

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ESTUDIO PSICODINAMICO EN DIEZ CASOS  
DE TRASPLANTE RENAL Y SUS DONADORES

536  
PSI

Tesis que para optar por el Título de  
Licenciado en Psicología, presenta:

JANET WILLIAMS HERNANDEZ.

México, D.F. 1975



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

505308  
N.A.M. #7  
1975.  
J. 2.

Z5053.08  
UNAM. 7  
1975  
eJ. 2

M-162158

Jpr. 268

Dios, dame la serenidad de aceptar  
las cosas que no puedo cambiar, el  
valor para cambiar las cosas que -  
puedo y la sabiduría para conocer -  
la diferencia.

A mis padres

A mis pacientes

## INTRODUCCION.

### 1.- ANTECEDENTES.

- A) Historia de los Trasplantes en general.
- B) Breve explicación desde el punto de vista médico de Insuficiencia Renal, Hemodiálisis y Trasplante Renal.
- C) Investigaciones previas desde el punto de vista psicológico.
- D) Comentarios.

### 2.- EL PACIENTE ADOLESCENTE.

- A) Desarrollo de la imagen corporal.
- B) El adolescente con insuficiencia renal crónica y con Trasplante Renal.

### 3.- IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DONADOR DEL ORGANNO.

### 4.- MATERIAL Y METODO.

- A) Hipótesis.
- B) Descripción de los pacientes.
- C) Breve descripción de las pruebas aplicadas.

### 5.- RESULTADOS.

### 6.- CONCLUSIONES Y APORTACION A ESTUDIOS POSTERIORES.

### 7.- BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION:

A pesar de que en los últimos 20 años han aumentado de modo notable los pacientes tratados con hemodiálisis a largo plazo o con trasplante de órgano, existe poco escrito desde el punto de vista psicológico ya que se le ha venido dando mayor importancia al aspecto médico quirúrgico. Es evidente que en estos tratamientos, así como en cualquiera otra enfermedad crónica y de pronóstico incierto, aunque generalmente fatal, van a intervenir una serie de factores emocionales, ya que se suscitan una serie de cambios radicales en la vida de estos pacientes tanto en el aspecto escolar, como familiar, personal, etc. Estos pacientes se encuentran en un constante enfrentamiento con la muerte, lo cual crea estados de depresión y de ansiedad. Considero que no se debe perder de vista, en el campo clínico, al ser humano como tal, tomando en cuenta que es una persona con temores, sentimientos, etc.

Se pueden tomar tres problemas principales: en el receptor o huésped, en el donador y en el núcleo familiar en general. El recipiente puede adoptar actitudes diferentes al enterarse de su próxima operación, como serían oposicionismo, conformismo, dependencia o adaptación a la realidad; pueden presentar trastornos psiquiátricos mayores y perturbaciones en su personalidad debido a causas físicas.

Después de que se ha realizado el trasplante, el paciente que en nuestra población, son adolescentes-- se va a encontrar en aislamiento y

con una serie de cuidados especiales. En este momento se comienza a realizar la integración de su nuevo órgano a su esquema corporal. Cuando presenta el más leve signo físico que él considere anormal, piensa que lo más probable es que la operación ha fracasado sintiendo gran preocupación y temiendo que esto signifique o volver a ser dializado, o quizá una nueva intervención.

La situación es stressante también cuando se trata de recibir el órgano de un donador muerto, ya que el paciente se angustia al no saber la fecha exacta de la intervención y no pudiendo elaborarlo psicológicamente a tiempo.

Este grupo de pacientes ha sido estudiado con respecto a sus reacciones a una enfermedad desagradable y generalmente fatal; la conducta autodestructiva ha sido tomada en cuenta, ya que el temor de vivir insatisfactoriamente parece tan intolerable como la misma idea de la muerte inminente.

En el caso de pacientes adolescentes, se ha visto que prefiere morir negándose a más transfusiones, radiaciones, cirugía, trasplante y diálisis renal. Especialmente en estos casos los pacientes pueden estar en desacuerdo con sus padres, el paciente y su familia en desacuerdo con el médico, o varios médicos estar en desacuerdo entre sí. Si el paciente toma una decisión de este tipo, es necesario valorar si tiene ya el concepto de muerte integrado; si está suficientemente informado y si lo ha decidido en un estado emocional adecuado.

Con respecto al donador del órgano, éste debe estar informado

acerca de los riesgos de la operación y se debe estar convencido de que lo que va a hacer es un acto voluntario y no un impulso emocional patológico, respetándole también su deseo de querer o no arriesgar su vida.

Entre las inquietudes más frecuentes se encuentra el temor a fallecer y dejar desamparados a otros hijos tanto en el aspecto económico, como en el espiritual. Los donadores del sexo masculino fantasean con la idea de que posiblemente su capacidad intelectual se vea disminuída; en las mujeres frecuentemente creen que es posible que pierdan sus facultades de tipo sexual sintiéndose atacadas directamente en estos órganos.

Se observa que en la familia se pueden crear antagonismos si no se tiene cuidado al tratar el problema de la elección con respecto a quien es el indicado para donar el órgano. A algún miembro que se niegue a hacerlo, se le puede tachar de irresponsable, egoísta, etc.

Estos aspectos no deben ser descuidados ya que se trata de que el paciente se encuentre en las mejores condiciones tanto físicas como emocionales antes de su operación, y esto incluye una relación afectiva adecuada con el donador.

El interés primordial para desarrollar este tema, se centra en la oportunidad que me fue brindada para participar como psicóloga en la Unidad Renal del Hospital del Niño IMAN. Las actividades que puede desarrollar un psicólogo clínico son múltiples, como serían realizar una selección cuidadosa del re-

ceptor y del donador; ayudar a los pacientes desde el punto de vista psicoterapéutico, además de conocer los cambios psicológicos pre y post trasplante.

El Psicólogo Clínico debe participar activamente en nuevos planes de investigación ya que cuenta tanto con preparación desde el punto de vista clínico, además de conservar y promover el aspecto humanista.

Sin embargo, quizá la motivación principal de este trabajo, creo que se debe a que, al estar en un contacto continuo e intenso con este tipo de pacientes, pude observar y más que todo percibir, el modo dramático - como se aferran a la vida, cómo continúan esperanzados en que su operación sea un éxito, y el modo tan intenso en que viven desde el punto de vista emocional, sabiendo que de un momento a otro, y en cuestión de segundos pueden dejar de existir.

Considero que lo que he aprendido a conocer y comprender en este grupo de pacientes, es de un valor incalculable.

CAPITULO I.



INDIA FONDI

## CAPITULO I.

### A) HISTORIA DEL TRASPLANTE EN GENERAL.

El reemplazar órganos enfermos o que ya no funcionan ha estimulado la imaginación del hombre por varios siglos. Se hace mención de ellos en la mitología griega, siendo los trasplantes de animales a hombres y en leyendas cristianas y medioevales, se habla de estos procedimientos exitosos, trasplantando manos y otros miembros, de un individuo a otro.

Durante el Renacimiento, Gaspare Tagliacozzi, un anatomista de Bologna, consideró la posibilidad de utilizar partes vivas de un individuo para colocarlas en otras personas para reconstruir específicamente la nariz, aunque descartó la idea quedando tan sólo como una fantasía en su imaginación sin poder llegar a realizarlo (1597).

Sin embargo, Tagliacozzi estableció una reputación internacional como la de un cirujano que poseía técnicas capaces de restaurar, hasta llevar a sus pacientes a la normalidad. En 1596, restauró la nariz de un paciente utilizando tejido de la parte superior de un brazo y con esto logró publicar un trabajo.

Ya en 1804, se le daba un enfoque más científico al trasplante, haciéndose entonces experimentos con piel de oveja en especies similares o diferentes (Bert 1863).

El primer reporte clínico dentro de la literatura médica que ha ya tenido éxito, fue hecho por Bunger, quien llevó a cabo la reconstrucción de la nariz de una mujer tomando piel de su muslo en 1823.

Un investigador que trabajó en los inicios del trasplante, fue Paul Bert. Seleccionó el tema de "Trasplante de Piel en Animales", para obtener el título de médico cirujano; el resultado fue que recibió el premio de la Academia de Ciencias de Fisiología Experimental.

En 1869, se le dió ímpetu al trasplante en París por Reverdin, y siguieron a los estudios de éste, los de Ollier sobre piel en 1872 y Lawson en 1870.

El trasplante de tejidos se inició en 1902 de modo experimental, observándose que los autotrasplantes (de tejido de un mismo individuo, - que se cambia de un lugar a otro,) sobrevivían y crecían, mientras que en los homotrasplantes (Tejido de un individuo a otro de la misma especie), rápidamente presentaban necrosis y rechazo\*.

#### Trasplantes Renales :

Con respecto a los trasplantes renales en especial, no se inicia ron hasta la primera década de este siglo, cuando la cirugía vascular estaba en sus principios. Un científico que contribuyó al conocimiento de este tema, fue

---

\* "rechazo". Término empleado para englobar un conjunto de fenómenos inmunológicos, que se producen cuando es colocado un tejido ajeno al de un organismo y que culmina con la destrucción del injerto.

Floresco del Instituto de Fisiología de Bucarest.

El primer trasplante renal experimental, se llevó a cabo en un perro y fue reportado por Alexis Carrel en el *Lyon Medical*, en 1902, utilizando los métodos de sutura vascular que él mismo había desarrollado.

El primer intento en humanos fue realizado por Jaboulay y reportado en la misma revista en 1906.

Williamson, de la Clínica Mayo, realizó experimentos de trasplante renal desde 1920 hasta 1926 utilizando chivos como donadores y perros como receptores. Cada receptor murió en poco minutos, lo que fue catalogado como una reacción aguda de rechazo. Siguieron muchos otros intentos sin lograrse el éxito ya que, o el riñón no funcionaba correctamente o sólo funcionaba por un corto tiempo y después inevitablemente se presentaba el fenómeno de rechazo. En corto tiempo se llegó a la conclusión de que este rechazo era un proceso inmunológico.

En 1945, Simonsen, Demster, Lefevre y Hamburge intentaron hacer un estudio detallado de la historia del rechazo en el "homotrasplante" del riñón. El término homotrasplante (alógrafo), se refiere al trasplante entre individuos de la misma especie heterotrasplante (xenógrafo), es el trasplante entre especies diferentes y el autotrasplante (autógrafo), es el trasplante de un órgano derivado del mismo individuo.

Al hacer los experimentos con seres humanos, se descubrió que el trasplante era exitoso en el caso de gemelos idénticos y en 1953, - Hamburger reportó el caso en el que un hálógrafo humano toleró durante ma yor tiempo y aunque posteriormente fue rechazado, esto sucedió en un intervalo mayor de lo reportado con anterioridad. En vista de que en este caso el donador fue la madre, los autores sugirieron que esta prologada tolerancia se debía a una relación inmunológica estrecha.

En vista de esto, se postuló que dichas variaciones eran el re sultado de una relación genética insospechada entre donador y receptor.

En los primeros períodos de experimentación, se obtuvo la información de que un segundo homógrafo aplicado después de que el primero ha bía sido rechazado, a su vez se rechazaba más rápidamente que el órgano inicial.

El concepto fue entonces de que el cuerpo de algún modo reconocía al órgano como "ajeno" y lo rechazaba al formar el anticuerpo.\*

Para evitar el rechazo se planearon diversos enfoques:

(1) Búsqueda de donadores cuyos tejidos fueran compatibles -- con aquellos del receptor; (2) Suprimir el anticuerpo (Pág. 20); (3) Buscar y localizar el linfocito.\*

---

\* "anticuerpo". - Proteína del organismo.

\* "linfocito" .- Tipo de leucocito que se encarga de la inmunidad.

Entonces, los trasplantes de mayor éxito son en gemelos idénticos ya que no se presenta el problema del rechazo. Los siguientes que tienen mayores posibilidades son entre familiares (padre, madre, hermanos, hermanas).

Los que representan menor posibilidad de éxito, son entre donadores no relacionados con el paciente, como sería el caso de cadáveres.

Finalmente, se deben mencionar los Heterotrasplantes (o sea de primates a hombres), aunque estos intentos no han tenido éxito.

El riesgo quirúrgico de la nefrectomía unilateral en un individuo sano, ha sido calculado aproximadamente en un 0.05%. El riesgo a largo plazo es más difícil de calcular, ya que varios tipos de enfermedades renales no se presentan en individuos con un solo riñón.

Algunos autores (29) incluyeron a 37 pacientes receptores vivos de 67 trasplantados, o sea el 55% de sobrevivientes. Este grupo incluye a 18 individuos que han sobrevivido por más de dos años y 4 sujetos que han sobrepasado los cuatro años.

Sterlz ha reportado dos años de sobrevivencia en el 5% de sus trasplantados (35). Hume et al (1966), han reportado un 66% de sobrevivencia en el 53% de sus trasplantados en tres años y medio.

Estos datos concluyen que la sobrevivencia para los trasplantes renales ha sido más del 50% en un período de dos a tres años.

A pesar de estas consideraciones optimistas, debe ser enfatizado que aún es imposible predecir con algún grado de precisión la evolución de cualquier caso individual, aún con la ayuda de métodos actuales para determinar y probar la histocompatibilidad entre Donador y Receptor.

#### Experiencia en el Servicio de Nefrología del Hospital del Niño IMAN.

El Servicio de Nefrología comenzó a utilizar el procedimiento de trasplante Renal desde hace tres años. Hasta el momento han sido trasplantados 20 pacientes, de los cuales 7 son del sexo masculino y 13 del sexo femenino.

De estos pacientes han sobrevivido 14 de ellos y el paciente - que ha aceptado el riñón durante más tiempo, ha sido de dos años y cuatro meses.

Es evidente que a través del tiempo han surgido diversas complicaciones de tipo médico y algunos paciente han rechazado el riñón, siendo necesario ser intervenidos nuevamente, y en dos de estos casos, ha sido necesario - hacer un nuevo trasplante.

Entre los pacientes que han recibido órgano de cadáver, encontramos que han sido cinco, de los cuales han fallecido dos.

#### B) BREVE EXPLICACION DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO.

El riñón es un órgano de la economía, con funciones muy importantes para la conservación de la vida, pudiendo resumirse que es el principal -

órgano regulador de la homeostasis, es decir, que mediante el desarrollo de sus funciones, se logra regular y mantener en forma continua el estado del medio interno y el funcionamiento de los restantes Aparatos y Sistemas del organismo. Cuando cesa su función, existen repercusiones en todo el cuerpo y la posibilidad de muerte.

Las principales funciones del riñón son las siguientes:

- 1) Regular el metabolismo del agua y los electrolitos.
- 2) Regular el equilibrio del ácido básico.
- 3) Eliminar los productos del catabolismo tisular.
- 4) Eliminar sustancias tóxicas.
- 5) Regular la presión arterial.
- 6) Estimular la hematopoyesis.

Mediante la primera función, se logra el volumen y la concentración de los líquidos orgánicos, a pesar de variaciones en la ingesta o en las pérdidas de agua y electrolitos, se mantengan dentro de límites normales constantes y si por ejemplo, se produce la ingestión exagerada de agua o de sales, éstos sean eliminados para retornar al estado normal.

Sin esta función renal, aparece el edema y la deshidratación, o en el caso de los electrolitos, aumento o disminución en su concentración que pueden ser fatales.

Normalmente, durante el metabolismo de las células se producen

ácidos que deben ser eliminados por el pulmón y por el riñón, con el fin de -- mantener el PH, o sea la concentración de ácidos en el suero dentro de límites muy estrechos.

Si no es así se produce un estado de acidosis, que si llega a ser severo, también puede ser fatal.

En el catabolismo tisular, se producen normalmente sustancias como la urea, la creatinina, el ácido úrico y otros productos derivados de las -- proteínas que también necesitan ser eliminados ya que de no ser así, produce un incremento progresivo en sus concentraciones en sangre, creando un estado -- "tóxico" que progresivamente lleva a la muerte al individuo.

La presión arterial es regulada por el riñón; por una parte, mediante la eliminación, de acuerdo con las necesidades corporales de agua y de electrolitos, y por otra parte, mediante la secreción de sustancias que disminuyen o elevan la presión arterial. Esto último parece ser lo más importante, ya que el riñón en condiciones especiales, es capaz de secretar una sustancia conocida con el nombre de renina que produce un incremento importante en la -- presión arterial con las consiguientes repercusiones del aumento de presión en el corazón, cerebro y retina.

El riñón también produce una sustancia, la eritropoyetina que es necesaria para la formación de eritrocitos, de tal forma, que cuando cesa esta función, sobreviene un estado de anemia progresiva con las repercusiones en todo el organismo.

En condiciones especiales, como cuando se administra un medicamento o alguna sustancia química determinada, la eliminación de éstos es fundamentalmente realizada por el riñón, de modo que se puede producir una intoxicación si el riñón no es capaz de eliminar estas sustancias y si son administradas a un enfermo con insuficiencia renal.

