riñón, el paciente se moría y no hubiera podido vivir conmigo mismo".

En algunos casos los donadores pueden rehusarse, especialmente cuando saben que el secreto de su decisión será escrupulosamente guardado.

Los donadores raramente se arrepienten, aún cuando - el injerto falla, Eissendrath (1969). En la mayoría de los casos, aún con las ansiedades del período operatorio,

su acción es para ellos una causa de inmensa satisfacción y orgullo. Algunas veces se quejan que los receptores - tienen toda la atención.

Riñón de cadáver.- El quitar un órgano de un cadáver podría en sí no ser, ni presentar problema ético difícil. El cadáver aunque ya no es una persona, debe ser respetado, los receptores no están angustiados por el hecho de - que el órgano viene de un cadáver, sin embargo, la ansiedad natural es agravada por el tiempo que han pasado esperando un riñón aceptable, por meses o aún por años.

## CAPITULO VIII

## METODOLOGIA

## 8.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a que la Insuficiencia Renal Crónica, puede - llevar al paciente a la muerte a corto plazo, en relación con el promedio de vida de una persona sana, y que el número de pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis es mínimo y menor aún el que recibe un trasplante renal, - el tema de la angustia juega un papel muy importante en la vida del paciente trasplantado.

Es importante hacer notar que el número total de pacientes trasplantados en el mundo en el año de 1980 fué de 4,697 (estando registrados en ese bajo tratamiento con hemodiálisis 52,346 pacientes).

En el año de 1983, se registró un aumento del 30% en pacientes trasplantados, habiendo recibido un injerto renal en ese año 6,129 pacientes (mientras que en diálisis se encontraban 71,961 pacientes registrados). En México - se han realizado aproximadamente 1500 trasplantes, lo que da un promedio de 75 años, cifra muy por debajo de lo que se requiere para cubrir el 30% de los pacientes con Insuficiencia Crónica Terminal, que podrían beneficiarse con - este tratamiento.

En los Estados Unidos, se han hecho estudios con respecto a la tecnología médica, los que han dado lugar a un número de dilemas de tipo psicológico, ético, legal y económico.

Tomando en cuenta los datos mencionados, es importante realizar estudios e investigación sobre las causas que llevan al paciente renal al incremento de la ansiedad.

#### 8.1.1 Objetivo General.

El objetivo general de la investigación es observar si existe relación entre el tiempo transcurrido y el nivel de ansiedad en pacientes con trasplante renal; los resultados servirán para el mejor tratamiento y control del paciente por el personal médico y paramédico.

#### 8.1.2 Hipótesis.

Ho. No hay diferencias entre los puntajes de ansiedad de los pacientes con trasplante renal, desde el post-operatorio inmediato hasta 5 años después, y los pacientes en que el tiempo transcurrido ha sido de 5 a 14 años después del trasplante.

Hi. Es diferente el nivel de ansiedad entre los pacientes con trasplante renal, desde el post-operatorio inmediato, hasta 5 años después y los pacientes en que el tiempo transcurrido ha sido de 5 a 14 años después del trasplante.

### 8.1.3 Variables.

Variable independiente: a estudiar será el tiempo -- transcurrido, desde el momento en que se llevó a cabo el -- trasplante.

Variable continua con 2 valores arbitrarios:

a) Tiempo transcurrido desde el trasplante, hasta 5 -- años (grupo A).

b) De 5 a 14 años después de la cirugía (grupo B).

Variable dependiente: será el nivel de ansiedad.

Variable continua: que se evaluará por medio de la -- prueba IDARE.

### 8.1.4 Definición de términos.

Ansiedad. Estado afectivo caracterizado por un sentimiento de inseguridad. Con frecuencia empleado como sinónimo de angustia, se diferencia de ésta por la ausencia de alteraciones fisiológicas (sensación de ahogo, sudor, aceleración del pulso) que nunca faltan en la angustia. Varias escuelas tratan de explicar la génesis de la angustia según las respectivas posiciones doctrinales. Para -- los teóricos el aprendizaje de este estado, debe ser una -- tendencia adquirida; por el contrario, para los psicoanalistas, la ansiedad es explicada por las frustraciones de la libido y por las prohibiciones del superyó; es una señal -- de peligro dirigida al yo, es decir, a la personalidad --

consciente, el cual advertido en esta forma, puede responder con medidas adecuadas o movilizándolo sus mecanismos de defensa.

#### 8.1.5 Población de estudio.

Se trabajó con 47 pacientes, donde el tiempo transcurrido fue a partir del post-operatorio hasta 14 años después del trasplante, y el otro de 5 a 14 años después. Estos sujetos se encontraban entre los 21 y 60 años de edad, de la Unidad de Trasplantes del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE en la ciudad de México. Fueron eliminados los niños y los adolescentes, ya que poseen características distintas, en comparación a los sujetos adultos y por lo tanto, no pertenecen al presente estudio.

#### 8.1.6 Definición de instrumentos y personal.

Se aplicó individualmente una ficha de identificación y posteriormente una prueba para poder determinar los niveles de ansiedad. Para tal información, se utilizó el Inventario de Ansiedad IDARE.

Sólo fue necesaria la intervención de un psicólogo para la aplicación de la prueba.