### Insuficiencia Renal Crónica.

Estas son en forma muy general las funciones del riñón, las que fueron brevemente analizadas con el objeto de realzar la importancia que tiene para la vida el funcionamiento correcto del riñón.

Cuando este funcionamiento cesa, se produce un estado conocido como Insuficiencia Renal, que puede ser de dos tipos: Insuficiencia Renal -- aguda e Insuficiencia Renal Crónica. En el primer caso como su nombre lo indica la supresión del funcionamiento renal es brusco y si es tratado adecuadamente puede ser reversible, mientras que en el segundo caso, la supresión del funcionamiento renal es en forma progresiva y paulatina y generalmente la falla renal es irreversible, a pesar de un tratamiento bien intencionado.

En el transcurso de esta breve exposición, nos referiremos exclusivamente a la Insuficiencia Renal Crónica.

Podemos considerarla en varios estados: en el primero solamente hay una disminución de la reserva renal que es de aproximadamente el 50% de los nefrones; sin embargo, los nefrones restantes bastan para mantener a la perso-

na sin signos o síntomas, ni anormalidades detectadas sólo por pruebas de laboratorio.

En el segundo estadio, la persona no tiene síntomas; sin embargo puede detectarse por medio del laboratorio, una ligera anemia. En este estadio, una infección, una intervención quirúrgica o una deshidratación, -- pueden precipitar cambios importantes en la función renal.

En el tercer estadio se producen los síntomas característicos de la enfermedad, que cuando progresan, producen el estado clínico definido como "uremia" con peligro inminente de muerte.

Las causas de la insuficiencia Renal Crónica son muy variadas y se resumen en la siguiente tabla las principales:

- I. Enfermedades Renal Hereditarias.
  - a) Enfermedad renal poliquística.
  - b) Enfermedad Quística Medular.
  - c) Nefritis Hereditaria.
- II. Traumatismos Renales.
  - a) Golpes, heridas penetrantes.
  - b) Procedimientos Quirúrgicos.
- III. Infecciones Renales.
  - a) Bacterianas.
  - b) Tuberculosis.
  - c) Esquistosomiasis.

## IV. Intoxicaciones.

- a) Mercuriales
- b) Oro, plomo.
- c) Fenacetina.

## V. Desórdenes Metabólicos.

- a) Diabetes.
- b) Gota.
- c) Sarcoidosis

## VI. Enfermedades por depósito: amiloidosis.

## VII. Enfermedades Circulatorias.

- a) Arterioesclerosis o enfermedades hipertensivas.
- b) Estenosis de arteria renal.
- c) Trombosis de vena renal.

## VIII. Enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo.

- a) Lupus eritematoso diseminado.
- b) Poliarteritis.
- c) Granulomatosis de Wegner.
- d) Escleroderma.
- e) Púrpura trombótica tromocitopénica.

## IX. Enfermedades Neoplásicas.

- a) Linfoma.
- b) Enfermedades mieloproliferativas.
- c) Mieloma múltiple.
- d) Carcinoma.

## X. Enfermedades Inmunológicas.

a) Glomerulonefritis.

b) Síndrome Nefrítico.

Esta lista es bastante amplia y afortunadamente estas enfermedades son poco frecuentes; sin embargo, destacan en los niños por su frecuencia, las glomerulonefritis y las enfermedades hereditarias.

### Síntomas:

Los síntomas son muy variados y como se mencionó anteriormente, prácticamente todos los aparatos y sistemas de la economía están afectados. A continuación se describen los síntomas más frecuentes aunque algunos varían de acuerdo a la enfermedad primaria que originó la insuficiencia renal.

Como síntomas generales aparecen astenia, adinamia, debilidad, mareos, hiporexia, cese o disminución del crecimiento y desarrollo, cefalea, dolor abdominal, lumbar o suprapúbico y palidez.

Con respecto a síntomas que aparecen en el aparato urinario, y dependiendo de la etiología, se observa incapacidad de concentrar orina, oliguria, anuria, nicturia, enuresis, hematuria, piuria, poliaquiuria y disuria.

Por los disturbios hidroelectrolíticos y acidobásicos se presentan edema, estados de retención de sales, acidosis metabólica, hipocalcemia y como resultado de esto, desmineralización ósea.

En el aparato digestivo se presenta aliento "urémico", vómito, diarrea, y en la esfera cardiovascular puede haber hipertensión arterial, que si se prolonga puede producir cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, -- congestión pulmonar, edema pulmonar agudo y neumonitis urémica.

En el sistema hematológico, los síntomas principales son anemia y en los estados avanzados, alteraciones en la coagulación sanguínea, con sangrados, melena, epistaxis, petequias, esquimosis.

En el sistema nervioso existe disminución en el rendimiento intelectual y en la capacidad de concentración, insomnio, cefalea, convulsiones ocasionales y pueden llegar a producirse estado psicóticos en las enfermedades prolongadas; además en el sistema nervioso periférico existe neuropatía periférica manifestada por parestias, fasciculaciones, debilidad muscular que puede progresar hasta la atrofia.

El desarrollo sexual en los adolescentes está retardado o no se presenta y si ya se produjo, hay amenorrea y pérdida de la libido.

Desde el punto de vista oftalmológico, como resultado de la hipertensión arterial, aparecen diferentes alteraciones, pudiendo producirse ceguera.

Estos pacientes tienen mayor susceptibilidad a infecciones, que en ellos se hacen severas y que además agravan la insuficiencia renal que tenía anteriormente el enfermo, con complicaciones que ponen en peligro la vida si no se lleva a cabo un tratamiento oportuno.

## Tratamientos de la Insuficiencia Renal Crónica:

El tratamiento de la insuficiencia renal varía según la causa que la produce. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, es irreversible, progresando inexorablemente y acabando con la vida del paciente a corto o largo plazo. En forma somera diremos que el paciente se enfrenta a cuatro posibilidades que se enumeran a continuación:

### 1). Tratamiento Conservador.

Este se hace con una dieta apropiada y medicamentos sintomáticos con el objeto de prolongar la vida y de controlar algunas de las manifestaciones de la enfermedad, o de disminuir el sufrimiento del paciente. Sin embargo, y exagerando en las repeticiones, habitualmente la enfermedad progresa y sólo termina con la muerte del paciente.

### 2). Tratamiento Conservador con Dialisis Peritoneal cuando se produzca exaservación de la enfermedad:

Al igual que en el caso anterior, se da el tratamiento médico y periódicamente se practica dialisis peritoneal con el objeto de mejorar el estado urémico del paciente. Este tratamiento no es recomendado ya que al igual que en el anterior, no da resultados, observando que a medida que el padecimiento avanza, se requerirán dialisis peritoneales con mayor frecuencia y cada vez menos efectivas con un sufrimiento intenso del paciente cuando se somete al procedimiento, y terminando con la muerte.

### 3). Hemodiálisis Crónica:

Consiste en practicar hemodiálisis con una frecuencia determinada de acuerdo con la situación del paciente, y en general es de dos o tres veces por semana y mantenerlo en este programa por toda la vida. Este procedimiento tiene el inconveniente de que, por una parte, el costo por hemodiálisis es elevado y por otra parte, que no existen en nuestro país y ni aún en naciones más desarrolladas, los suficientes centros hospitalarios que practiquen estos procedimientos para las necesidades de la población y sólo un número limitado de pacientes que pueden tener cabida en estas unidades.

Por otra parte, en el caso particular de niños y adolescentes, no es posible mantenerlos siempre en hemodiálisis porque además de la posibilidad de complicaciones durante el tratamiento, no pueden desarrollarse íntegramente ni adaptarse a la sociedad ya que frecuentemente tienen que estar en el hospital.

### 4). Trasplante Renal:

Consiste en la colocación de un riñón de una persona que tenga función renal normal, dentro de la cavidad abdominal del paciente. Dicho riñón, se encargará de realizar las funciones que se enumeraron inicialmente y mantendrá la homeostasis orgánica.

Este procedimiento no está exento de limitaciones ni de com

plicaciones de índole diversa, sin embargo, en el estado actual de los conocimientos médicos es el tratamiento de elección para el Síndrome de - Insuficiencia Renal Crónica.

A continuación se analizará brevemente a los tres últimos procedimientos indicados.

Los procedimientos de diálisis (peritoneal y hemodiálisis) se basan en leyes físicas de difusión, presión osmótica y presión hidrostática. La difusión consiste en el paso de solutos a través de una membrana semipermeable del sitio de mayor concentración, al sitio de menor concentración.

La presión osmótica es la fuerza ejercida por los solutos para evitar la tendencia expansiva del agua, es decir, los solutos atraen al agua hacia el sitio donde se encuentran más concentrados y la presión hidrostática es la presión ejercida por un líquido sobre las paredes del recipiente que la contiene. El agua y los solutos de peso molecular bajo, pasan del sitio donde existe mayor presión al sitio de menor presión; analizando los dos procedimientos citados podremos entender estas funciones.

La diálisis peritoneal (Esquema 1), consiste en la introducción de un cateter a la cavidad abdominal y a través de éste, un líquido de diálisis con una concentración normal de electrolitos. En este procedimiento, tenemos un compartimento que es la cavidad abdominal donde es

tá el líquido de diálisis. Otro es la red capilar que envuelve al peritoneo, donde está la sangre y la membrana semipermeable que es el peritoneo.

Si por ejemplo existe una gran cantidad de sales, de urea, de creatinina, etc., en la sangre, y si el líquido de diálisis tiene sales y una concentración normal y no existe ni urea, ni creatinina, entonces pasará de la sangre estas sales, y la urea y la creatinina a la cavidad abdominal y entonces podrán ser eliminadas al exterior al extraer este líquido de diálisis.

Por otra parte, si existe edema y retención de agua en un paciente, podemos aumentar la osmolaridad del líquido de diálisis con el objeto de extraer este exceso de agua e igualmente retirarlo al sacar el líquido de diálisis.

Para que una diálisis peritoneal sea efectiva, se necesita practicar en forma constante y repetida, por un período aproximado de 48 horas.

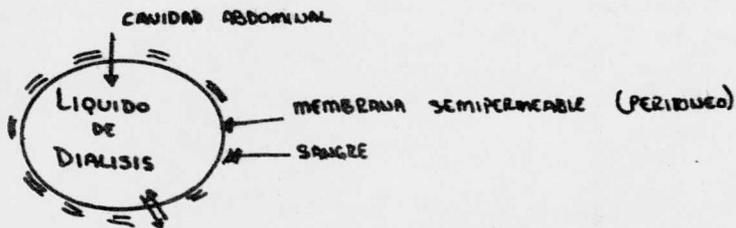
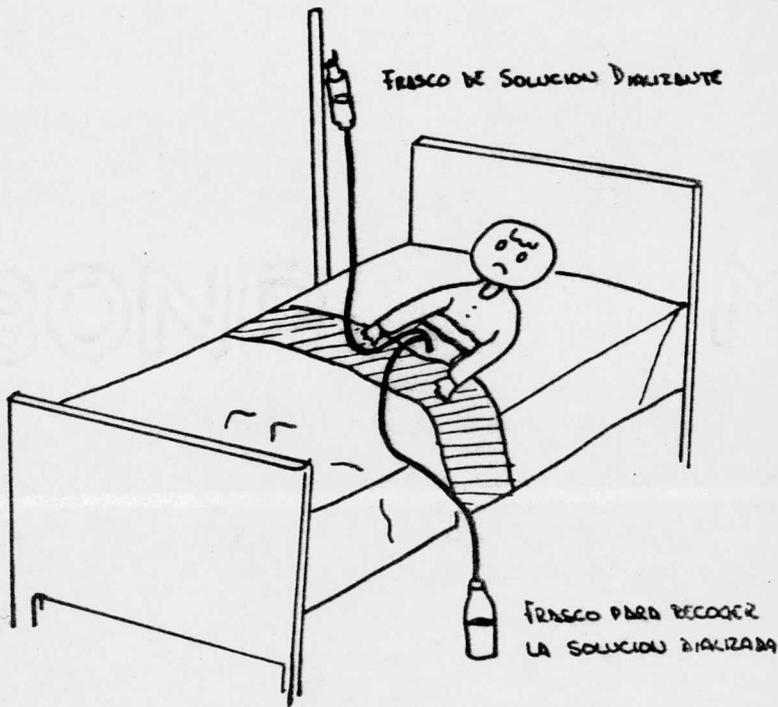
### Hemodialisis.

La hemodiálisis o diálisis extracorpórea, consiste en "sacar" una parte de la sangre del paciente y hacerla pasar por un dializador o riñón artificial y después de que haya terminado su paso, regresarla al paciente.

El dializador consta en general de dos compartimientos, uno

# DIALISIS PERITONEAL

ESQUEMA 1



por donde pasa la sangre y otro por donde pasa el líquido de diálisis, los que están separados por una membrana semipermeable, de tal forma que la sangre, a su paso por el dializador, se va depurando de las impurezas que contiene y adquiriendo una concentración de electrolitos normal. - (Esquema 2).

En este caso el agua pasa de un lado a otro de los compartimientos por diferencias de presión que son controladas a voluntad del médico, de acuerdo a la situación clínica del paciente, y como se mencionó antes, siempre del lado donde existe mayor presión al de menor presión.

Para practicar la hemodiálisis además del dializador, se necesita un aparato que bombee el líquido de diálisis y lo esté pasando a través de este dializador y obtener del paciente un flujo de sangre suficiente (lo que generalmente se logra por una arteria), por lo que previamente habrá que tener una vía arterial disponible mediante un procedimiento quirúrgico previo que es conocido como fístula arteriovenosa.

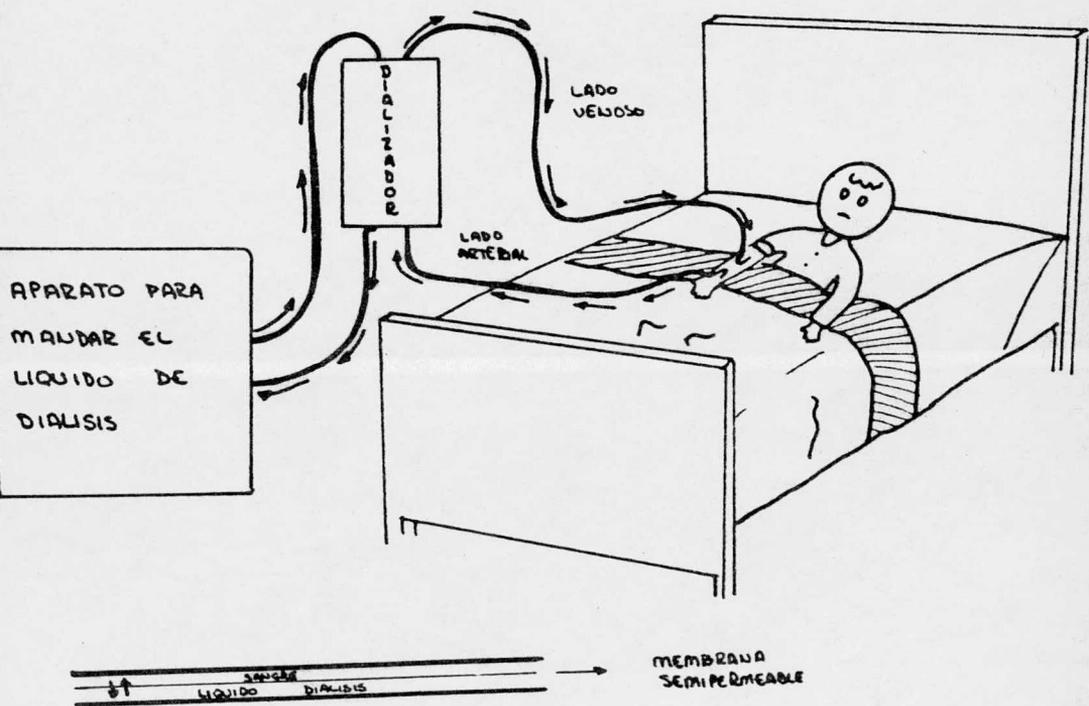
Con estos procedimientos únicamente se logra el mantenimiento del equilibrio electrolítico y acidobásico, y la eliminación de sustancias productos del catabolismo tisular o sustancias tóxicas.

### Trasplante Renal :

Antes de hablar del procedimiento terapéutico conocido como trasplante renal, considero que es necesario familiarizarnos previamente

HEMODIALISIS

ESQUEMA 2



con la terminología aceptada en la actualidad.

El autotrasplante o autoinjerto significa que un órgano es removido de su sitio normal para ser colocado en otro sitio del mismo individuo. En el caso del autotrasplante renal significaría que el riñón es extraído de su sitio normal y es colocado en la fosa ilíaca de la misma persona.

Este procedimiento podría ser necesario en el caso de que un paciente presente lesiones vasculares irreparables en la aorta o arterias renales; aquí no aparecerían problemas inmunológicos.

Isotrasplante o isoinjerto: Significa que tanto el donador (individuo que da el órgano) como el receptor (individuo que recibe el órgano), tienen una estructura antigénica similar y por lo tanto, generalmente no existen problemas inmunológicos. En el caso del trasplante renal humano, el ejemplo está en el que se lleva a cabo entre gemelos idénticos.

El homotrasplante u homoinjerto, significa que el procedimiento es llevado a cabo entre individuos de la misma especie, por ejemplo de conejo a conejo; de hombre a hombre, etc. En este caso, dado que existe diferente constitución antigénica, existen problemas inmunológicos. Este es el caso de los trasplantes renales que se han practicado en el mundo, y en la serie que se presenta en este trabajo, todos son de este tipo. El procedimiento consiste en obtener uno de los riñones del donador para ser co

locado en la fosa ilíaca del receptor.

### Problemas Inmunológicos del Trasplante Renal.

En general, podemos decir que a medida que se va avanzando en la escala zoológica, se va diferenciando un tipo de tejido especial, conocido como Sistema Inmunológico que tiene la función de reconocer y atacar sustancias extrañas al organismo; es decir, que es el método natural para defenderse por ejemplo contra las infecciones, en las que cuando una bacteria o un virus se introduce al organismo, es inicialmente reconocida por el sistema inmunológico y éste responde por una parte con la formación de sustancias que reciben el nombre de inmunoglobulinas o anticuerpos y que van a destruir la partícula extraña. Por otra parte, también se forman células, que son los leucocitos y que también van a destruir a esa sustancia extraña y que además guardan la información para que si en el futuro es nuevamente introducida al organismo, sea destruida en un período más corto de tiempo.

A toda sustancia, partícula o célula que es capaz de despertar esta respuesta inmune, se le denomina antígeno y la respuesta despertada se denomina de dos formas: inmunidad celular cuando se forman células contra el antígeno e inmunidad humoral, cuando se forman anticuerpos contra dicho antígeno.

En el caso del trasplante renal, los antígenos se encuentran en

las células del riñón trasplantado y reciben el nombre de antígenos de histocompatibilidad y son transmitidos en forma hereditaria. Por lo tanto cuando se trata de gemelos idénticos u Homocigotos, tienen la misma constitución antigénica y si se trasplanta un riñón de uno de ellos al otro, no provoca la respuesta inmune.

Sin embargo cuando no es así, los antígenos varían y sí provocan respuesta inmune que va dirigida a destruir las células del órgano -- trasplantado, ya que son extrañas al organismo y aparece un fenómeno -- conocido como Rechazo del Trasplante, del cual se hablará posteriormente.

Naturalmente que cuando son hermanos o cuando el parentesco entre donador y receptor es mayor, los antígenos en general se parecerán más que cuando no existe parentesco y proporcionalmente la posibilidad de que se presente el fenómeno de rechazo será mayor cuanto mayor sea la consanguinidad diferente y más aún cuando no exista ningún parentesco.

#### Selección del Receptor:

Existen innumerables factores que influyen en la selección del paciente que va a entrar a un programa de trasplante renal, que van desde los propios del paciente, hasta los socioeconómicos y que varían de acuerdo a cada centro donde se practica este procedimiento.

En general, se puede decir que el paciente deberá tener insuficiencia renal crónica irreversible, no tendrá alguna otra enfermedad sistémica que repercutiría en el trasplante y no deberá tener anomalías del tracto urinario bajo. Al final del capítulo anotamos el protocolo - que se sigue en la Unidad de Trasplante Renal del Hospital del Niño, IMAN.

#### Selección del Donador.

Igualmente existen innumerables factores que influyen en la selección del donador y que varía de acuerdo a cada Hospital, limitándonos a hablar sobre generalidades: se distinguen dos clases de donadores, el vivo y el cadáver.

En el caso de donador vivo, se aceptan siempre y cuando guarden parentesco con el receptor; la primera condición es que tengan deseos de efectuar la donación. Otro factor es que deberán tener más de 18 años siendo el límite superior de edad el de 60 años. Los estudios clínicos y de laboratorio deberán ser normales y tener una función renal normal sin evidencia de infección.

En cuanto al aspecto inmunológico, existen una serie de estudios que se les solicitan con el objeto de seleccionar aquel que sea "más parecido antigénicamente" al receptor; sin embargo, los más importantes son compatibilidad sanguínea y que no se demuestren anticuerpos circu-

lantes en el receptor contra los antígenos del donador.

Igualmente al final del capítulo se anotan los estudios que se les solicitan para la selección.

En el caso del donador cadáver, deberán tener una edad inferior a 60 años, tener una función renal normal antes de su muerte, no deberán tener una infección sistémica ni renal. También es importante que no presenten tumores malignos a excepción de los del cerebro. En el aspecto inmunológico al igual que en el caso anterior, deberán tener compatibilidad de grupos sanguíneos y ausencia de anticuerpos circulantes contra los antígenos del donador. Preferentemente no deberán tener hipertensión arterial ni shock prolongado antes de la extracción de los riñones.

#### Aspectos Éticos del Donador:

En ambos casos se plantean problemas éticos y legales. En el caso del donador vivo, quizá la pregunta que se podría plantear es ¿Qué riesgos implica para la persona que va a dar el riñón?

Esta pregunta se puede responder en forma especulativa; en primer lugar las enfermedades renales que tuvieran posteriormente no son más frecuentes ni más severas que en las personas con un solo riñón ya que la mayoría de las enfermedades son bilaterales.

Otro caso sería el riesgo operatorio inmediato, que aun que es

muy pequeño no es del todo desechable. En total el riesgo a corto y largo plazo, se ha calculado en un 0.1%.

En el caso de donadores de cadáver, la primera condición se rra que se decrete la muerte cerebral, y la segunda, que se tenga la autorización para la donación por la persona responsable y familiarmente - relacionado con el futuro donador.

### Aspectos Quirúrgicos.

Cualquiera que sea el tipo de donador, una vez que los riñones son extraídos, se protegen contra la falta de oxígeno y de nutrientes indispensables para su metabolismo, es decir que cuando se suspende la irrigación de los riñones y mientras se reinstala su circulación, estos órganos pueden tener lesiones que afectarían la funcionabilidad del trasplante.

Esta protección se logra sometiendo al riñón a hipotermia y - perfundiendo por la arteria renal, soluciones frías con sustancias anticoagulantes y vasodilatadoras; en ocasiones, como cuando no se van a trasplantar en forma inmediata, se someten también a hiperbaria.

Posteriormente el riñón es colocado en una de las fosas ilíacas del receptor, uniendo la arteria renal con la arteria hipogástrica en forma término-terminal, y la vena renal con la vena ilíaca externa, en forma término-lateral. Con esto se logra el establecimiento de la circulación del riñón y de que éste nuevamente obtenga de la sangre, los nutrientes necesarios.

Enseguida, se establece la continuidad de las vías urinarias; - generalmente se practica una unión entre el uretero del riñón trasplantado y la vejiga del receptor y con esto el paciente puede emitir la orina en - forma normal.

#### Evolución del Trasplante Renal :

Sorprendentemente, una vez que es reinstalada la circulación - en el riñón trasplantado, éste comienza a emitir orina en forma abundante . El estado urémico se recupera, la anemia progresivamente se corrige vol-- viendo las cifras de hemoglobina a lo normal, y las repercusiones que ha-- bía en otros Aparatos y Sistemas también progresivamente se corrigen y - el paciente se adapta nuevamente a la sociedad.

Estos pacientes necesitan recibir de por vida medicamentos que deprimen la respuesta inmunológica normal para evitar el fenómeno de re chazo; de estos existen muchos esquemas de tratamiento, siendo en gene-- ral con gluco-corticoides y con inmunodepresores; en el período inmediato, en algunos sitios se utiliza la radiación local en el riñón.

#### Complicaciones del Trasplante Renal :

Son de índole muy diversa, aunque en general están condiciona-- das por una parte por la presencia de sustancias extrañas (antígenos) que como ya se mencionó anteriormente, despiertan la respuesta inmunológica normal para que sean rechazadas, y por otra parte, por los efectos colate

rales que tienen las medidas tomadas para deprimir esta respuesta inmuno-  
lógica ya que disminuyen también la respuesta natural contra las infeccio-  
nes, haciéndose los pacientes particularmente susceptibles a contraerlas.

El rechazo del trasplante puede presentarse en cualquier tiem-  
po de su evolución distinguiéndose las siguientes variedades:

- 1.- Rechazo sobreaagudo. Se presenta inmediatamente que se ha estable-  
cido la circulación del órgano trasplantado, se debe a que el pa-  
ciente tiene anticuerpos circulantes contra el donador, presentándo-  
se una reacción muy rápida que es irreversible a todo tratamiento. -  
Este rechazo se evita no haciendo el trasplante en un paciente al que  
se le encuentren previamente anticuerpos circulantes contra el futuro  
donador.
- 2.- Crisis de Rechazo. Estas se presentan posteriormente en cualquier mo-  
mento de la evolución del paciente, manifestándose por un descenso  
en la función renal. Estos episodios son tratados con altas dosis de -  
gluco corticoides y radiación local en el riñón, generalmente son re-  
versibles al tratamiento y el paciente se recupera.
- 3.- Rechazo crónico. Algunos de los pacientes que presentan las crisis -  
anteriores no responden completamente al tratamiento, evolucionan-  
do en forma lenta, aunque progresiva a insuficiencia renal crónica -  
nuevamente. En este caso no hay un tratamiento apropiado, necesi-  
tando el paciente otro trasplante o nuevamente hemodiálisis.

Dentro de las complicaciones que involucra un trasplante renal los medicamentos administrados para deprimir la respuesta inmunológica, están en primer lugar las infecciones, ya sean bacterianas, virales o parasitarias, algunas veces graves y que llevan a la muerte al paciente o que obligan a suspender la medicación inmunodepresora con la consiguiente presentación del fenómeno de rechazo. Otras complicaciones por esta medicación son la toxicidad que tienen algunas de ellas; también puede producir toxicidad hepática. Dentro de las complicaciones producidas por la administración de esteroides, tenemos como más frecuentes el retraso en el crecimiento, aspecto de síndrome de Cushing, gastritis o úlcera gastroduodenal, pancreatitis, y cataratas oculares. Estas complicaciones anteriormente presentadas, generalmente son prevenidas o controladas por medio del cuidado periódico y frecuente que se tiene con estos pacientes.

Por último existen otras complicaciones de índole técnica que se presentan después del procedimiento quirúrgico, siendo de dos tipos: las que involucran el aparato urogenital como el reflujo, las estenosis o las fístulas urinarias, y las que involucran a los vasos sanguíneos como son las trombosis o estenosis de esos vasos.

Lo presentado anteriormente es un panorama muy general de síndrome de insuficiencia renal crónica y sus posibilidades de tratamiento de acuerdo al desarrollo actual de los conocimientos médicos; creo que el lector podrá formarse un juicio acerca de la magnitud de este problema y lo que repre

senta un trasplante renal; aquí me voy a permitir dar mi opinión que se obtuvo por los conceptos previamente anotados y fundamentalmente, por la convivencia que he tenido con este pequeño grupo de pacientes y de sus familiares.

Una vez enterados someramente del problema, entraré más a los aspectos emocionales que surgen de esta enfermedad y que son concomitantes a ella. El siguiente inciso de este capítulo se refiere precisamente a los estudios que se han hecho tanto para conocer estos aspectos, como para dar una idea general de como no es posible separar los aspectos somáticos de los psicológicos.

### C). INVESTIGACIONES PREVIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO.

A continuación se intentará hacer una división de los diferentes aspectos psicológicos en las entidades que he considerado en la elaboración de este trabajo que guardan una estrecha relación entre sí a saber: la insuficiencia renal crónica que llevaría al tratamiento con hemodiálisis crónica, y ya en el estadio final, cuando es el único recurso, el trasplante renal.

Varios autores se han preocupado al respecto y han intentado de alguna manera, dar una idea clara acerca de los cambios psicológicos tan importantes que surgen en estas tres entidades.

La hemodiálisis crónica ha sido estudiada en los últimos años, así como el trasplante renal, desde varios puntos de vista. A medida que estos procedimientos han progresado, se torna cada vez más evidente que los indivi-

duos sujetos a ellos, presentan stress psicológico importante y requieren de mayores fuentes de energía psíquica con el fin de adaptarse a su enfermedad y a los procedimientos médicos que se requieran.

La hemodiálisis crónica ofrece una oportunidad única para probar la adaptación del ser humano a un órgano artificial. Se observan cambios en la imagen corporal asociado con la dependencia a un órgano artificial y se relacionan sus respuesta con el papel que juega el Psiquiatra o el Psicólogo para comprender al individuo en su intento de prolongar su vida, situación que se logra cada día más con las técnicas médico quirúrgicas.

Es importante tener en cuenta que la prolongación de la vida por medio del trasplante renal, no involucra solamente una adición al tiempo de ésta, sino que también se relaciona con factores de calidad de la vida que se intenta prolongar.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica temen que sus vidas serán cortadas por la muerte inminente, aunque también expresan sus grandes sentimientos de temor ya que aunque viven, pueden no tener una existencia satisfactoria y aceptable.

Este temor a la muerte, junto con el temor a la vida, es el dilema del paciente con insuficiencia renal crónica.

Para mayor comprensión de nuestro material creí conveniente dividir en diferentes puntos que consideré como de mayor significado e importancia.

- 1) Rendimiento Intelectual
- 2) Pruebas que hablen de "organicidad"
- 3) Factores de Personalidad
- 4) Adaptación al Stress.
  - a. Stress durante el tratamiento con hemodiálisis
  - b. Fases de Adaptación.
- 5) Reacciones de Ajuste.
  - a) Durante la Hemodiálisis.
  - b) Durante el Trasplante Renal.
- 6) Trasplantes de Cadáver.
- 7) Conducta Suicida.
- 8) Aspectos Sociales del Trasplante.

#### I.- Rendimiento Intelectual:

La mayor parte de los estudios han utilizado como instrumentos a las pruebas psicológicas tanto psicométricas como proyectivas ya que -- "siempre existe algún potencial de pérdida cerebral, y que una enfermedad renal siempre se acompaña de cierto grado de pérdida orgánica y por este motivo es importante efectuar pruebas psicológicas" (1).

Abrams (1) dice que "la uremia usualmente lleva a cierto grado de organicidad con dificultades en la atención, concentración, abstracción no verbal y coordinación visomotora".

La actitud frente a las pruebas psicológicas es importante ya -- entre estas se observó el porcentaje más alto de individuos que no sabían a que

tipo de estudio iban a asistir creando cierta resistencia al respecto.

En el estudio del Hospital Universitario del Centro Médico de la Universidad de Nueva York se estudiaron a 24 pacientes en un lapso de tres años (1) que incluían a pacientes tanto en hemodiálisis como en el período anterior al trasplante renal.

Se aplicó la prueba de WAIS siendo los C.I. de 57 a 118 con una media de 98.2. Veintiuno de los veinticuatro pacientes mostraron signos de déficit en una o más áreas. Especialmente 16, mostraron dificultades en la coordinación visomotora y 14 mostraron alguna dificultad en la habilidad para manejar material nuevo.

Se observó disminución en la atención y concentración en cinco pacientes, cuatro de ellos mostraron dificultad en la abstracción y cuatro en el juicio.

"Esto lleva a pensar que la enfermedad renal resulta una pérdida de funcionamiento intelectual de tipo orgánico siendo esto inevitable, y se debe considerar si estas pérdidas tienen relación con el tipo de la enfermedad y su cronicidad, y es importante ver si pueden ser reversibles después de un trasplante exitoso." (16)

Otro estudio con respecto a C.I. (15) mostró que los pacientes tuvieron una media de 115 (94 a 143); esto pudo ser dado por diferentes tipos de población.

En el estudio de Sand (31), se valoraron 42 pacientes que eran candidatos al programa de trasplante renal en Seattle. Se evaluaron con:

- 1) Entrevista Psiquiátrica y 2) Pruebas psicométricas y proyectivas (WAIS, -- MMPI, Rorschach y T.A.T.)

COMENTARIO: En los trabajos al respecto se encontró consistencia con la hipótesis de que existen pérdidas en el funcionamiento intelectual.

## II.- Pruebas de "Organisidad".

En cuanto a las pruebas psicológicas específicas para detectar daño cerebral (Bender, Grohove, Kendhal y Wais), fueron evaluados pacientes provenientes de la Unidad Renal del Hospital de la Universidad de Virginia. Las pruebas fueron aplicadas a 38 pacientes en un lapso de dos años. Esta muestra invariablemente demostró cierto grado de "organisidad" con dificultades en la coordinación visomotora, abstracción no verbal y atención-concentración. (1).

No se encontró ningún otro estudio que investigara este aspecto.