El inventario se aplicó individualmente a cada uno de los participantes.

La consigna para la escala de ansiedad-rango es:



"Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente".

El inventario de ansiedad fue iniciado por Charles D. Spielberger y R.L. Gorsuch, en el otoño de 1964 en la Universidad Vanderbilt y estandarizado por el Dr. Días Guerrero.

Se deseaba construir un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación y que pudiese ser utilizado para medir la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en adultos normales.

El inventario está formado por dos escalas separadas de autoevaluación.

La ansiedad-rasgo, describe las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y la frecuencia con que se experimenta el estado de ansiedad durante un período prolongado de tiempo.

Si el puntaje resulta alto, las personas son más vulnerables a la tensión y es probable que sufran de ansiedad neurótica.

La escala ansiedad-rasgo, consiste en veinte afirmaciones en las que el sujeto describe cómo se siente generalmente. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja.

Spielberger piensa que las causas de la ansiedad - rasgo son las experiencias infantiles y las primeras relaciones entre padres e hijos. (Retiro de afecto), así como las evaluaciones negativas de maestros y compañeros.

Para este autor, un alto porcentaje de ansiedad-rasgo, combinado con la incapacidad de expresar ira, (aún cuando sea lo más adecuado), es característico de la personalidad neurótica.

El estado de ansiedad, se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica. La persona se siente tensa, aprehensiva, molesta, aterrorizada o nerviosa.

El estado es variable, según el estímulo exterior y fluctúa en el tiempo.

#### Calificación.

La dispersión de los puntajes del IDARE varía desde una mínima de 20 puntos hasta una máxima de 80 puntos.

Para calificar la escala de ansiedad-rasgo, simplemente se coloca la plantilla de calificación sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de: 1.- Casi nunca; -

2.- Algunas veces; 3.- Frecuentemente y 4.- Casi siempre. Se suman los puntajes y a mayor puntuación, mayor ansiedad

La puntuación T normalizada para pacientes de medicina general es:

Medida = 40 y desviación standard = 12.

Validez.

La escala de ansiedad-rasgo se ha correlacionado con la escala de ansiedad IPAT (Cattell E. Scheir, 1963), con un coeficiente de 0.75 y con la escala de ansiedad mani-fiesta IMAS (Taylor, 1963), con un coeficiente de 0.80.

Vemos que la correlación es alta, lo que nos indica que ambas pruebas están midiendo lo mismo en alto grado.

Confiabilidad.

La confiabilidad del test-retest para la escala de ansiedad-rasgo varía de 0.80, que es bastante alta.

## 8.2 METODO.

### 8.2.1 Diseño de investigación.

El presente estudio de desarrollo bajo un tipo de investigación Ex-post-facto. Es una investigación empírica sistemática en la que el científico no tiene control directo de la variable independiente, porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentes, no manipulables.

Se hacen inferencias acerca de relaciones entre variables, sin intervención directa partiendo de la variación - concomitante de variables dependientes e independientes - (Kerlinger, 1975).

#### 8.2.2 PROCEDIMIENTO.

Se llevó a cabo un estudio sobre niveles de ansiedad - en pacientes que fueron sometidos a trasplantes de riñón, siendo éstos adultos de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre los 21 y los 60 años del "Centro Hospitalario 20 de Noviembre" ISSSTE, de la Unidad de Trasplantes de la consulta externa.

Se les entrevista individualmente, aplicándoles una ficha de identificación con los datos siguientes:

#### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre

Edad

Sexo

Ocupación actual

Expediente No.

Fecha de trasplante

Origen del riñón(D.V.) (D.V.)

Parentesco

Número de trasplante (1) (2)

Función renal (buena) (regular) (mala)

Crisis de rechazo (si) (no) (cuántas)

Tiempo de hemodíalisis

Número de sesiones semanales

Reacción psicológica

Complicaciones

Situación actual (buena-2mg) (regular-de 2 a 4)

(mala-más de 4)

Enfermedad que le llevó al trasplante

Donador

Nombre

Edad

Sexo

Ocupación actual

Expediente

Se pidió la cooperación del paciente para llenar la ficha de identificación y se aplicó el test IDARE, planteándole la importancia del estudio en beneficio del paciente.

Se le proporcionó un cubículo aislado donde pudo llenar la ficha de identificación y posteriormente el in--

ventario formado por dos escalas separadas de autoevaluación (escala ansiedad-rasgo) y (escala ansiedad-estado). - No hubo límite de tiempo.

### 8.2.3 ANSLISIS DE RESULTADOS.

Cuando se trabaja con dos muestras pequeñas como en este caso, la evaluación de la significatividad de la diferencia entre las medidas obtenidas de cada una de nuestras muestras, aplicamos la fórmula "t", que es:

$$t = \frac{\text{Dif.}}{\text{Dif.}} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}$$

Para ello establecemos:

Paso 1.- Primero establecer una hipótesis de Nulidad representada por  $H_0$ . En este caso temporalmente suponemos que nuestras dos muestras provienen de la misma población: esto es, suponemos que no hay diferencia alguna entre las medidas verdaderas de las poblaciones más grandes (de hombres y mujeres) de las que nuestros conjuntos de muestras de puntuaciones fueron extraídas. La distribución de "t", como se define, está basada en la suposición de que los pares de muestras son extraídas de la misma población.