## III.- Evaluación con Pruebas Proyectivas de Personalidad:

En uno de los estudios (16), se utilizaron baterías de pruebas psicológicas en una muestra de 24 pacientes. Estos pacientes exhibieron una respuesta afectiva significativamente baja. La mitad de ellos no respondieron a ningún estímulo afectivo y 8 mostraron gran dificultad en el manejo del afecto una vez que éste se removía.

Lo más significativo de esta evaluación, fue el decremento -- significativo en la cantidad de energía disponible para enfrentarse al stress, que se manifestaba con la falta de respuesta afectiva. Muchos pacientes parecieron

resignarse a sus problemas retirando energía del mundo y tornándose receptores pasivos al tratamiento médico. (16)

De estos pacientes ninguno se encontró esquizofrénico, y, los datos de este estudio junto con los de Sand y Livingston (31), sugieren de modo importante que es raro aquel paciente que se quiebra psicológicamente bajo el stress de vida-muerte, aunque si aparecieron signos de depresión severa o algún desorden en el pensamiento.

La mayor parte de los pacientes utilizaron el mecanismo de defensa de la negación (esto es consistente en la mayor parte de la literatura), en un intento de mantenerse y no hacer consciente la gravedad de la situación, - simplemente no deseaban enfrentarse a sus propios sentimientos, especialmente aquellos relacionados con el miedo a la muerte, depresión y coraje de estar enfermos.

El estudio de Glassman (15) comprendió a 7 pacientes en un programa de hemodiálisis a largo plazo y es el resultado de pruebas psicológicas hechas en un período de 9 meses. La finalidad fue considerar si existen características de la personalidad que se correlacionen con la buena ejecución y sobrevivencia en un programa de hemodiálisis, y si existe correlación entre los factores de la personalidad y la habilidad para mantener el régimen estricto que es necesario para sobrevivir.

Estudió a sus pacientes con la Escala de Ansiedad y Depresión - de Shipman y el Inventario de Personalidad de California. Seleccionó estas pruebas ya que se presentan a la depresión y a la ansiedad como mecanismos normales

de adaptación en este tipo de pacientes.

Con respecto al Inventario de California (C.P.I.), fue diseñado para determinar características de personalidad más que aspectos patológicos.

La Escala de Ansiedad y Depresión se seleccionó para determinar efectos con los que los pacientes podían estar luchando.

Los datos importantes que encontró con respecto a la actitud ante las pruebas fueron a) Dificultad para fijar horas de entrevista con los pacientes, y b) El psicólogo o el psiquiatra juegan un tanto el papel de "intrusos" en la Unidad Renal.

Sus conclusiones con respecto a las pruebas mostraron una disparidad significativa entre los datos obtenidos en ellas y la apariencia clínica del grupo de pacientes, ya que, las calificaciones describen a los pacientes como "normal" o arriba de lo normal en todas las escalas del CPI.

Los datos de las pruebas deben ser contrastados con la impresión clínica del grupo de pacientes ya que en su contacto con ellos los encontró letárgicos, deprimidos, etc.

Concluyó que los pacientes de este programa de tratamiento manejan el stress con el uso de la negación masiva como un mecanismo de adaptación.

El estudio de Sand (31) tuvo una muestra de 42 pacientes, de los cuales quedaron 14 para recibir tratamiento y evaluación, la cual fue hecha con la prueba de MMPI. Ninguno de estos pacientes mostraron evidencia o desórdenes severos de personalidad. Ninguno mostró puntajes significativos en las esca-

las Pa (Paranoide), S(Esquizofrenia) o Pd (Desviación Psicopática).

En general, los pacientes que tuvieron ajustes pobres, tendieron a ser más defensivos en todas las pruebas y negar aún proporciones normales de dificultad de ajuste y ansiedad.

Las pruebas proyectivas no mostraron frecuencia o tono afectivo de referencia a temas de enfermedad y/o muerte.

Potencialmente los mejores pacientes muestran mayor flexibilidad e imaginación y en general una estructura emocional más estable. Short y Wilson han medido la negación por medio del MMPI también y han demostrado un aumento cuantitativo de la negación a medida que aumenta el stress, concluyendo que a éste es un mecanismo necesario para que los pacientes sean capaces de manejar esta difícil situación en sus vidas.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología de la Ciudad de México (30), fueron evaluados 6 pacientes antes y después del trasplante renal y las conclusiones fueron que aparecían cambios importantes en el esquema corporal. La prueba de MMPI que también fue utilizada, presentó variaciones cuantitativas en cuanto a las escalas de ansiedad y depresión. Como otro dato importante, la estructura de personalidad no se encuentra modificada en los pacientes más jóvenes; su muestra iba de los 12 a los 28 años.

#### CONCLUSIONES CON RESPECTO A PRUEBAS PSICOLOGICAS:

- 1) Existe poca evidencia de cualquier desajuste emocional grueso.
- 2) Existe pérdida de rendimiento intelectual.
- 3) Los pacientes que se adaptan con mayor éxito son: a) Los de mayor capacidad

- intelectual; b) Actitud menos defensiva para aceptar la ansiedad; c) Menor dependencia y utilización de síntomas físicos (hipocondriasis, conversiones, etc.)
- d) Apoyo emocional satisfactorio de su núcleo familiar.
- 4) Disparidad significativa entre los datos de las pruebas y la apariencia clínica de los pacientes.
- 5) En el sumario de la literatura en relación a aspectos psicológicos de la hemodiálisis crónica se concluye: a) Hasta que los recursos disponibles cubran las demandas de los pacientes, es necesario un criterio de selección. b) La evaluación por medio de pruebas psicológicas es valiosa y necesaria, c) La experiencia única de este tratamiento es la dependencia crónica; d) Las defensas yoicas parecen ser movilizadas por el stress que produce la hemodiálisis crónica, por ejemplo, la negación, desplazamiento y formación reactiva.

#### IV) . Adaptación al Stress:

A) Durante la Hemodiálisis: Para que el tratamiento a base de hemodiálisis tenga éxito, es necesario que el paciente realice un ajuste complejo que requiere y demanda cooperación inteligente y aceptación emocional por parte del individuo. - Los problemas de ajuste van desde cooperación inadecuada con los requerimientos médicos hasta la depresión severa y psicosis.

En un estudio en Seattle, se observaron 42 pacientes candidatos al programa de hemodiálisis (31). Los reportes se basaron en 1) Entrevista Psiquiátrica y 2) Pruebas psicométricas y Proyectivas. Aunque al principio esta evaluación era un filtro, actualmente se utiliza para obtener información que ayude al equipo médico para trabajar con el paciente.

De los 42 pacientes, sólo 14 de ellos recibieron evaluación y pretratamiento psicológico por el suficiente tiempo como para tener una impresión verdadera acerca de sus niveles de ajuste.

Se utilizó una calificación que daban las enfermeras y médicos que tenían contacto constante con el paciente. Los resultados del material de pruebas y entrevistas antes de que los pacientes estuvieran en el programa de diálisis, fueron compatibles con las calificaciones que dio el equipo médico de su ajuste subsecuente. Ya que la muestra fue pequeña, el autor considera que no se puede aplicar a todos los pacientes con hemodiálisis, en general.

Las características relacionadas con el ajuste del paciente fueron:

- 1) Autocuidado: ya que debe ser capaz de tomar un papel activo en mantener su propio bienestar (cuidar su dieta, su fístula, evitar riesgos de infección, etc. Los pacientes con dificultades con las figuras de autoridad, es posible que rompan las "reglas" que consideren como autoritarias y que son impuestas. La conducta impulsiva e irresponsable quizá acarrear problemas en el autocuidado.

La baja inteligencia dificulta el aprendizaje y aplicación de los procedimientos necesarios.

- 2) Rehabilitación: El paciente que en el pasado ha demostrado fuertes tendencias a utilizar síntomas para obtener ganancias secundarias, puede ser considerado como particularmente predispuesto a mostrar rehabilitación inadecuada.
- 3) Stress: Como grupo, los pacientes con riñones artificiales deben tolerar situa-

ciones frecuentes y recurrentes de stress. Por esto, se ven que tanto potencial de adaptación tienen estos pacientes.

El estudio de Wright (37) intenta también estudiar estos aspectos. Su muestra incluyó 12 pacientes en hemodiálisis crónica por períodos de 6 a 33 meses.

A 10 de ellos se les evaluó con entrevista psiquiátrica y con pruebas psicológicas haciéndose un retest que varió de 6 a 33 meses después de la primera evaluación.

Tomo en cuenta la opinión de Engel de que el stress, es la pérdida o amenaza de pérdida de objetos psíquicos, como amenaza de ser lesionado y como frustración de impulsos.

1) Pérdidas Reales o Amenaza de ellas:

- a) Partes o funciones del cuerpo (falta de energía, de concentración, infecciones, pérdida de peso, etc.)
- b) Pérdida de pertenencia a grupos como serían los sociales, culturales, escolares, deportivos, etc.
- c) Falla en los planes futuros.
- d) Cambios en el estilo de vida.
- e) Pérdida de posesiones, status financiero, empleo, etc.

2) Amenaza de Lesión: lo que sería más significativo a niveles de lesión.

- 3) Frustración de Impulsos: a) Restricción de la dieta; b) Decremento de potencia sexual; c) Cambios en la imagen corporal.

Según este autor (37) las reacciones del stress que son aparentemente características en este grupo de pacientes serían:

- 1). Negación, ya que le permite al paciente "vivir con su enfermedad". Los pacientes renales muestran exageración de defensas emocionales; cuando se comparan con gente en general, estos pacientes se clasifican como "normales", "definitivamente felices", al igual que lo hacen los pacientes tuberculosos.
- 2). Depresión, que se manifestó por medio de respuestas en el MMPI en su escala de depresión. La diferencia entre pacientes renales que mostraron mayor tendencia a niveles de depresión y los normales, es notable.

La interpretación a esto sería que los pacientes en hemodiálisis se describen a sí mismos como que muestran signos tanto sutiles como evidentes de depresión. A este respecto sus respuestas son similares con aquellos pacientes con otras enfermedades crónicas.

Sus conclusiones son: 1) Existe stress psicológico en este tipo de pacientes; 2) El stress crítico parece aumentar más que por las hemodiálisis recurrentes, por factores de trabajo, problemas maritales, etc.; 3) Se debe tener conocimiento profundo de la personalidad del paciente; 4) Está indicado el apoyo programado al paciente.

Harry Abram mostró interés en las fases de adaptación durante la hemodiálisis utilizando como muestra a pacientes de la Unidad Renal del Hospital de la Universidad de Virginia, evaluándose a 38 pacientes en un lapso de dos años. El tema dominante se observa en los marcados conflictos dependencia-independencia en relación con la diálisis.

El autor (1) notó las diferentes fases de adaptación del paciente

al procedimiento.

Fase I: Síndrome Urémico.- Baker y Knuston revisaron los síndromes psiquiátricos asociados con uremia dividiendo las manifestaciones clínicas en seis categorías: 1) Forma asténica con malestar y laxitud, progresando hasta el letargo; 2) Delirio agudo con aprensión, inquietud, azoro, confusión, alucinaciones y desilusiones; 3) Forma equizofrénica con síntomas catatónicas y negativistas; 4) Forma depresiva con melancolía frecuentemente asociada con tendencia suicida; 5) Forma maníaca con hiperactividad, agresividad y destructividad; 6) Tipo paranoide con ideas expansivas.

Fase II: Hemodiálisis: El cambio al equilibrio psicológico.

Ocurre de la primera a la tercera semana de diálisis y puede llamarse "regreso de la muerte". Con el comienzo de la diálisis el paciente va experimentando cambios, apareciendo las siguientes etapas: a) Apatía: El paciente se encuentra deprimido psicológica y fisiológicamente; al llegar al equilibrio su apatía disminuye y la sensación de sentirse bien aumenta. b) Euforia: Se da cuenta que ya no se está muriendo, que tiene una nueva oportunidad y responde con euforia; aquí ya se da cuenta de la diálisis, del equipo involucrado, etc.; c) Ansiedad: Es transitoria, con duración de una o dos diálisis aunque pueden aparecer períodos de ansiedad crónica e insomnio.

Fase III: Convalecencia (tercera semana a tercer mes); aquí el paciente ha alcanzado fase de equilibrio y debe enfrentarse a la realidad o sea al conocimiento de los problemas dependencia vs. independencia.

Fase IV: Lucha por la normalidad (tercer mes al doceavo mes); generalmente el

paciente ha regresado a la rutina de su vida cotidiana y se ha adaptado al programa de diálisis. En este punto la psicoterapia es esencial y el deseo de vivir es muy importante.

Concluye que estas fases son similares a las anotadas por Prugh y Taguiri en sus pacientes poliomiélticos respiratorios, ya que observan patrones sucesivos de conducta regresiva, aumento del narcisismo, depresión y hostilidad.

#### V.- Reacciones de Ajuste.

a) Durante la hemodiálisis: La reacción emocional de un paciente ante la necesidad de hemodiálisis crónica, puede representar el mayor obstáculo en una rehabilitación exitosa.

El trabajo de Shea (32) incluye experiencias con 9 pacientes - entre los 13 y 48 años; todos eran varones excepto uno y su C.I. era promedio o mayor al promedio. En cuanto a escolaridad iban desde secundaria hasta doctorado; cinco estaban solteros y el resto casados y viviendo con sus familias.

Se evaluaron con entrevista psiquiátrica y pruebas psicológicas.

Reacciones antes de la Diálisis: La mayor parte experimentaba cierto grado de inquietud e irritabilidad durante la noche anterior a la diálisis. Algunos pacientes despliegan aumento en la necesidad de compañía, aumento de demandas y períodos de llanto.

Reacciones durante la Diálisis: El momento de mayor ansiedad ocurre en el principio y en el fin de la diálisis. El período actual de la diálisis es visto como "aburrido", "cansado". El efecto soporífero de la diálisis ocurrió en todos los -

pacientes durante el procedimiento; este período se caracteriza por mayor grado de inquietud, irritabilidad, impaciencia, así como demandas excesivas. La mayor parte se angustia si surgen dificultades de tipo técnico lo que precipita sentimientos de aprensión; pueden mostrarse deprimidos o defenderse de la ansiedad por medio del sueño.

Reacciones después de la Diálisis: Los pacientes se sienten reanimados cuando termina el procedimiento; cuando se sienten mejor, la intensidad de su anterior ansiedad es algunas veces revelado con expresiones de gratitud.

Reacciones a la Fístula: En general, el paciente es o curioso o completamente indiferente a su existencia y aunque intente, nunca acepta por completo a la fístula como parte de ellos mismos en forma integral.

Reacciones al Dializador: El paciente está alerta a lo que está sucediendo aunque parece especialmente difícil que verbalice sus sentimientos hacia el aparato; para un paciente adolescente al dializador representaba una amenaza a su identidad.

Reacciones hacia otros Pacientes Renales: Buscan la unidad y comparan sus progresos, estableciéndose en ocasiones lazos amistosos estrechos. En general, se brindan soporte y apoyo emocional que ningún miembro del equipo puede brindarle; sin embargo, cuando algún paciente se agrava o muere, los demás se tornan deprimidos o agitados.

Reacciones a la Dieta: Se mueven sentimientos ambivalentes hacia el régimen -dietético; es un tema de conversación que demuestra preocupación constante.

Las indiscreciones en la dieta han sido manifestaciones de stress

ya que generalmente ocurren durante períodos de gran ansiedad.

### Conclusiones :

- 1) La aceptación y ajuste emocional al proceso fue pobre en estos pacientes
- 2) La actitud del equipo es muy importante ya que, para estos pacientes, la hemodiálisis más que un tratamiento, es percibido como un experimento complicado y ofrece la última y remota oportunidad para vivir.
- 3) Es frecuente el rechazo a adherirse a la dieta.

Hasta este momento, hemos revisado las reacciones a una parte del procedimiento para la insuficiencia renal crónica. Enseguida se revisarán los estudios relacionados con las reacciones diversas hacia el trasplante renal.

Se han hecho entrevistas en el Hospital de la Universidad de Illinois a pacientes trasplantados. El autor (24) considera que el aparato psíquico se involucra en el procedimiento del trasplante renal de un modo muy especial, en el sentido de que, la asimilación de los nuevos tejidos toman parte en la integración del nuevo objeto al yo, o sea que se lleva a cabo un "trasplante psicológico". (24)

Las reacciones del receptor pueden organizarse en dos categorías: a) Reacciones al nuevo órgano, y 2) Reacción hacia los donadores.

- 1) Reacciones al nuevo órgano: Etapas de Internalización. La primer reacción es de novedad; es experimentado como un cuerpo extraño que aún

no es parte de la imagen corporal y se requiere trabajo psicológico para integrarlo.

- b) Etapas del Cuerpo Extraño: Reportan los pacientes que el nuevo órgano se siente "raro"; sienten que es protuberante por lo que su configuración se siente totalmente cambiada, o sienten que están cargando algo demasiado frágil.
  - c) Etapa de Incorporación Parcial: El paciente se va tornando menos inquieto con respecto a la nueva adquisición. Se reporta que en esta etapa, disminuye el hablar acerca del tema de trasplante y se consume menor energía al respecto.
  - d) Etapa de Completa Incorporación: Se reporta aceptación del nuevo órgano al punto de que el paciente no está consciente de ello a menos de que se le pregunte:
  - e) Regresión a la Reacción de Cuerpo Extraño: El paciente reporta y revela actitudes de ansiedad y nuevos sentimientos de "rareza" hacia el trasplante por ejemplo cuando se toma una biopsia de rutina o cualquier otro procedimiento.
  - f) Reacciones Individuales: Se han observado tales como que, el órgano es el "bebé"; identificación del receptor con las actitudes del donador; otro paciente presentó agresividad al contrario de su patrón de pasividad e introversión. También la "unión con Dios" es común.
- 2) Reacciones con el Donador: a) Defensa en contra de respuestas Culpa-Verguenza: La reacción incluye un intento por parte del receptor a negar o

reprimir el "regalo" que se le ha dado.

b) **Respuestas de Culpa-Vergüenza:** La preocupación tiene que ver con el tema de destructividad, de limitar o trastornar la vida de otro.

c) **Medidas Restitutivas:** Incluyen intensa preocupación por la vida del donador; sensación repentina de identificación con la persona y sentimientos de justificación de haber "tomado" el riñón de otro.

Por momentos la relación puede tomar rasgos de unión aunque, también reacciones de ansiedad de tipo "siamés". Otra medida restitutiva que se ha observado, es la explicación o justificación ya que algunos pacientes hacen "ver claro" que no sólo el donador no se ve afectado por la pérdida del riñón, sino que él tenía gran necesidad del órgano.

d) **Externalización de Culpa:** En ocasiones, las reacciones que involucran culpa y temor al castigo toman rasgos arcaicos que incluyen regresión y respuestas del super yo. Algunos pacientes perciben en el sueño o en la fantasía; un sentimiento de castigo, algunas veces directamente relacionado con el donador. En cuanto al donador cadáver, algunas veces sienten algo específico como el ser atacados por el fantasma del cadáver y castigados por el crimen de haber recibido el riñón.

Comentario: Una variedad de conflictos pueden ser juzgados entre donador trasplante-receptor. La relación especial entre el receptor y el donador parece ir perdiendo importancia; el proceso de internalización -el convertirse en el dueño del riñón- parece ser un fenómeno universal.

La calidad de adaptación y de reacciones emocionales al tras-

plante ha sido examinado en el adulto pero poco explorada en el niño. El estudio realizado por Bernstein (6) consistió en examinar las reacciones emocionales de 36 niños con respecto al trasplante renal. Dividió al grupo en niños (6 a 11 años) y adolescentes (12 a 18 años); su sobrevivencia post-trasplante iba de dos meses a 6.8 años. El procedimiento incluyó evaluaciones psiquiátricas periódicas y pruebas psicológicas. Las observaciones y hallazgos fueron clasificados en tres períodos postcirugía. 1) Período inicial que iba del alta de hospitalización hasta 2 a 6 semanas post trasplante 6 meses; 2) De 4 a 11 meses post trasplante y 3) De un año hasta 6.8 años de post trasplante. La mayor parte de los niños eran de nivel socioeconómico bajo; tos estaban en límites normales de inteligencia y ninguno tenía diagnóstico psiquiátrico previo.

#### 1) Período Temprano Post Trasplante :

La mayor preocupación en este período era la reintegración de la familia y el niño crónicamente enfermo; la familia en general tendía a acercarse al niño o al adolescente con fragilidad y cuidado. Los padres además, o restringían demasiado al paciente o le daban mucha libertad; al adolescente no se le exigían las reglas usuales de la familia y los hermanos causaban culpa en los padres con respecto a la sobreprotección hacia el niño trasplantado.

Después de ser dado de alta del hospital, el niño pequeño tiene que trabajar con el miedo a la separación, asalto y mutilación; los adolescentes también continuaban teniendo sueños de ansiedad e impotencia.

El regreso a la escuela fue percibido como un período de stress para la mayor parte de los niños; tuvieron dificultad en adaptarse fuera del círculo

lo familiar. Ahora prevalecían los problemas de identidad, de autoimágen y sentimientos de inferioridad. Los adolescentes en particular escondían sus cicatrices quirúrgicas, y ofrecían excusas tales como haber estado en un accidente automovilístico, etc.

## 2) Período Intermedio Post Trasplante:

Aquí, la familia parecía ya haber aceptado el regreso del niño al hogar y era tratado con menor aprensión. Sin embargo hubo tendencia a reforzar la pasividad, colocando al niño en un papel de dependencia, lo cual encubría hostilidad. Fue común que los padres intentaran controlar la agresividad o sus faltas de conducta al amenazarlos con "quitarles el riñón" o amonestando con "tienes que cuidar el riñón".

Único al trasplante es la introducción de relación donador-receptor que sigue de tomar un órgano vital de un individuo y colocarlo en otro.

Los adolescentes en especial reportaron sentimientos más cercanos con sus hermanos que se habían sacrificado.

En este período fueron observadas complicaciones y reacciones de rechazo y la necesidad de rehospitalización daba como resultado reacciones de ansiedad, desesperación en el niño pequeño y reacciones depresivas o ansiosas en los adolescentes.

## 3) Período Tardío Post Trasplante:

Los sobrevivientes parecían adaptados si es que había pocas complicaciones médicas. El área quirúrgica continuaba siendo vista como un -

lugar para ser protegido; entre los adolescentes especialmente se observó que en general, habían reprimido el episodio aunque el trasplante continuaba -- siendo el área pivote para muchas situaciones de sus vidas. Las reacciones psicológicas más pronunciadas se vieron en los sobrevivientes de más tiempo, cuando hicieron rechazo al riñón y hubo necesidad de retirarlo y subsecuentemente regresar a hemodiálisis.

Los comentarios de este autor son en relación a los 36 niños - estudiados postrasplante, en donde la sobrevivencia fue del 89%. Concluye que en el adolescente el stress del trasplante, además de sus conflictos de iden tidad desarrollo psicosexual, dependencia y conflictos con figuras de autori dad, pueden ser motivo de destrucción de defensas.

En muchos adolescentes también observó un "síndrome de vida corta", ya que llevaban una vida constreñida y temerosa a pesar de un buen - funcionamiento del riñón.

Tanto el Psiquiatra como el Psicólogo fueron criticados en el trabajo del Dr. Chad (8). Refiere que desde su punto de vista, la experiencia en cuanto a hemodiálisis y trasplante difiere grandemente de lo que se describe en la literatura. Por ejemplo, los pacientes que él observó parecían estar preo cupados con problemas muy reales como cuando una joven se preguntaba a sí misma si alguien desearía casar con ella. Muchos de estos conflictos son consi derados por el Psiquiatra como evidencia de ideas paranoides o de depresión, aunque es de considerarse que estos temores están bien fundados y basados en - la realidad. Después de varias visitas al médico, el paciente comienza a pen-

sar que sus síntomas muy reales como disnea, fatiga, etc.; son producto de su mente, así que comienza a esconderlos por vergüenza; eventualmente no se queja de nada y el médico está totalmente desconociendo este aspecto así como las dificultades financieras, escolares, maritales que el paciente esté experimentando.

Los pacientes ya trasplantados pueden sentirse libres de máquinas, dietas y restricciones; sin embargo continúan compartiendo sus ansiedades con los amigos que aún están en hemodiálisis, además de estar siempre con el temor del rechazo del riñón y las complicaciones primarias de los inmuno supresores como serían las facies cushinoide, infecciones, etc.

Concluye que el nefrólogo debe interesarse más por lo que pasa en la vida de sus pacientes, prestando mayor atención a la calidad de la vida y menos a la cantidad.

### TRASPLANTE DE CADAVER.

Al respecto se encontró un solo estudio realizado por Abram (3). Incluye pacientes que recibieron homógrafos de cadáver; fueron entrevistados en un período de 11 meses los 30 pacientes sobrevivientes en el Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt. No se incluyeron menores de 16 años o pacientes con trasplante de donador vivo.

Las entrevistas cubrían las siguientes áreas: 1) Historia familiar y personal, 2) Historia de la enfermedad renal, 3) Adaptación del paciente y su familia a la diálisis crónica, 4) Adaptación al Trasplante Renal incluyendo fases pre y post operatorias, cambios en el estilo de vida, hábitos sexua

etc., 5) Actitud hacia el homógrafo de cadáver incluyendo sueños y fantasías.

Con respecto a la adaptación, aparentemente no se presentaron complicaciones psiquiátricas severas; el período de espera del trasplante fue un tiempo de anticipación ambivalente, no solo por el temor a la operación, sino también representaba la espera de la muerte de otra persona.

Los cambios en el estilo de vida estaban relacionados con actitudes respecto al sentido de la vida, hábitos de trabajo y el núcleo familiar. Para dos pacientes el trasplante se convirtió en un "estilo de vida" y frecuentemente hablaban de sus experiencias con otros pacientes que esperaban ser trasplantados; se convirtieron en "expertos" en la materia.

El tema de renacer fue muy común en este grupo de pacientes. Algunos receptores se obsesionaban con el origen de su riñón así como los niños adoptados desean saber el origen de sus verdaderos padres. La ambivalencia acerca de aceptar el órgano de cadáver fue básicamente relacionado con el hecho de que la vida del paciente dependería de la muerte de otro; la mayor parte pensó que su actitud mental podría influir de algún modo en el rechazo del riñón, situación que podría ser evitada al mantener una visión "saludable" al respecto desde el punto de vista emocional.

En cuanto a los comentarios del autor (3) considera que al evaluar estos resultados, existen por lo menos dos variables que deben tomarse en cuenta; el primero es respecto a los medicamentos inmunosupresores, ya que como lo reporta Wilson estas drogas pueden afectar marcadamente el estado mental del paciente. Otro factor sería que con el uso de la negación, el deseo de

vivir o cualquier otro valor imponderable que exista en el ser humano, estos -  
pacientes generalmente se muestran satisfechos con sus vidas y motivados a vi--  
vir las plenamente.

### VII). Conducta Suicida:

Según un estudio de Abram (2), los cuestionarios de 3478 pacientes en -  
diálisis crónica revelaron mayor incidencia de conducta suicida que entre la po-  
blación en general. Examinó en este trabajo las diferentes formas de conducta  
suicida: 1) Suicidio efectivo y activo por medio de sobredosis y exanguina-  
ción y 3) Intentos suicidas sin éxito como por ejemplo solicitud de ser retira--  
dos del programa de diálisis lo que llevaría a la muerte segura, muerte por in-  
habilidad o rechazo para adherirse al régimen alimenticio y muertes accidenta-  
les.

La información proviene de cuestionarios enviados a 201 cen--  
tros de diálisis en los EUA y de 4 suicidios estudiados a fondo.

Se obtuvo la muestra de 3478 pacientes vivos y muertos; cator-  
ce de los veinte suicidios logrados y 15 de los 17 suicidios frustrados correspon-  
dieron a varones. Los medios consistieron en exanguinación, sobredosis, y --  
exageración en alimento líquido que estaba prohibido en el régimen.

Existen comentarios en la literatura psiquiátrica de los efectos  
que puede acarrear una enfermedad crónica y que pueden ser importantes en la  
decisión de cometer suicidio. Dorpat en un estudio en Seattle encontró alta  
incidencia entre úlceras pépticas, enfermedades cardiovasculares entre las --  
personas que se habían suicidado, aunque ciertamente no todas las personas -

con enfermedades crónicas se matan.

Estos pacientes fueron considerados con conductas dependientes, por lo que se puede sospechar que los problemas emocionales que acarrea la enfermedad crónica y la hemodiálisis, son causas significativas de la conducta suicida.

El autor (2) refiere que es difícil decir si la edad es un factor que contribuye o protege en contra de la conducta suicida en un paciente en hemodiálisis.

Dorpat et al. anotaron que el 50% de personas que tuvieron éxito en el suicidio y el 64% de los que lo intentaron, provenían de familias desorganizadas. La muerte de alguno de los padres fue el factor más alto en el grupo de los que lograron suicidarse, y el divorcio fue la causa de desorganización familiar más común en aquellos que intentaron el suicidio.

La mayor incidencia en varones parece esta relacionada con actitudes culturales y psicológicas relacionadas con la amenaza de pasividad e inactividad. El rechazo y pérdida del alógrafo en dos pacientes, fue un factor significativo en su conducta suicida.

Con el desarrollo continuo de técnicas sofisticadas se ha desarrollado la sustitución de órganos defectuosos para prolongar la vida. El estudio realizado en la Universidad de Oklahoma (5) incluye 14 pacientes con insuficiencia renal crónica que fueron evaluados médica, quirúrgica y psicológicamente para hemodiálisis y trasplante renal. Se utilizaron 4 criterios: 1) Ausencia de enfermedad psiquiátrica invalidante, 2) Presencia de madurez emocio-

nal suficiente para que el paciente esté consciente de su enfermedad y la importancia de sus terapias médicas y quirúrgicas, 3) Presencia de suficiente estabilidad emocional para que el paciente reaccione de un modo constante y predecible y 4) Presencia de motivación consistente para la rehabilitación con el objeto de que sea activo en su tratamiento.

Los 14 paciente incluían desde adolescentes (15 años) hasta un hombre de 49 años. Incluía 6 mujeres y 8 hombres, dos de ellos entre los 15 y 19 años; seis entre 22 y 29, tres entre 30 y 39 y tres entre 40 y 49.

Todos los pacientes incluían e indicaban en esta serie de experiencias íntimas con el médico, el miedo a la muerte inminente. Este temor fue su reacción inmediata al saber sobre su diagnóstico y lo que implicaba. Once de los 14 pacientes revelaron que su reacción fue próxima a la negación de su miedo a la muerte y en algunos, este mecanismo adoptó la forma de simple incredulidad en un intento de ignorar el diagnóstico.

No se encontró correlación entre el uso de la negación y la estructura de personalidad. En lugar de esto, la negación aparente fue una función de la ansiedad tan grande generada por el conocimiento del grave pronóstico de su enfermedad. Por esto se concluyó que la negación es un mecanismo de defensa utilizado por la mayor parte de los pacientes (79%) en contra del temor a la muerte.

Siguiendo el período de negación, 8 de los pacientes describieron sentimientos conscientes de tristeza, decepción, depresión y en ocasiones -desesperanza.

Fue en estos momentos que los pacientes indicaron conciencia de que se sentían solos en su lucha y, que era imposible que se comunicaran - plenamente aún con personas significativas en su vida, sus temores y su soledad.

La actitud de resentimiento como una reacción a la pérdida de la salud y la envidia hacia otros sin ese problema, fue admitida por sólo 5 pacientes. Pero cuando estos sentimientos de coraje se convirtieron en reacciones conscientes con respecto a su dilema, éstos fueron más difíciles de controlar médicamente, estaban más predispuestos a violar restricciones de dieta y - tendían a ser más demandantes con su familia y el equipo médico.

Como comentario el autor enfatiza que el temor de morir y el temor de vivir son parte integrales del problema de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento.

#### VIII.) Aspectos Sociales del Trasplante:

Desde el punto de vista científico, el trasplante puede ser visto como un avance maravilloso. La mayor parte de los estudios se han limitado a la descripción de aspectos psicológicos agudos en los pacientes y sus familias que ocurren en los períodos pre y post trasplante.

El autor de este estudio (22) se refiere a los niños con trasplante renal que ha tenido éxito o que estén aún en hemodiálisis.

Catorce niños fueron estudiados para ver el ajuste social, status emocional nivel de inteligencia y autoconcepto. Cinco de los niños habían sido trasplantados con éxito y funcionando entre los dos y cinco años; dos habían sido trasplantados aunque habían rechazado el riñón y los 7 restantes habían -

estado en hemodiálisis de 6 meses hasta varios años.

Se exploraron las siguientes áreas para valorar el nivel de funcionamiento antes y después de la falta del riñón y el T: 1) Vida social e interrelaciones, 2) Humor y afecto, 3) Nivel de Actividad (juegos, deportes), 4) Rendimiento Escolar, 5) Otros cambios en la conducta, 6) Sentimientos y fantasmas de los niños con respecto al TR y a la diálisis, 7) Relación de los niños con los donadores.

Se les aplicó WISC y Machover. Además se hicieron entrevistas a los padres para ver su propia adaptación a la enfermedad del niño y los efectos sobre los hermanos.

## RESULTADOS.

1) Ajuste de los Niños: Los estudios revelaron que los niños sienten más la IR como un impedimento en su vida social, que los varones. La mayor parte del tiempo la pasaban en actividades más o menos aisladas tales como lectura y quehaceres domésticos. Ninguna tenía novio. Los varones en general tenían actividades en el exterior más o menos adecuadas. Mucha de la dependencia era favorecida por los padres de los niños, mientras que se esperaba que los varones vivieran de modo independiente y normal. Las entrevistas sin embargo, revelaron mucha depresión.