Paso 2.- Determinamos la probabilidad aproximada de que un valor de "t", tan grande como el valor obtenido (o mayor), pudiera ocurrir sobre la base de variaciones fortuitas en las diferencias entre pares de muestras extraídas de la misma población.

Para hacer esto, debemos usar la tabla de "t".

La siguiente fórmula propuesta por R.A. Fisher es aprobada cuando, como en este caso, las muestras no son del mismo tamaño.

$$\text{De donde: } s(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) = \sqrt{s^2 \frac{n_1 + n_2}{n_1 \times n_2}}$$

$$\text{Donde: } s^2 = \left( \frac{\sum x_1^2 + \sum x_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right)$$

Sustituyendo tenemos, para SXE (Escala):

$$t = \frac{37.11 - 37.84}{\dots}$$

$$\sqrt{\frac{497.12 + 19102}{34 + 13 - 2} \times \frac{34 + 13}{34 \times 13}}$$

$$t = \frac{0.73}{\sqrt{\frac{68814}{45} \left( \frac{47}{442} \right)}} = \frac{.73}{\sqrt{1529.2 (.10)}}$$

$$t = \frac{.73}{12.36} = 0.05$$

$$t = 0.058$$

Sustituyendo tenemos, para SXR (Rasgo):

$$t = \frac{38.32 - 37.61}{\frac{52.595 - 19.329}{34 - 13 - 2} \frac{34 - 13}{34 \times 13}}$$

$$t = \frac{0.71}{1,598.31 \times 10}$$

$$t = \frac{.71}{13.04} = 0.054$$



$$t = 0.054$$

En nuestros datos tenemos:

Para la "t" de la escala:  $t = 0.058$

y para la "t" del rango:  $t = 0.054$

### RESULTADOS.

Tabla de puntajes obtenidos en la escala de ansiedad rango.

GRUPO "A", recién operados a 5 años después del trasplante.

n = 34

SXE	A1 <sup>2</sup>	SXR	A1 <sup>2</sup>
22	484	25	625
24	576	27	729
24	576	28	784
27	729	29	841
29	841	30	900
30	900	31	961
30	900	31	961
31	961	32	1024
31	961	32	1024
32	1024	32	1024
32	1024	33	1089

...

SXE	A1 <sup>2</sup>	SXR	A1 <sup>2</sup>
34	1156	33	1089
34	1156	33	1089
35	1225	33	1089
35	1225	34	1156
36	1296	35	1225
36	1296	35	1225
36	1296	35	1225
36	1296	37	1369
36	1296	38	1444
37	1369	39	1521
38	1444	40	1600
39	1521	41	1681
40	1600	41	1681
42	1764	42	1764
43	1849	43	1849
43	1849	46	2116
43	1849	48	2304
44	1936	50	2500
46	2116	51	2601
47	2209	51	2601
48	2304	52	2704
50	2500	52	2704
72	5184	64	4096
<hr/> Total 1,262	<hr/> Total 49,712	<hr/> Total 1,303	<hr/> Total 52,595

GRUPO "B", de 5 a 14 años después del trasplante.

n=13

SXE	A1 <sup>2</sup>	SXR	A1 <sup>2</sup>
30	900	22	484
30	900	25	625
31	961	26	676
33	1089	34	1156
33	1089	36	1296
36	1296	37	1369
38	1444	39	1521
39	1521	40	1600
40	1600	42	1764
43	1849	46	2116
44	1936	47	2209
46	2116	47	2209
49	2401	48	2304
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Total 492	Total 19,102	Total 489	Total 19,328

Paso 3.- Que cotejado con la tabla de la distribución t, con 30 g.l. (grados de libertad), observamos que nuestra diferencia no es significativa estadísticamente. Es decir, no son significativamente diferentes en términos de ansiedad los grupos de sujetos cuyo trasplante fue de entre 0 y 5 años antes de la presente evaluación y los trasplan

tes hace más de 5 años, por lo que se debe plantear otra hipótesis considerando otra variable independiente.

## CONCLUSIONES

El objetivo de ésta investigación, fue establecer si existe diferencia significativa o no, entre los puntajes de ansiedad de los pacientes con trasplante renal, desde el post-operatorio inmediato, hasta 5 años después, y los pacientes en que el tiempo transcurrido ha sido de 5 a 14 años después del trasplante.

Es de suma importancia establecer las causas que llevaron al paciente con trasplante renal, a un aumento considerable de la angustia, para combatirlas, y así el paciente tener una evolución más satisfactoria, desarrollando mejor su personalidad y por consiguiente, llegar a una mejor aceptación del trasplante.

El paciente ha tenido que pasar por un proceso de duelo, teniendo que adaptarse a la pérdida de una parte de su cuerpo (sus riñones), esto constituye una reacción normal, pues se persigue la recuperación del equilibrio perdido a consecuencia del trauma. El aumento de la libido al no ser satisfecha, perturba el equilibrio psíquico y provoca tensión intolerable.