La mayor parte lloraba cuando se discutían dificultades de sus vidas personal y social. De los 3 niños más pequeños (uno de 6 años y dos de 7), un niño que parecía contento, estaba bastante ignorante de su condición. Los otros aunque no estaban totalmente conscientes del grado de su enfermedad,

estaban sujetos a frecuentes cambios de humor.

La escuela presentó problemas para la mayor parte de los niños. Las maestras especiales en casa fueron instituidas para 6 niños. Estos se mostraron tristes con este arreglo ya que se sentían aislados al perder contacto con sus amistades. Aunque la mayor parte funcionó a niveles de bajo aprovechamiento, los padres no se preocuparon por ello.

Había muchas expectativas poco realistas acerca del T ya que el rechazo del órgano resultó en diversos grados de depresión tanto en los padres como en los niños.

Los niños más pequeños (6 a 12 años) veían las donaciones de los órganos como una cuestión de rutina de parte de los D y no estaban bajo ninguna presión. Los mayores (13 a 19) por otra parte, se sentían muy sensibles en cuanto a sugerencias o demandas de sus donadores.

El autoconcepto fue juzgado por los dibujos de la persona humana. La mayor parte de los dibujos eran inmaduros; no se observó ningún tipo de distorsión del cuerpo específicamente.

2) Adaptación de los Padres. La noticia de la enfermedad del niño fue el factor que creó mayor crisis en la familia. Tenían dos alternativas: 1) Podían dejar a la enfermedad tomar su curso teniendo como resultado la muerte o 2) Podían -- considerar la posibilidad de T con una sobrevivencia de por lo menos dos años. -- La mayor parte accedió a la segunda posibilidad, lo que más ayudó a esta decisión fue el ver el sufrimiento del niño.

La unidad familiar y la cohesión afecta el proceso de la

decisión en alto grado. Las familias desorganizadas o con malas relaciones tuvieron mayor problema para hacer la decisión. Fue definitivo el modo como el nefrólogo presentara sus hallazgos (su optimismo, pesimismo acerca del caso, - afectaba la decisión de los padres hasta cierto punto.)

En algunos casos esta presión unió a las familias, mientras que en otras contribuyó a que se desorganizaran más.

Fue raro encontrar una relación de apoyo normal entre los padres y el niño. La mayoría no podían controlar sus sentimientos de culpa, simpatía o lástima hacia los niños. Estos sentimientos crearon sobreprotección inapropiada. Tres padres manifestaron extrema cantidad de negación acerca de la seriedad de la enfermedad. Ellos, así como sus niños mostraron sonrisas constantes cuando eran vistos en el hospital.

### 3) Reacciones de los Hermanos.

Sentían principalmente celos y falta de atención de los padres hacia ellos.

## DISCUSION.

Se piensa que muchos de estos problemas podrían haber sido evitados si se hubiera tomado en cuenta el medio social y familiar. La escuela parece haber sido el área de mayor preocupación.

## D. COMENTARIOS:

Considero que hasta este momento, se ha logrado dar una imagen muy general acerca de los problemas médicos y psicológicos de esta enfermedad.

Probablemente el lector se sintió un tanto extrañado de que en un trabajo puramente clínico desde el punto de vista psicológico, se incluyeran las explicaciones médicas de cada procedimiento utilizado para tratar una enfermedad tan importante como lo es la Insuficiencia Renal Crónica. Sin embargo, era la única forma de irnos adentrando en el mundo interior psicológico y afectivo de este grupo especial de pacientes y así, poder comprender la magnitud de las repercusiones emocionales.

Los trabajos previos indican que estos cambios definitivamente sí modifican el estilo de vida del paciente y de su familia; llama la atención, que al igual que en nuestro trabajo, las muestras siempre son reducidas por razones ya mencionadas como serían los pocos pacientes que pueden recibir un tratamiento tan sofisticado y complicado como sería el Trasplante renal y en ocasiones por ser las muestras pequeñas, prefieren los autores descubrir a fondo y en todos sus aspectos, a pacientes en forma aislada e individual.

También estos trabajos ya realizados por personas interesadas en el tema, indican el creciente interés por no dejar descuidado y muchas veces ignorado, el trabajar con el paciente crónico que necesariamente va a tener severas repercusiones tanto en su equipo biológico como en el emocional.

Para adentrarnos en el siguiente capítulo, diremos que si estas enfermedades crónicas y sus tratamientos, causan estragos en el individuo, es posible que el adolescente presente repercusiones más importantes a este nivel.

CAPITULO 2 .

### El Paciente Adolescente.

Es de interés incluir un capítulo acerca de Adolescencia en vista de que la muestra estudiada en este trabajo consiste en pacientes que van de los 11 a los 17 años, y el interrogatorio, exploración, motivaciones y relación, exigen un enfoque diferente del que se emplea para otros grupos de edad. Estos pacientes pueden tener rasgos tanto de madurez como de actitudes infantiles por encontrarse en un período de transición entre la niñez y la edad adulta.

### Definición de Adolescencia.

El vocablo Adolescencia proviene del verbo "adolescere" que significa crecer o llegar a la maduración. Esto significa no sólo el crecimiento físico sino también el desarrollo mental, no debiendo confundirse con la pubertad que es el período de la preadolescencia, en la que se produce la maduración sexual. (19)

Por este motivo, el adolescente se estudia desde dos puntos de vista, el físico y el emocional.

Uno de los ajustes evolutivos primordiales que debe afrontar el adolescente, es la aceptación de las modificaciones operadas en su organismo como expresión de los cambios de su propio yo. Anna Freud (12) y otros, enfatizan que los cambios fisiológicos de la adolescencia y sus manifes-

taciones subjetivas, traen consigo en ocasiones desequilibrio psicológico, y por lo tanto entre sus ansiedades está el temor a perder el control y en consecuencia una quiebra en la organización yoica.

A pesar de que los niños esperan ansiosamente el momento de ser "grandes", los cambios sufridos por el organismo, con frecuencia provocan más desilusiones que alegrías.

La insatisfacción por su aspecto personal, se halla en su punto máximo en la mitad de la adolescencia. La intensidad de los efectos psicológicos provocados por los cambios físicos dependen de varios factores de los cuales los más importantes son:

1). Rapidez de los cambios:

Todos los seres humanos tienen una autoimagen o concepto de su Yo físico, y el crecimiento rápido y los cambios, hacen necesaria una nueva integración de esta autoimagen corporal.

2). Falta de información:

Los conocimientos que brindan los padres o maestros en el momento adecuado, influirán ya sea positiva o negativamente sobre las actitudes que el individuo tome con respecto a su físico.

3). Ideal Infantil:

Todo niño se crea a sí mismo una imagen de cómo será cuando se convierta en adulto, aunque pocas veces se llega a ese ideal y mientras más alejado está el individuo de ese concepto, más perturbación y su

frimiento le causará.

#### 4). Expectación Social:

Los niños de una edad cronológica dada, actúan de acuerdo a normas establecidas por la sociedad en la que viven; cuando existe discrepancia notable entre la preparación cultural y la etapa de madurez del adolescente, es probable que surjan dificultades para el individuo. Por ejemplo, se espera que una adolescente de 15 años esté interesada por las interrelaciones con miembros del sexo opuesto; si no lleva a cabo ésta actitud, puede verse presionada e incluso rechazada por su grupo de edad causándole ansiedad y en ocasiones llevandola hasta el aislamiento.

#### 5). Grado de Seguridad Social:

Todo adolescente se da cuenta del hecho de que el aspecto físico facilita o dificulta la aceptación social en un momento dado; - cuanto más inseguro y ansioso de ser aceptado, más notables serán los aspectos psicológicos provocados por su aspecto físico.

#### Fuentes de Ansiedad en los Adolescentes:

Debe de tomarse en cuenta que al nacimiento, el potencial para estar ansioso existe dentro de la fisiología del individuo. Pero muchas de las situaciones o eventos a los que se puede unir la ansiedad son una función de las experiencias de aprendizaje. El adolescente puede sentirse ansioso acerca de peligros potenciales; pérdida de amor de sus padres o -

estandares culturales, o acerca de aspectos agresivos y sexuales.

Entre las ansiedades más específicas, se verá que en la adolescencia estarán aumentados los impulsos agresivos y sexuales. Algunas veces la ansiedad puede incrementarse por los impulsos mismos (vistos en ocasiones como "malos", "sucios"). Algunas veces la ansiedad puede ser una función, no tanto por los impulsos en sí, sino hacia los objetos que están dirigidos. Algunas veces también los impulsos sexuales pueden acarrear ansiedad, ya que en su intensidad, amenazan con debilitar la fuerzas yoicas y, por lo tanto ponen en peligro la organización yoica y encierran el peligro de actuar alguna conducta sexual que violará los estandares autoimpuestos de la conciencia. (9)

Otra fuente de ansiedad, se refiere al aspecto de dependencia vs. independencia. Aunque el adolescente puede desear intensamente obtener estas metas, puede sentir también gran ansiedad acerca de su habilidad para obtener su independencia y hacerse responsable de sus actos.

Al enfrentarse a estas situaciones desconocidas, el adolescente puede desear la regresión a la seguridad y a una dependencia infantil. Pero los deseos de una dependencia exagerada, también pueden provocar ansiedad, ya que evitan las satisfacciones de la independencia e invalidar la autoimagen del individuo como una persona que va madurando y de este modo reducir su autoestima.

Entre otras fuentes de ansiedad, estaría el deseo de ser aceptado por su núcleo familiar y su grupo; ansiedad acerca de sus pro-

pias habilidades; ansiedad acerca de su imagen corporal y de su identidad.

#### A). EL DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL NIÑO:

En el curso del crecimiento, desarrollo y la experiencia interpersonal, el niño se forma un concepto de su propio cuerpo. Este "retrato mental", es único para cada niño ya que se deriva de sus experiencias sensoriales y afectivas (7).

A medida que el niño continuamente integra sus experiencias del mundo, el manejo de éste y su habilidad para responder a una variedad de experiencias, continuamente está modificando su imagen corporal.

La forma definida de los límites de su cuerpo así como la percepción estructurada de su imagen corporal, es básico para la identidad del niño y refleja la percepción a largo plazo de su cuerpo.

El concepto de la imagen corporal del niño es un indicador primario de su grado de organización a largo plazo de su cuerpo.

El concepto de la imagen corporal del niño es un indicador primario de su grado de organización de la personalidad y de su fuerza yoica.

#### El Infante:

De acuerdo a Erikson, la infancia es el primer estadio de desarrollo psicosocial e incluye al primer año de vida. Se le llama en ocasiones a esta fase: oral, porque la boca es la zona más predominante, ya que por medio de ella, el niño satisface sus necesidades inmediatas y descubre su medio ambiente.

Existe una relación estrecha entre imagen corporal y autoconcepto, y el grado en que una persona se guste a sí misma.

### Tres a Cinco años :

Aquí existe mayor diferenciación del self del medio ambiente. A medida que el niño crece en tamaño y forma, y tiene mayores capacidades motoras, la imagen corporal se ve continuamente modificada. Durante este período las figuras más significativas serán la de los padres. Las actitudes de estos imparten una impresión indeleble en el concepto del niño acerca de él mismo, de su cuerpo y sus funciones. Dependiendo de estas experiencias con los padres, el cuerpo y sus partes pueden ser percibidos como buenos y malos, agradables o repulsivos, limpios o sucios, amados u odiados.

Durante este período, el niño aprende que está en relación con el mundo, que puede manipular su propio medio y como puede controlar su cuerpo. Si no lo logra, el niño experimenta sentimientos de incapacidad, inadecuación y culpa.

### El Preescolar (3 a 6 años).

Durante esta etapa el niño busca descubrir en qué clase de persona se va a convertir. Es durante esta etapa en la que desarrolla ya sea un sentido de iniciativa o un sentimiento de culpa.

Su imagen corporal se va tornando más clara para él mismo y está a un nivel más consciente. Los desarrollos críticos de este período incluyen :

- 1) Conocimiento de los roles sexuales y el inicio de la curiosidad sexual.
- 2) Identificación con los modelos paternos.

- 3) Crecimiento rápido de capacidades intelectuales y del lenguaje.
- 4) Aumento de la habilidad psicomotora.

Los aspectos de desarrollo psicomotor que son relevantes para la imagen corporal, son un sentido del balance más o menos maduro, -- orientación espacial y precisión de movimientos.

#### Escolar: (6 a 12)

Durante estos años del inicio escolar hasta la preadolescencia, el medio social del niño, se expande. El niño emocionalmente perturbado será menos tolerante de su yo físico. Existe alta correlación entre -- dificultades en la adaptación psicológica y social y, el interés en el cuerpo.

De los 10 a los 12 años se comienzan a sentir los cambios de la pubertad.

#### Desarrollo de la Imagen Corporal en la Adolescencia:

La imagen corporal es el concepto cambiante del cuerpo de uno mismo. Un factor importante que lleva a este cambio es el crecimiento. -- En contraste con otras fases de la vida, el crecimiento durante la adolescencia es muy rápido y en general es notado por el sujeto y por quienes lo rodean; ya que el adolescente no puede fácilmente negar su crecimiento, en cierto sentido se ve forzado a cambiar su imagen corporal.

Los cambios físicos de estatura, peso, complexión, no sólo lleva a cambios en el modo como el adolescente ve su cuerpo en términos gene -- rales de su apariencia, sino que también afecta a como utiliza su cuerpo.

Ya que el crecimiento es tan rápido el adolescente se siente extraño a utilizar su cuerpo (10) Esto lo puede llevar a sentirse inseguro y

pensar de él mismo como incapaz y puede contribuir a que no pueda aprender - ciertas habilidades motoras.

Una de las consecuencias del crecimiento, cambios y aumento de sensaciones, es que el adolescente focaliza su atención en su cuerpo. Está más alerta de éste y es por esto que su imagen corporal adquiere mayor significado.

#### Distorsiones de la Imagen Corporal :

El crecimiento y los cambios llaman la atención del adolescente así como su energía se dirige hacia su cuerpo cambiante y se vuelve más sensitivo ante este tema.

Esto puede llevarlo a distorsionar su imagen corporal; ésta puede ser total y puede pensar que su cuerpo o una parte de éste tiene mayor importancia de la que tiene en la realidad. En general, el adolescente con frecuencia sobrenfatiza sus defectos y se devalúa.

La explicación que dan Bellak y Smald para estas distorsiones, es que los adolescentes son capaces de desligar sus sentimientos infantiles de sus padres pero no son capaces de invertirlos exitosamente en objetos externos. Por lo tanto dirigen estos sentimientos hacia sí mismos, llevando a ideas sobrealoradas de habilidad corporal, belleza o preocupación por la apariencia y procesos corporales.

Aparentemente todos los adolescentes tienen este aumento de la atención hacia sus cuerpos hasta que pueden dirigir algo de esta atención a objetos externos.

### Mecanismos de Defensa:

Si la imagen corporal de uno mismo es tal que no cree que pueda obtener mucha aceptación de su cuerpo, puede idear otros medios para obtener la aceptación y evitar la angustia.

Ya que la ansiedad representa un estado doloroso de tensión e levada que de modo marcado perturba el equilibrio psicológico, aparecen respuestas aprendidas para reducir dicha ansiedad; según la teoría psicoanalítica, estas técnicas son los mecanismos de defensa.

La represión que sirve como base para otras defensas, se hace aparente desde la infancia. En la represión los impulsos generadores de ansiedad recuerdos, etc. son quitados de la conciencia. Cuando las asociaciones del individuo comienzan a acercarse a áreas dolorosas, aumenta la ansiedad y las asociaciones entonces se van hacia direcciones más tranquilas y seguras haciendo que disminuya la ansiedad; en la represión, el pensamiento o algún evento se remueve de la conciencia.

La negación es una defensa relacionada con la anterior aunque mucho más primitiva. Aquí los factores son tratados por el individuo como si no existieran; la persona insiste en que una situación o evento causante de ansiedad no es verdadero, y lo cree así.

La diferencia entre negación y represión es muy sutil. En la represión el individuo no está consciente de un pensamiento doloroso o que le cause temor; en la negación el pensamiento causante de ansiedad es totalmente rechazado. Si la negación es utilizada constantemente en la edad adulta, la -

capacidad del individuo para manejar adecuadamente la realidad, se verá totalmente perturbada.

En la proyección y el desplazamiento, un sentimiento inaceptable es reconocido pero atribuido a otra fuente diferente. La proyección es la adscripción de una acción o pensamiento no deseable de uno mismo a otra persona. En el desplazamiento el individuo tiene la respuesta emocional adecuda pero no la atribuye a la fuente correcta.

La racionalización es una defensa reconfortante que todos utilizamos. Incluye proveerse a uno mismo con razones socialmente aceptadas para su conducta o actitudes, cuando la verdadera razón no sería aceptable a la propia conciencia y por lo tanto, si fuera permitida dentro de la conciencia, llevaría a crear ansiedad y culpa.