El yo moviliza procesos adaptativos, en cuanto a la pérdida de un objeto necesitado, altera el equilibrio en-

tre el mundo psicológico interno y el externo. Si el objeto perdido es importante, el proceso adaptativo implica en parte, una ruptura del equilibrio adaptativo previo, - establecido con el objeto citado y el restablecimiento - gradual de nuevas relaciones con figuras presentes en la realidad, el complejo proceso adaptativo que tiene lugar en una situación así, se denomina duelo. La importancia crucial en la buena solución de un duelo, reside en la tolerancia del Yo al dolor y a la angustia. El duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida. Universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto se asoma.

Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. La existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. - Cumplido el trabajo del duelo, el Yo se vuelve libre otra vez y desinhibido.

En un principio, lo único que le preocupa al paciente, es salir de su estado de uremia y de la dependencia - con la máquina de hemodiálisis. Por lo tanto, la esperanza de una nueva vida a través del "regalo" que le ofrece el donador con su riñón, según mis observaciones, debía -

permitirle al paciente, una mejor relación con el donador sin embargo, los receptores ponen distancia con los donadores, por miedo a la dependencia con éstos, pasando en la fantasía inconsciente, a representar la dependencia con la máquina de hemodifilisis. Además, debido a la proyección de sus propios impulsos, el receptor siente a nivel inconsciente, que le ha quitado al donador años de vida y salud, que son los que le fueron obsequiados, por lo tanto, se aleja de éste por miedo a provocar su enojo y el deseo de venganza. Desde luego, lo anterior, es sólo una fantasía inconsciente del paciente, provocada por sentimientos de culpa, que le despiertan miedo a la retaliación, siendo ésta "ojo por ojo y diente por diente", lo que podría representar: "con el riñón, te robé años de vida y salud, por éso tengo que separarme, por el temor a tener que someterme a tí, donador, dedicando mi vida a satisfacer tus deseos o teniendo que regresar a mi uremia y por lo tanto, a la posibilidad de morir".

El receptor tiene la necesidad de reparar, por la fantasía inconsciente de haber destruído. Un ejemplo de ésto sería el siguiente comentario: "Si le pasara algo a mi hermano por habérmelo dado, en la familia hay muchos hermanos que se lo podrían dar a él, si lo necesitara"...

En las fantasías de los procesos inconscientes, se -

ha podido observar en el paciente trasplantado, el impacto que causa el hecho de tener un riñón "de otro", en el propio cuerpo.

Quisiera hacer mención de las fantasías inconscientes por el hecho de no aceptar objetos extraños en el interior del cuerpo (dispositivos, injertos, marcapasos, etc.). De ahí que sabemos que cuando el individuo experimenta molestia o desagrado por algún alimento, lo rechaza o lo pone fuera nuevamente, si le es nocivo, lo vomita, rechaza lo que se considera peligroso; por lo tanto, se evita introducir dentro del organismo, objetos extraños que puedan despertar angustias persecutorias en el individuo. El receptor vive al riñón que le salva, también, como a un extraño que en un momento dado, pudiera tornarse peligroso.

Si la relación con el donador ha sido ambivalente, el paciente suele castigarse, no cumpliendo con el régimen dietético, negándose a tomar los medicamentos que son indispensables para evitar el rechazo del órgano trasplantado. Así trata de establecer independencia nuevamente.

Algunos casos donde la personalidad del paciente es paranoide, suelen surgir fantasías agresivas donde el órgano "robado" se vuelve persecutorio y el paciente lo rechaza, aún a costa de su propia vida. Considero importan



te tomar en cuenta la personalidad del paciente y la posibilidad de encontrar una patología similar en los pacientes con problemas renales. Situación que podría valorarse en estudios futuros y que no son parte de la presente tesis.

En los pacientes, pude observar sentimientos de culpa a nivel consciente, sin embargo, debido a mecanismos de defensa, estos tienen que ser reprimidos y el receptor habla del donador con despreocupación y tranquilidad. Ejemplos de esto son los siguientes comentarios: "Siento un gran agradecimiento, pienso que él no tendrá complicaciones". "Me siento gustoso, no pienso en el origen del trasplante". "Mi hermano y yo, siempre hemos estado en contacto y me comporto con él, igual que si no me lo hubiera dado". Estos ejemplos indican la necesidad del paciente por negar toda responsabilidad, al haber aceptado el riñón de un familiar. En otros, el deseo de vivir es lo que lleva al paciente con I.R.C., a aceptar el trasplante. Ej.: "Lo recibí con júbilo, pues antes me habían dicho que estaba deshauciado". "No sentí angustia, pues ya estaba muy enfermo y lo aceptaba ó me moría". Algunos pacientes muestran gran ansiedad, porque la sugerencia de un injerto les lleva a darse cuenta por primera vez de la verdadera seriedad de su estado de salud. Ej.: "Me dió -

miedo, pensaba que no iba a salir, que mi cuerpo no iba a aguantar ese trasplante". "No lo quería creer, nunca me habían dolido los riñones". "Me dió mucha desesperación y me angustié mucho". Otros expresan sentimientos de culpa hacia sus donadores: "Sentía temor por el que me iba a dar el riñón, pues no sabía qué le iba a pasar después". "Yo no quería por no arriesgar a alguno de mis familiares, me daba miedo". "Hubo un momento en que no quería que me lo dieran, me preocupaba su salud".

Todas estas fantasías inconscientes pueden prevenirse, si el paciente tiene la oportunidad de trabajarlas bajo la supervisión de una terapia de apoyo, que llevaría al paciente a mantener una buena relación con su donador y por ende, al éxito del trasplante.

Con respecto al tiempo transcurrido, contemplé la posibilidad de que el paciente trasplantado manejara su angustia en forma más adecuada, al depender en un principio de médicos y enfermeras que le proporcionarían confianza básica. La relación amistosa con el personal hospitalario, podía llevar al paciente a una baja de su ansiedad. El paciente es citado con frecuencia en el hospital y atendido por médicos y enfermeras con apego y responsabilidad, además, el hecho de haber recibido el injerto, le ofrece la oportunidad de una mejor calidad de vida. To--

das éstas circunstancias me hicieron pensar que los pacientes recién trasplantados, presentarían puntajes de angustia bajos, en comparación al otro grupo de pacientes, sin embargo, los resultados nos indican que no existe diferencia significativa.

El paciente con trasplante renal, se encuentra angustiado por factores personales, familiares, sociales y - - adaptativos, más que por el tiempo transcurrido. Sería - tema de otra tesis, retomar éstos aspectos por separado, para observar su posible influencia sobre la variable ansiedad, tema de nuestra tesis.

Con una terapia de apoyo, el paciente podrá adaptarse a su nueva forma de vida, aceptando la condición actual de su existencia, recuperando así el equilibrio perdido y disminuyendo su angustia, para un mejor manejo de su Yo interno.

## DEFINICION DE TERMINOS

A continuación explicamos el sentido de los términos usados en ésta investigación:

**Anastomosis.**- De ana-con y stoma-boca. Uniones. Comunicación entre dos vasos o nervios.

**Anemia.**- Este término se aplica a estados asociados con una deficiencia de eritrocitos o una disminución de la hemoglobina en ellos. La baja en el número de eritrocitos se debe a: hemorragia, hemólisis e incapacidad para producir nuevos eritrocitos debido a la falta de nutrimentos o enfermedades de la médula ósea y diversas infecciones.

**Ansiedad.**- Estado afectivo caracterizado por un sentimiento de inseguridad. Con frecuencia empleado como sinónimo de angustia, se diferencia de ésta por la ausencia de alteraciones fisiológicas (sensación de ahogo, sudor, aceleración del pulso) que nunca faltan en la angustia. Varias escuelas tratan de explicar la génesis de la angustia según las respectivas posiciones doctrinales. Para los teóricos el aprendizaje de este estado, debe ser una tendencia adquirida; por el contrario, para los psicoanalistas, la

ansiedad es explicada por las frustraciones de la li bido y por las prohibiciones del superyo; es una se- ñal de peligro dirigida al yo, es decir, a la perso- nalidad consciente, el cual advertido de esta forma, puede responder con medidas adecuadas o movilizand<sup>o</sup> sus mecanismos de defensa.

Anticoagulante.- De anti-contra y coagulare-coagular. -  
Que previene o se opone a la coagulación.

Antígeno.- Viene de anti-contra y genneo-productir. Toda sustancia que introducida en un organismo animal (vi a parenteral, digestiva o respiratoria) es capaz de estimular la formación de otras sustancias que tien- den a oponerse a ella, llamadas anticuerpos.

Autoagresión.- Comportamiento hostil y destructor de un - sujeto inadaptado. La reacción agresiva no se diri- ge contra el mundo externo, sino que se vuelve con- tra el propio sujeto. En el fondo de tal comporta- miento, se encuentra siempre el sentimiento de haber cometido una falta, sentimiento que puede variar des- de la culpabilidad normal, hasta la autoacusación de lirante.

Azatioprina.- Droga inmunodepresora empleada para frenar la formación anormal de anticuerpos, especialmente - en pacientes con anemia hemolítica autoinmune.

**Azotémicos .-** Pacientes que retienen productos tóxicos - (azoados) que no pueden ser eliminados por el riñón.

**Corticoesteroides.-** Esteroides aislados de la corteza - adrenal.

**Depresión.-** Estado morboso más ó menos duradero caracterizado por la disminución del tono y de la energía. - Ansioso, cansado, desanimado, el sujeto deprimido es incapaz de afrontar la menor dificultad; su impotencia le hace sufrir y tiene la impresión de que sus - facultades intelectuales (atención, memoria) están degradadas. El sentimiento de inferioridad que resulta de ello, aumenta todavía más su melancolía.

**Diálisis.-** Tratamiento que se da a los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica. Puede ser a través de una Hemodíalisis ó Diálisis Peritoneal.

**Diálisis Peritoneal.-** Técnica que permite la depuración sanguínea extrarenal a través del peritoneo y que -- consiste en la introducción de una sonda en la cavidad peritoneal por la que se introduce un líquido de diálisis que luego se extrae, repitiéndose éste procedimiento varias veces durante un tiempo determinado.

**Donador.-** Persona que suministra tejidos u órganos para efectuar trasplantes o sangre para la transfusión.

**Duelo.**- Proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto.

**Esquema Corporal.**- Manera de ser. Experiencia que tiene cada cual de su propio cuerpo, animado en estado estático, en un cierto equilibrio-espacio-temporal y en sus relaciones con el mundo circundante. La constitución del esquema corporal integración en el campo de conciencia del individuo de las partes de su cuerpo, es la experiencia fundamental gracias a la cual, cada persona se diferencia de los demás y tiene el sentimiento en todo instante, de ser ella misma.