La regresión involucra la readopción de una respuesta que fue característica de una fase temprana del desarrollo. Varios psicoanalistas (Freud, Blos) piensan que el resurgimiento de conductas o actitudes infantiles que pueden ocurrir en la adolescencia se pueden deber a la regresión.

La compensación es una defensa común en contra de defectos físicos por ejemplo (reales o imaginarios). Se puede compensar por medio de éxito vocacional, etc. En ocasiones cuando existe un defecto real o no, se convierte en una excusa para otros problemas. La ineficiencia puede ser disculpada por problemas reales o imaginarios de tipo somático. Otras ansiedades pueden ser desplazadas hacia la condición física; por ejemplo, un adolescente puede presentar crisis convulsivas y por lo tanto ser relevado de ciertas responsabilidades.

## El Paciente Adolescente y las Entrevistas:

Es evidente que esta etapa de la vida está matizada de altibajos, de sentimientos ambivalentes y de conductas contradictorias. Al estar en contacto continuo con adolescentes, se hace notar que se trata de un grupo diferente, especial, ya que no pueden encajonarse totalmente en el grupo de los niños, pero tampoco es posible exigir que se comporten con plena madurez como se esperaba de un adulto.

Como ya se mencionó, sabemos que el adolescente pasa por problemas de identidad, dependencia vs. independencia, etc. Si aunamos a esto una enfermedad que lo confine o lo ponga en contacto continuo con un hospital, es lógico pensar que la situación adquiere matices diferentes y se complica más.

Es de interés hacer hincapié que los primeros contactos con el equipo médico y paramédico son importantísimos, ya que el adolescente es muy susceptible a cualquier actitud de rechazo o impaciencia.

Al realizar entrevistas con adolescentes, lo más conveniente es que sean siempre a solas, sin la intervención de los padres sólo que se trate, claro está, de un paciente con retardo mental o que expresen que se sienten incómodos sin la presencia paterna. Los padres a su vez deben ser entrevistados también a solas para darles la oportunidad de expresarse libremente.

Entre los factores importantes para un buen manejo de entrevista con pacientes adolescentes, está el respeto, interés y comunicación. Cuando el adulto adopta ciertas actitudes moralizadoras, punitivas u hostiles, inme-

diatamente el paciente reaccionará con actitudes diversas como mutismo, negativismo, indiferencia, etc.

Quizá el primer paso consiste en la información completa acerca de lo que se le va a realizar, así como el establecimiento de sus propios límites, indicándole que la entrevista es confidencial, o sea, hacer sentir al adolescente que es él la figura importante y que nada se llevará a cabo sin su consentimiento.

En ocasiones se presentan casos de pacientes poco comunicativos y la reacción del adulto puede ser de frustración y de irritación (20). Esto puede deberse a varios motivos como serían estructura de personalidad, dificultades para la expresión de sus sentimientos o factores de ansiedad. Aquí entrará en juego la habilidad e interés del adulto para establecer una buena relación, haciendo que el paciente se sienta relajado.

Otro factor para el mutismo puede ser la depresión, lo que debe ser valorado clínicamente para saber si se trata de una reacción, o si es crónico. Los adolescentes pueden mostrar equivalentes depresivos de índole somático, hipocondría, trastornos en la concentración, conducta teatral y trastornos en la alimentación y en el sueño. Este tipo de depresión, siempre entraña el peligro del suicidio ya que la frecuencia está aumentada en este grupo de edad (20).

Con respecto a la historia clínica, debe cumplir con la función de brindar una imagen y descripción completa del adolescente. Se debe tomar en cuenta que en esta época de su vida debe completar las siguientes tareas:

1). Lograr identidad estable, 2) Aceptar su sexualidad y adaptarse a su papel

sexual adulto, 3) Establecer independencia de la familia, 4) Hacer elección de carrera o vocación.

"El éxito de trabajar con adolescentes depende en gran medida del interés, estabilidad y personalidad del adulto (médico o paramédico) y, del tiempo y esfuerzo que esté dispuesto a dedicar para adquirir las destrezas y técnicas necesarias para la comunicación eficaz". (20)

#### El Paciente Adolescente Hospitalizado:

Es evidente que el paciente adolescente difiere de otros grupos de edad en todos los sentidos, así también lo es cuando este individuo debe ser hospitalizado, ya que es una etapa de crisis sea cual fuere la edad.

La adolescencia es una edad de grandes cambios físicos y emocionales, y cuando se añade una enfermedad que requiere hospitalización, tiene necesidades y respuestas según el ambiente y la atención que se le brinde.

Los adolescentes hospitalizados juntos, se sostienen unos a otros; esto ayuda a que se continúe la socialización impidiendo la regresión y la depresión, tan frecuentes en pacientes hospitalizados.

La hospitalización y la enfermedad muchas veces causan regresión a un estado de dependencia casi infantil en los adultos y el equipo que cuida del adolescente ha de estar dispuesto a tratar cualquier hostilidad o depresión que pueda resultar de esta reversión.

La hospitalización también afecta el trabajo escolar y sus actividades sociales fuera de la escuela. Por esto, el adolescente en estas con-

diciones le preocupa la pérdida de tiempo escolar y el efecto sobre sus calificaciones y rendimiento.

Les preocupa también el perder contacto con sus amigos y tener que prescindir de actividades sociales. La interrupción de la vida normal es difícil para todo el mundo, pero puede ser particularmente crucial para el adolescente que está comenzando a establecer un tipo personal de vida.

Como ya se mencionó, es universal el interés que presenta el adolescente por el crecimiento y desarrollo propios, la maduración sexual, y la imagen de sí mismo.

El paciente se va a preocupar mucho por los efectos de su enfermedad sobre su aspecto físico. El adolescente, cuando se halla ante la amenaza de un defecto visible de su aspecto y en una situación dependiente por la hospitalización, puede tener una verdadera sensación de pérdida de autovaloración. Los pacientes jóvenes frecuentemente se preocupan mucho más por los alejamientos sociales y los cambios en su imagen a consecuencia de su enfermedad u hospitalización, que de la propia enfermedad.

#### Los Primeros Contactos con el Hospital:

El primer contacto del paciente y de su familia con el medio hospitalario, sucede en el ingreso. Es aquí cuando empieza a formarse una opinión acerca de como se le va a tratar en el hospital. Es importante que el equipo que va a cuidar del enfermo, considere que percepción tiene el joven de los adultos; puede sorprender a estos que se les tenga hostilidad por ser simplemente esto: adultos, ya que muchos adolescentes consideran que todos son auto-

ritarios y punitivos, haciendo de esto una generalización. Es necesario en todo caso, modificar esta imagen y lograr establecer una buena comunicación con el adolescente.

El medio físico para el cuidado del adolescente es un factor que debe de considerarse; la intimidad es importante así como el cumplimiento de una serie de reglamentos y normas con respecto a las visitas, alimentos, recreos, etc.

La adolescencia es una época de rebelión y el joven casi siempre responde a los límites impuestos, poniéndolos inmediatamente a prueba. El niño en general es tranquilo; se queja poco y coopera mucho. El adolescente en cambio, hará muchas preguntas acerca de su enfermedad y exigirá contestaciones directas; puede también indagar acerca del motivo de ciertos reglamentos y expresar si está de acuerdo o no con ellos.

El cuidado de estos pacientes debe basarse en la convicción de que tienen derecho a conocer los motivos de su hospitalización, comprender el proceso patológico que lo afecta y saber por adelantado los motivos de las pruebas y las intervenciones que se le van a efectuar.

Debe de evitarse la inconsistencia en las relaciones con el paciente siendo necesaria la confianza de todos los miembros del equipo hacia sus pacientes; es de suma importancia evitar las promesas que no puedan cumplirse y las predicciones que no resulten seguras.

El impacto de la hospitalización debe ser siempre considerado en relación al efecto que tendrá en el adolescente y en su familia. Esto será

74.  
importante para la calidad de la relación entre padres - adolescentes, que de ser adecuada, contribuirá a que se adapte mejor a la situación de crisis. (23).

## B. EL ADOLESCENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y TRASPLANTE RENAL.

Al referirnos a este trabajo, específicamente, se cree conveniente incluir por razones obvias al adolescente con insuficiencia renal crónica, que en uno u otro momento va a estar sujeto ya sea a tratamiento a base de hemodiálisis crónica o a trasplante de órgano, dependiendo del caso.

Las perspectivas para sujetos de todas las edades con insuficiencia renal crónica se han modificado desde el pesimismo hasta la esperanza de rehabilitación completa con la aceptación de la hemodiálisis y el homotrasplante renal como modalidades terapéuticas con buen éxito para la nefropatía terminal.

Los problemas que entrañan estos procedimientos son similares desde el punto de vista técnico tanto para adolescentes como para adultos. Sin embargo, las dificultades emocionales y psicológicas que impone la insuficiencia renal crónica desde la fecha del diagnóstico, pasando por la hemodiálisis y luego el trasplante renal, son mucho mayores que en el adulto.

Al igual que en otras enfermedades crónicas, es una tensión inespecífica para el paciente y su familia. La enfermedad física crónica es un problema médico mayor y la definición de "crónico" por el Dictionary Randon - House es "que continúa por largo tiempo teniendo la misma enfermedad". (23).

En la medida en que los efectos de la enfermedad son inespe

cíficos y corresponden a un aumento de problemas en el área de personalidad - previos en relación a la familia, merece la pena señalar algunos trastornos de la conducta, del desarrollo de la personalidad y de las relaciones interpersonales que se observan con frecuencia en los adolescentes con nefropatía.

Conocer estos problemas recurrentes permitirán la elaboración de un programa global de asistencia, que incluya métodos preventivos y de intervención terapéutica temprana. Estos recursos exigen la cooperación y el enfoque de un equipo de trabajo para ayudar tanto al paciente como a su familia y que incluye médicos, enfermera, psicólogo, trabajadora social, dietista, terapeuta ocupacional.

Este tipo de paciente se va a enfrentar a una situación específica sumamente difícil que sería el stress psicológico.

#### Reacciones de Stress Psicológico:

El stress ha sido definido como "cualquier influencia poco usual que se perciba como amenazante a una meta vital o necesidad de un individuo; las reacciones de stress son intentos para defender a la personalidad de la desorganización". (Weiss R.J. y Payson H.E.: Gross Stress Reactions, -- 1967).

El stress puede destruir ajustes sanos preexistentes y patrones de conducta, y la desorganización que resulta de reacciones no exitosas - pueden precipitar o extender inadaptaciones neuróticas y psicóticas preexistentes. (23)

La hospitalización de emergencia en una situación que po-

76.  
ne en peligro la vida puede constituir un stress grueso. Weiss y Payson proponen cuatro fases de reacciones al stress:

a) Fase de Anticipación; b) Fase de Impacto; c) Fase de Restricción y d) Fase Post traumática.

Según K. Menninger (1963) clasifica el stress de la siguiente manera:

- 1) Stress con duración de segundos a horas.
- 2) Stress moderado en el que el efecto dura horas o días.
- 3) Stress severo en el que permanece por semanas, meses y hasta años. (34)

Una definición propuesta por Engel (1962), nos dice que "el stress psicológico se refiere a todo proceso que se origine ya sea en el medio externo o dentro de la persona que impone o demanda del organismo, la resolución o manejo, el que requiere trabajo o actividad mental antes de que otro sistema sea activado". (34)

Los eventos que constituyen el stress psicológico son registrados primeramente por los sistemas perceptuales. Otra palabra - tensión - es utilizada también para designar el estado interno de actividad y presión que inicia el stress.

A pesar de esto, no todo stress es nocivo ya que una cierta cantidad de influencia estimulante parece ser esencial para el bienestar del individuo. La falta de estimulación se muestra en estudios de privación sensorial (Hebb, 1949; Lilly, 1956) y pueden tener efectos nocivos sobre la condición física y mental. Cuando la estimulación sensorial del medio externo está blo--

77.  
queado, la organización instintiva echa mano de expresiones más primitivas; es más, el contacto con otros seres humanos, aunque creen elementos de stress parece ser necesario si se quieren evitar reacciones incapacitantes de soledad y depresión.

Los mecanismos de negación, reacciones fóbicas, aislamiento e intelectualización, pueden separar al individuo de problemas emocionales posteriores, pero pueden entonces limitar la plena capacidad del individuo para manejar situaciones de stress adicionales.

El stress psicológico, se deriva particularmente de la interacción con otros seres humanos y de la reacción a los marcos sociales, económicos y culturales ya establecidos.

Sin embargo, la mayor parte de los stress son aquellos que se asocian con las vicisitudes no predecibles de la vida cotidiana. A veces - lo que en la superficie puede parecer como stress insignificante y trivial, o no es considerado como causa de tensión por el observador casual o no informado, puede llegar a tener un significado simbólico de largo alcance que representa para el individuo involucrado un malestar y, perturba su equilibrio psicológico.

En otras palabras, cuando el individuo experimenta stress psicológico, puede ser en forma de una influencia grande de estímulos y los poderes adaptativos se verán forzados por la demanda más usual que de costumbre.

Un estudio de este problema fue realizado por Schmal en - 1958. Hizo énfasis en la incidencia de pérdida de objeto y reacciones de tipo

depresivo que ocurran antes y después de una enfermedad; su población incluyó 42 pacientes sin parámetros de selección, excepto con respecto a la edad.

Los datos psicológicos fueron obtenidos de entrevistas -- abiertas y grabadas hasta de 90 minutos; se observa que al seleccionar la información hubo una búsqueda específica de referencias de la salud en el pasado y datos de pérdida significativa de objeto.

Entre los 42 pacientes se observó la pérdida en 5 de ellos, amenaza de pérdida en 9 de ellos, pérdida simbólica en 16 y 12 no percibieron pérdida. Hubo 7 categorías de afectos que se consideraron como reacciones a eventos que procedieron inmediatamente a la enfermedad: 1) Ansiedad en la mayor parte de pacientes, 2) Coraje en 18. 3) Temor en 13 de ellos, 4) Culpa en cinco. 5) Vergüenza en 12. 6) Impotencia en 30, y 7) Desesperanza en 10.

Los dos últimos fueron considerados como indicativos de depresión. Esta es considerada como un estado psicológico complejo que incluye una marcada dependencia o ambivalencia hacia personas emocionalmente importantes, o reacciones de pena intensa ante la posible pérdida de ciertos objetos. Los intentos de volver a tenerlos o substituirlos, se acompañan de mecanismos de introyección, hostilidad volcada hacia uno mismo y pérdida de la autoestima.

Otras manifestaciones de depresión incluyen llanto, retardo psicomotor, expresión facial de tristeza, referencias directas o indirectas de culpa, necesidad de apoyo, pérdida inminente o actual de personas importantes, em

pleo, prestigio, partes del cuerpo, así como pérdida de autoestima. (24)

Las manifestaciones de ansiedad incluyen sensación de vergüenza, inquietud, desasosiego, irritabilidad, dificultad para la concentración, sentimientos de inferioridad, anticipación de la muerte y puede en ocasiones asociarse a equivalentes somáticos.

### Problemas Emocionales del Adolescente con Insuficiencia Renal Crónica:

En cuanto a la población estudiada por el Doctor Grushkin (17), considera que es difícil valorar la frecuencia verdadera de la insuficiencia renal en adolescentes.

Los datos del Childrens Hospital de Los Angeles, del Componente Pediátrico del Centro de Diálisis y Trasplante de California y de una encuesta de certificados de necropsia en California durante 1966 y 1967, hacen pensar que la frecuencia es aproximadamente de 1.5 a 2 pacientes por un millón de habitantes en un año.

La causa más frecuente de insuficiencia renal crónica fue glomerulonefritis crónica. La distribución fue similar entre varones y mujeres.

Dado que la mayoría de los adolescentes con insuficiencia renal crónica son candidatas potenciales para diálisis y trasplante, la finalidad última del tratamiento conservador es mantener al sujeto en estado clínico óptimo hasta que se necesite la hemodíalisis.

Es muy importante identificar los problemas emocionales y psicológicos de estos pacientes. Estos están muy conscientes de sus atributos físicos y son muy susceptibles acerca de cualquier deficiencia del crecimiento y

desarrollo. Las enfermedades crónicas de cualquier índole y desde luego la insuficiencia renal en esta época, causará inevitablemente cierto número de frustraciones.

A menudo la nefropatía ya ha producido retardo en el crecimiento longitudinal del paciente. Además el adolescente tiene en su futuro limitaciones dietéticas, hemodiálisis y tratamiento con esteroides después del trasplante, que pueden causar retardo ulterior al crecimiento además de producir un aspecto cushinoide que lo hace verse de modo desagradable.

Los adolescentes a menudo son muy tímidos y protegen en particular su intimidad. El tratamiento médico y quirúrgico que entraña a menudo descubrir su cuerpo, inspección constante y palpación de la superficie corporal y exploración de diversos orificios de su economía, contribuye a destruir este sentimiento de intimidad, incluso cuando se haga el intento de acercarse al paciente de la manera más sensible posible.