**Fístulas - Interna.**- Del latín fístula-conducto. Trayecto patológico quirúrgico o experimental, que comunica órganos internos sin orificio exterior.

**Fístula Externa.**- Conducto artificial de plástico que comunica dos estructuras internas (arteria y vena).

**Glomérulos.**- De glomus-ovillo o pelotón. Es de Malpighi o Renal Apelotonamiento de capilares artificiales en el extremo dilatado de cada tubo urinífero.

**Glomerulonefritis.**- Nefritis que afecta especialmente a los glomérulos y a los túbulos renales, secundaria -

con frecuencia a infección estreptocócica.

Hemodiálisis.- Diálisis-separación. Hemos-sangre. Extracción de los desechos nocivos contenidos en exceso en la sangre, a través de una membrana semipermeable, se extrae la sangre a través de una arteria que lleva al aparato dializador que la purifica y regresa la sangre a través de una vena.

Histocompatibilidad.- Semejanza o ausencia de antagonismo de los caracteres antigénicos existentes entre los tejidos de un donante y los de un receptor de un injerto o trasplante que permiten la supervivencia de éste.

Hirundina.- Principio activo anticoagulante, extraído de las glándulas bucales de las sanguijuelas.

Histología.- Histos-tejidos y logos-estudio. El estudio de los tejidos.

Homeostasis.- Tendencia de los organismos a mantener en equilibrio su masa anatómica, composición y metabolismo y sus niveles funcionales mediante el empleo de mecanismos especiales de regulación.

Inmunológicos.- De inmunis-excento y logos-tratado. Suma de conocimientos relativos a la inmunidad. Viene de in-privado y munus que significa carga. Es la resistencia del organismo a una enfermedad específica.



ca, debido a la presencia en él de anticuerpos de la misma. El organismo defiende con energía su integridad contra la invasión de material extraño.

Inmuno-supresión.- Supresión o depresión artificial de las respuestas inmunológicas del organismo por el uso de fármacos (antimetabólicos) irradiación o sustancias tales (el suero antilinfositario). Se emplea para el tratamiento de ciertas afecciones de base inmunológica y para facilitar la supervivencia de los injertos.

Isotómica.- Solución salina cuya concentración en sales es igual a la del suero de la sangre y tienen la misma presión osmótica que éste.

Izquémicos.- Con circulación (disminuída o abolida) deficiente o nula.

Nefrología.- Viene de nephros, que significa riñón y logos que significa estudio. Estudio de los riñones.

Perfusión.- Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel.

Peritoneo.- De peri-alrededor y teino-extender. Membrana serosa que cubre los órganos abdominales.

Receptor.- De recipio que significa recibir.

Tensión.- Estado de lo que se halla tenso; todo esfuerzo

para resolver un problema o un conflicto, pone al organismo en tensión. En la teoría de los campos de Lewin, se llama tensión emocional al estado afectivo del sujeto sometido a la influencia de dos fuerzas opuestas de igual ponencia. La intensidad de la tensión emocional estaría en función de la potencia de las fuerzas en conflicto. Según Freud, la personalidad se elabora bajo la influencia de cuatro tensiones principales; los fenómenos fisiológicos de crecimiento, las amenazas externas, las frustraciones y los conflictos, que obligan al sujeto a recurrir a mecanismos de defensa tales como la identificación o el desplazamiento.

Tipificación.- Acción y efecto de tipificar- de tipo. -  
 Standarizar, normalizar, determinar del tipo a que pertenece una persona o espécimen. Ajustar varias cosas semejantes a un tipo común.

Uremia.- De auron-orina y haima-sangre. Presencia de urea en la sangre.

Vasoconstricción.- Disminución de la luz de un vaso.

Vasodilatación.- Aumento de la luz de un vaso.

## BIBLIOGRAFIA

- Abram, H.S. "Suicidal Behavior in Chronic Diali  
 sis Patients". American Journal of  
 Moore, G.I. Psychiatry, 1971.  
 Westervelt, F.B.
- Abram, H.S. "The Gift of Life" A review of the  
 Buchanan, D.C. Psychological aspects of Kidney - -  
 trasplantation. International Jour  
 nal of Psychiatry Medicine, 1976-77
- Baldessarini Ross, J. "La Quimioterapia en Psiquiatría".  
 Edit. Fondo de Cultura Económica, -  
 1981.
- Benson, Herbert. "The Mind Body Effect". Berkley \_  
 Publishing, Co. N.Y. 1980.
- Bleger, José "Simbiosis y Ambigüedad". Edit. Pai  
 dos, 1984.
- Bleichmar, Hugo, B. "La Depresión: Un Estudio Psicoana-

- nalítico". Edit. Ediciones Nueva -  
Visión. Buenos Aires, 1980.
- Bluestone, Peter. Dr. "Reporte Internacional". Revista -  
Trimestral abril-junio. Vol. I, 1985  
Asociación Humanitaria para Padeci-  
mientos Renales, A.C.
- Bowlby, J. "El Vínculo Afectivo". Edit. Paidós  
Buenos, Aires. Biblioteca de Psico-  
logía Profunda. 389, 1976.
- Bowlby, J. "La Separación Afectiva". Edit. Paí-  
dós, Buenos Aires, Biblioteca de -  
Psicología Profunda. 1976. 99-105 -  
173-190.
- Bocchino, C.A. "The Stress Factor". The Effect on  
Hemodialysis Patients and Staff. -  
J. Am. Assoc. Nephrol. Nurses Tech.  
1978.
- Braier, L. "Diccionario Enciclopédico de Medi-  
cina JIMS". 4a. Edición, 1980. Ed.

Jims Barcelona, España.

Cabrera, Ana Martha. "Diálisis y Trasplante". Revista -  
Sánchez, A. Rocío. Trimestral abril-junio, Vol. I. Aso-  
ciación Humanitaria para Padecimien-  
tos Renales, 1985.

Cammer, Leonard. "Up from Depression". Edit. Pocket  
Books, N.Y., 1969.

Cameron, Norman. "Personality Development and Psycho-  
pathology". Ed. Houghton Mifflin, -  
Co., Boston, 1963.

Caplan, G. "Mastery of Stress". Psychological  
Aspects. Am. J. Psychiatry, 1981.

Castellanos, C. Javier. "Panorama Histórico de los Tras--  
plantes en México". Trabajo presen-  
tado en la Academia de Cirugía, - -  
1985.

Castellanos, C. Javier. "El Trasplante Renal, una Generosa-  
Posibilidad de Vida". Vol. II, No.

2. Periódico Médico Mensual. Medicina y Cultura, 1987.

- Castellanos, C. Javier. "Trasplante Renal. Experiencia en -  
Terán Ortíz, Luis el Centro Hospitalario 20 de Noviem  
Torres Pastrana, Juvenal. bre" del ISSSTE. Cirugía y Cirujas  
Concha Serrano R. Victor nos. Vol. 53. No.1, enero-febrero,  
Zurita Carrillo, Rodolfo nos. Vol. 53. No.1, enero-febrero,  
Barajas Arcega, Rogelio. nos. Vol. 53. No.1, enero-febrero,  
Manrique Nájera, Manuel. Echeverría Alvarez,  
Eduardo. 1985.
- Cronin, E. Robert. "Insuficiencia Renal Aguda: Diagnós  
Shrier, W. Robert. tico, Patogénesis y Tratamiento". -  
Tribuna Médica. México, No. 423 To-  
mo XXXV, No. 12, 1978.
- De Nour, A. K. "Effects of Prolonged Stress on Co-  
Garty, I. ping Style in Terminal Renal Failu-  
Shanan, J. re Patients". J. Human Stress, 1977
- Denis, Daniel. "El Cuerpo Enseñado". Edit. Paidós,  
Barcelona. Buenos Aires, 1980.
- Eccard, Mary. R.N., "Psychosocial Aspects of End Stage -  
M.S.N. Renal Disease". The Patient with -  
End Stage Renal Disease. John Wiley

- and Sons. Editor Laniate Larry, -  
1979.
- Ey, Henry. "Tratado de Psiquiatría". Ed. Toray  
M. Masson. Barcelona, 1966.
- Farberow, N.L.  
Shneidman, E.S. "Necesito Ayuda". Edit. La Prensa  
Médica. 1969.
- Fenichel, Otto. "Teoría Psicoanalítica de las Neuro  
sis". Buenos Aires. Edit. Paidós, -  
1982.
- Freud, Sigmund. "Duelo y Melancolía". Buenos Aires.  
Edit. Amorrortu, 1980. Tomo XIV.
- Freud, Anna. "Normalidad y Patología en la Ni- -  
ñez". Edit. Paidós. Buenos Aires, -  
1979.
- Fuentes, Ramón de la. "Psicología Médica". Edit. Fondo de  
Cultura Económica, México, 1976.
- Grinberg, León. "Culpa y Depresión". México, Edit.-

Alianza Editorial, 1983.

- Hamburger, J. "Renal Transplantation". Theory and  
Crosnier, J. Practice. The Williams and Wilkins  
Dormont, J. Company. 1972.  
Bach, J.F. "Psychological, Moral and Legal Pro-  
blemas". 1972.
- Hofling, Charles. "Tratado de Psiquiatría". Edit. In-  
teramericana, México, 1974.
- Horney, K. "La Personalidad Neurótica de Nues-  
tro Tiempo". Edit. Paidós Studio. -  
México, Buenos Aires, Barcelona, -  
1986.
- Jonasson, Olga, M.D. "What's new in Transplantation". -  
American College of Surgeons, Bulletin,  
1979. Jan. 1979.
- Klein, Melanie. "Envidia y Gratitude". Edit. Hormes  
Psicología de Hoy. Buenos Aires, -  
1969.



- Klein, Melanie y Col. "Desarrollos en Psicoanálisis". -  
Edit. Hormé. B.A. Argentina, 1962.
- Kolb, Lawrence. C. "Psiquiatría Clínica Moderna". Edit  
Prensa Médica Mexicana. México 1976
- Korch, Bárbara.  
Negrete, Francis. "Psychosocial Adaptation of Child-  
ren with ESRD: Factors Affecting -  
Rehabilitation". "End Stage of Re--  
nal Disease in Children". Saunders  
(Editors Fine Richard; Gaski, Alan)  
1984.
- Kubler, Ross, E. "On Death and Dying". Mc.Millan Pu-  
blishing, Co. Inc. 19th. Printing -  
1977.
- Laplanche, J.  
Pontalis, J.B. "Diccionario de Psicoanálisis". Bar-  
celona, Editorial Labor, 1968.
- Laplanche, J. "Vida y Muerte en Psicoanálisis". -  
Edit. Amorrortu. Buenos Aires, 1973.
- Levy, N.B. "Psychological Problems of the Pa--

- tient in Hemodialysis and their -  
Treatment". Psychoter, psychosom, -  
1979.
- Lucas, Bruce, A. "Estado Actual del Trasplante de Ri-  
ñón". Mundo Médico, Mayo 1986.
- Mc.Guigan, F. "Psicología Experimental". Edito- -  
rial Trillas. México, 1974.
- Menninger, Karl. "Man Against Himself". Edit. A.Har-  
vest HBJ Book, Harcourt Brace Jova-  
novich, Publishers, San Diego, N.Y.  
London, 1938-66.
- Mlott, S.R. "A Psychologist View of the Renal -  
Dialysis Patients". Am. Assoc. Ne--  
phrol. Nurses. Tech. 1979.
- Monaco, A.P. "Clinical Kidney Trasplantation in  
1984". Grune and Stratton, Inc. 1985
- Najarian, J. "Transplantation Today". Vol. VIII.  
Bach, F.H. Grune and Stratton, Inc. 1985.

- Sutherland, D  
Rapaport, F. "Trasplantación Today. Vol. VIII,  
Grune and Stratton, Inc. 1986.
- Poznanski, Elba, O. "Calidad de Vida en Enfermos con In-  
Miller, Emily. suficiencia Renal Terminal, con Su-  
Salguero, Carlos. pervivencias Prolongadas". Revista  
Kelsh, Robert. C. Jama en México, Vol. 3, No.8, agosto  
1978.
- Rabinovitz, S. "Selection Criteria for Dialysis and  
Renal Transplantation". AM. J. Psy-  
chiatry, 1978.
- Rollo, May. "La Angustia Normal y Patológica" -  
Stanley, Schachter. 1a. Edición, 1968. Editorial Paidós.  
Biblioteca del Hombre Contemporáneo.
- Rincón, B. Cassan- "La Imagen Corporal". Edi. Pax-Mex.  
dra. E. México, D.F. 1971.
- Ruíz, S. Octavio. "Los Factores Quirúrgicos que Deter-  
minan el Exito del Trasplante Renal"  
Trabajo presentado en la Academia -  
de Cirugía, el año de 1985.

- Salvat. "Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas". 12ava. Edición, 1985. Edit. Salvat Editores, Barcelona, - España. Coordinación Navarro-Beltrán: E.
- Salvatierra, Oscar Jr. "The Current Status of Renal Transplantation". American College of Surgeons Bulletin, Vol. 70, No.5, May, - 1985.
- Segal, Hanna. "Introducción a la Obra de Melanie Klein". Edit. Paidós. Buenos Aires , Argentina. 1977.
- Sheely, Gail. "Passages: Predictable Crisis of Adults Life". Bautam Books, N. Y. - 1977.
- Smith, Milton. "Estadística Simplificada para Psicólogos y Educadores". Edit. El Manual Moderno, S.A. 1971.
- Spielberg, Charles. "Tensión y Ansiedad". Edit. Harla,-

- México, 1980.
- Spielberger, Charles. "IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo-estado. Editorial Manual Moderno Rogelio. México, 1975.
- Stickel, Delford, L. Dr. "Actualización en Trasplante de Riñón". Medicina de Hospital. Vol. 5 No. 1. 1985.
- Totman, Richard. "Social Causes of Illness". Pantheon Book, N.Y., 1979.
- Vonknorring, Lars, et. al. "Pain as a Symptom in Depressive Disorders". Journal of Pain, 1983.
- Wengerter, Kurt  
Telles, Vivian.  
Soberman, Robert.  
Matas, Arthur.  
Quinn, Theresa.  
Veith, Frank. "Transplantation of Pediatric Donor Kidneys to Adult Recipients". Annals of Surgery, Vol. 24, No. 2. August, 1986.
- William, H.A. "Aspectos Psicológicos del Trasplante Renal". Vol. Med. Hospital Inf. Mex. 1977.

# IDARE

Inventario de Autoevaluación  
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Utrilla, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

SXR

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien . . . . .	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente . . . . .	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar . . . . .	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo . . . . .	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente . . . . .	①	②	③	④
26. Me siento descansado . . . . .	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" . . . . .	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas . . . . .	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia . . . . .	①	②	③	④
30. Soy feliz . . . . .	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho . . . . .	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo . . . . .	①	②	③	④
33. Me siento seguro . . . . .	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades . . . . .	①	②	③	④
35. Me siento melancólico . . . . .	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho . . . . .	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan . . . . .	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desencuentros que no me los puedo quitar de la cabeza . . . . .	①	②	③	④
39. Soy una persona estable . . . . .	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado . . . . .	①	②	③	④