El desarrollo, sexual a menudo no continúa su curso normal en ocasiones no hay menarquía o no se retarda. El desarrollo sexual normal no acontece durante la hemodiálisis, y el tratamiento inicial con esteroides después del trasplante, puede trastornar el ciclo menstrual normal.

Es entonces comprensible que sean perturbadores para el adolescente las desviaciones en los parámetros básicos de crecimiento y desarrollo cuando un joven está tan inseguro de sus propias capacidades para ingresar en la vida adulta y asumir un papel sexual adecuado.

#### Hemodiálisis en el Adolescente:

El adolescente con insuficiencia renal crónica deberá identi

ficarse por lo menos 6 a 12 meses antes de que necesite hemodíalisis, para prepararlo a él y a su familia acerca de los rigores del tratamiento. Los aspectos técnicos de la diálisis son similares a los que se aplican en adultos (Capítulo 1)

Cada paciente se somete a diálisis 3 veces por semana durante períodos de seis a siete horas. La preparación para el procedimiento comienza con una explicación y después una visita a la Unidad de Diálisis. Se anima al adolescente a hablar con pacientes que ya estén sometidos a hemodíalisis que por lo regular toleran el procedimiento bastante bien.

A pesar de las explicaciones previas cuidadosas y frecuentes, el paciente y la familia en este momento se enfrentan a lo siguiente: 1) Aceptar un veredicto final negativo en cuanto a la enfermedad, 2) Pérdida de una parte de sí mismo, 3) Dependencia completa de la máquina que actúa como riñón.

La insuficiencia renal crónica puede originar caída del cabello y la administración de corticoesteroides con frecuencia provoca hirsutismo.

El acné, complicación plenamente comprobada con la administración de esteroides, acosa a todos los adolescentes y es especialmente molesto para las muchachas.

La polifagia y la falta de restricción alimenticia después del trasplante, fomentan la alimentación excesiva habiendo tendencia lamentable hacia la obesidad, lo que origina un aspecto grotesco y poco atractivo.

La autoestima o amor propio es uno de los caracteres que pueden verse dañados gravemente en el adolescente con nefropatía. Otras manifestaciones del adolescente que tienden a ser anormales a causa de la nefropatía

tía y su tratamiento, serían variaciones en el estado de ánimo, desorganización en cuanto a planes, falta de pulcritud o cuidado de ellos mismos y su medio y, la falta de autodisciplina.

Los rigores del régimen terapéutico no permiten la clase de exploración y experimentación que entraña la conducta tradicional. El hecho de romper reglas y otros comportamientos de indocilidad, características de la mayor parte de los adolescentes, pueden tener consecuencias catastróficas cuando entrañan no tomar medicamentos, no asistir a sus citas, etc.

En el curso normal del desarrollo, la adolescencia engloba el momento en el que el joven tiene cada vez mayor responsabilidad de sí mismo y se trata de independizar tanto de sus padres como de otros adultos que lo rodean.

La dependencia obligada inherente a enfermedades físicas mayores, la inactividad y la dependencia que son parte integrante de la hemodiálisis y la vigilancia médica constante necesaria después del trasplante renal, inhiben la expresión creciente de independencia en casi todas las situaciones.

En un estado normal, cuando el adolescente se torna más diferenciado de sus mentores, el grupo de compañeros adquiere mayor importancia como marco de referencia, fuente de modelos y de amistades. Los adolescentes con nefropatía que necesitan diálisis y hospitalización por nefrectomía y trasplante, a menudo se han alejado de sus contemporáneos y se ven obligados a la compañía cercana de otros enfermos o al aislamiento crecien-

te, la carestía social y la soledad.

Las consideraciones educativas y vocacionales también - tienen mucha importancia para el adolescente. En estado normal, los logros escolares o la satisfacción obtenida del trabajo, son útiles para disminuir ansiedad y mitigar las dudas que tiene el individuo acerca de él mismo.

Estas fuentes de satisfacción, a menudo son negadas a los adolescentes sometidos a tratamiento por nefropatía en período terminal y - puede originar cuadros inconvenientes de agresividad o dependencia que necesitan satisfacción.

La vigilancia sistemática ha comprobado que la mayoría - de los pacientes adolescentes se han rehabilitado después de diálisis y trasplante, claro está, con la condición de que éste funcione de modo normal. El adolescente por lo regular logra recuperar su sitio normal en cuanto a re- laciones con miembros de su familia y amistades de ambos sexos.

Si durante el tratamiento activo se prestó atención especí- fica a dar apoyo y mantener labores escolares adecuadas, la mayoría de los pacientes pueden regresar a participar en el medio escolar con buen éxito.

Los análisis de personalidad comprueban que en término de un año del trasplante, si éste funciona adecuadamente, suele haber alto gra- do de recuperación desde el punto de vista psicológico y social (17). Los aspectos más notables como predicción de resultado positivo desde el punto de vista psicosocial, parece estribar en la organización de la personalidad - del paciente antes de la experiencia patológica y en la presencia de una o -

más figuras que brinden sostén dentro de la estructura familiar.

El Adolescente con Insuficiencia Renal Crónica y su Enfrentamiento con la muerte.

No con poca frecuencia se encuentra el médico con el adolescente que ya cansado de vivir poco desde el punto de vista cualitativo, prefiere abandonar la lucha y morir.

Aquellos que se encuentran trabajando con un paciente en estas condiciones se verá frente a un dilema importante; el problema se hace mayor cuando la vida puede prolongarse por un período significativo siempre y cuando el paciente acepte la dependencia a una droga, un tratamiento o una máquina.

Sin embargo, puede llegar el momento en que el paciente se niegue a más transfusiones radiaciones, cirugía, trasplantes o diálisis. Las nuevas técnicas para prolongar la vida hacen que este problema sea común en situaciones en las cuales la muerte no es inminente, pero donde la calidad de la vida se ve severamente impedida.

Es evidente y claro que en ocasiones la muerte es inminente, el sufrimiento severo y que los esfuerzos por prolongar la vida solamente aumentan esto último, mientras que en otras ocasiones se observa que el deseo de morir es irracional y totalmente fuera de proporción con el dolor experimentado.

En el caso reportado por Schowalter (33), se trata de una chica de 16 años que fue hospitalizada para tratar su Síndrome Nefrítico. --

Los estudios mostraron un rápido descenso de sus funciones renales por lo que se llevó a cabo una nefrectomía bilateral y la paciente recibió el trasplante de riñón de su padre.

Este órgano funcionó bastante bien al principio, pero algunos meses después el riñón dejó de funcionar. Después del fracaso del trasplante, se realizó hemodiálisis tres veces por semana; la paciente toleró poco el tratamiento presentando escalofríos, vómito, cefaleas intensas y debilidad. Se solicitó la evaluación de un Psiquiatra y se encontró Depresión Reactiva considerándose "normal" dadas las condiciones reales de la paciente; la familia fue evaluada también para ayudarles a manejar su propia depresión ante el fracaso de la operación, aunque se presentaron ciertas dificultades maritales ante la desilusión, pero que logró mantenerse bajo control.

Un tiempo después, cuando era claro que el riñón nunca funcionaría, la paciente y sus padres expresaron el deseo de suspender el tratamiento médico aunque desde luego el staff médico estuvo en desacuerdo total. La familia accedió a continuar con la diálisis aunque la incapacidad renal retornó a los niveles anteriores al trasplante y la paciente regresó a una vida de aislamiento social, dietas restrictivas, molestias crónicas y fatiga constante.

A medida que se complicaba la enfermedad (infecciones, etc.), la paciente continuaba con el deseo de suspender el tratamiento, llegando a negarse a continuar la hemodiálisis.

Aquellos conectados con el tratamiento, se sintieron enojados y frustrados y sentían que esta decisión era casi inmoral y nunca vista en Medicina.

Se evaluó nuevamente a la paciente desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, considerándose que había tomado la decisión desde el punto de vista racional y sin matices de tipo psicótico. El staff médico finalmente se dió cuenta de tener pocas posibilidades de cambiar su opinión aunque algunos de ellos presentaron reacciones de preocupación y malhumor, discutiendo diariamente el caso de la chica.

La paciente murió algunos meses después y la relativa rapidez y tranquilidad de su muerte, fueron raros para una enfermedad de este tipo. Poco antes de su muerte, agradeció al staff por lo que ella sabía había sido una época difícil para ellos y esperaba que fueran felices. Dejó un testamento y eligió el sitio de su tumba cercano a su casa.

En los días finales, dio apoyo a sus padres que comenzaban a flaquear en su decisión comentando: "Papá, estaré contenta ahí en la tierra si no hay máquina y no trabajan más en mí".

### CONSIDERACIONES :

Según Freud, afirmó que probablemente nadie puede comprender de modo integral su propia muerte; la escuela de Piaget sugiere que el aferrarse a las posibilidades y limitaciones de uno mismo con relación a su futuro finito, se desarrolla durante la etapa de la adolescencia. Considera que entre los 13 y los 14 años, la mayor parte de los adolescentes pueden compren-

der el significado de muerte.

Sin embargo, cuando un paciente en este grupo de edad, - decide morir, su comprensión de muerte debe ser investigado.

Es natural que cuando esto sucede se despiertan reacciones psicológicas dentro del propio staff médico y obliga a los miembros a confrontarse con su propia muerte y algunas veces algún deseo latente de autodestrucción. Kasper sugiere que si el médico considera sus propios temores con res-pecto a la muerte y los intelectualiza, la decisión de morir de un paciente, - puede amenazarlo tanto en el aspecto profesional como personal.

Como resultado de este stress psicológico, el staff general- mente reacciona con agresión irritabilidad o depresión.

Muchos reportes se hacen preguntas acerca de la calidad de la vida en diálisis crónica y se piensa que la orientación psicológica a estos - pacientes es esencial.

La ética de la mayor parte de los médicos se opone activa- en causar la muerte. Es un cuestionario de Williams, en el estudio de 333 -- miembros de la Asociación de Profesores de Medicina y la Sociedad Médica Americana, el 87% de los médicos se opusieron a la eutanasia activa. La eu- tanasia pasiva, voluntaria y hasta activa (según clasificación de Fletcher), - es llevada a cabo ocasionalmente en niños con padecimientos terminales o en recién nacidos monstruosamente deformados.

Este autor (33), considera que existen circunstancias cuando un médico debe aceptar el deseo de un paciente adolescente de morir aun

que debe ser determinado si el paciente ha tomado su decisión de un modo racional y con suficiente información.

Tal decisión no puede ser hecha en la presencia de enfermedad mental o presionado por factores cognositiva del adolescente para comprender la muerte, debe ser verificada.

Desde el punto de vista personal del médico, será sin duda influenciado por el grado de sufrimiento del paciente, la posibilidad de mejora de la calidad de la vida que en ese momento es poco satisfactoria, la -- cercanía de la muerte, así como su propia filosofía con respecto a la dignidad de la vida y la importancia de la calidad así como la duración de ésta.

Enseguida se comentará acerca de los aspectos psicológicos que encara el donador del órgano y que por razones que desconozco, aparentemente queda al margen en la mayor parte de los trabajos e investigaciones, llegando inclusive, a dársele poca importancia a este individuo, después de la intervención quirúrgica.

CAPITULO 3.

## IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DONADOR DEL ORGANNO.

Además de tomar en cuenta aspectos médicos para la selección del donador del órgano, existen varios puntos de vista que deben ser considerados ya que se trata de, al fin y al cabo, intervenir quirúrgicamente a una persona que está completamente sana. Tanto Carl Fellner y John Marshall en su trabajo "Kidney Donors", (American Journal of Psychiatry 126: 9 marzo 1970) comentan acerca de la importancia y el proceso que llevan al donador a tomar la decisión de dar uno de sus órganos.

Desde esa fecha se comenzaron a realizar entrevistas tanto a donadores potenciales como a los demás miembros de la familia involucrada.

En general se puede decir que actualmente, el trasplante renal es visto como un procedimiento médico aceptado. En 1962 en el American College of Cardiology, se registraron 2,000 de dichas operaciones.

Con el incremento de este procedimiento, también se incrementó la preocupación con respecto a problemas éticos y legales del donador.

En el caso que nos ocupa del trasplante de riñón en donador vivo, se ha tornado legal la autorización acentuándose que "un hombre en el análisis final, debe llegar a la decisión de si quiere o no que se realice el procedimiento de trasplante; la decisión debe ser razonada, intelectual, no una decisión emocional" (Ethical Guidelines for Organ Transplantation of the American Medical Association, Junio 1968).

El procedimiento común en todas las decisiones previas al tras-

plante, es que el médico debe asumir la responsabilidad de proteger los derechos tanto del receptor como del donador.

Además de consideraciones físicas que tengan relación con la compatibilidad física, el donador debe estar plenamente informado de los riesgos que está aceptando y de la posibilidad de que su sacrificio sea de poco o ningún beneficio para el receptor.

La donación debe ser totalmente voluntaria, libre de presiones y debe venir de un "voluntario genuino". Fue por este motivo que los autores de este artículo se acercaron al equipo de trasplante renal de los hospitales universitarios con el fin de llevar a cabo una valoración psicológica de todos los posibles donadores; antes de aceptar extensivamente esta obligación y con la convicción de que no se tenía el conocimiento real de lo que sucede en el donador, realizaron un estudio a todos los donadores disponibles para saber cómo se habían involucrado, cómo habían tomado la decisión y qué significaba para ellos la cirugía de este tipo.

#### Método:

Los donadores anteriores fueron entrevistados usualmente en relación con sus estudios de rutina posteriores. Los posibles futuros donadores fueron entrevistados en el momento breve de la hospitalización, durante las fases finales de la evaluación médica y anterior a cualquier decisión hecha por el equipo. Las entrevistas fueron conducidas de modo abierto utilizando cuestionarios.

De los 20 donadores entrevistados, 14 de ellos fueron vistos de 5 semanas a 24 meses después de cirugía con una media de 11 meses. Además se

entrevistó un número de donadores potenciales que fueron subsecuentemente rechazados por ser médicamente incompatibles. En algunos casos el conyugue del donador también fue visto para obtener información complementaria: entre los donadores había 4 madres, un padre y el resto eran hermanos.

En general, los autores consideraron que el proceso de tomar la decisión de donar un riñón para un familiar comienza cuando se recibe la información de la enfermedad del receptor, y continúa cuando se participa el inicio de la selección médica y que se acompaña de largos períodos de espera.

Además, parece haber un sistema familiar que tiende a influir en la selección de un donador pero que es difícil de demostrar.

1) Sistema médico de selección: Cuando aparece una situación de trasplante, se realizan análisis de sangre a todos los familiares del paciente. Esto es muy importante ya que se debe informar que es un procedimiento totalmente preliminar y que no hay compromiso alguno involucrado. Después de realizar examen físico completo y estudios rutinarios de laboratorio, en fechas posteriores regresan para los exámenes de histocompatibilidad.

Es en este punto cuando es posible que el equipo comience a pensar en el donador adecuado. Posteriormente se le plantea al donador electo, la posibilidad de que sea él quien done el riñón.

Se le dá una oportunidad final para retroceder, después de que lo haya pensado mejor.

2) Decisión del Donador: Se supone que la decisión ocurre sólo al final de que se ha recolectado toda la información y se han visto los pros y contras.

Sin embargo, parece ser que la decisión es tomada antes de - que se llegue al final del proceso de evaluación.

En la muestra, ninguno de los donadores pensó en alternativas y decidieron racionalmente. Catorce de los 20 donadores refirieron que tomaron la decisión después de que se había mencionado el trasplante renal, "instantáneamente", "inmediatamente", etc. Cinco dijeron que continuaron con el - procedimiento aunque deseando que fuera otro el seleccionado, pero nunca con sideraron en retroceder.

La decisión ocurrió también ante las sesiones con el equipo, - en las que la información relevante fue mostrada al individuo y finalmente se les pidió qué decidieron.

Ninguno consultó con su cónyuge, aunque parece ser que después de la explicación, la respuesta de éste fue neutral, o había reforzado la situación.

De todos los donadores que debían asistir a exámenes de laboratorio preliminares, 8 no asistieron, y de aquellos que participaron en el período inicial de selección, sólo uno se rehusó a participar en el resto de las pruebas.

Dos de ellos parecieron alegrarse cuando fueron rechazados para el programa por razones médicas.

3) El sistema familiar de la selección del donador: El papel que juega la familia en la selección del donador fue muy difícil de demostrar. En retrospectiva, esta dificultad surgió del sentimiento general de que la familia tendería a seleccionar al donador en el sentido de sacrificio o de "chivo expiatorio" bajo el ostracismo familiar; en esta muestra no se pudo demostrar tal dinámica

Los que sí se observó fue que la familia excluía a ciertos miembros de la participación. En una familia, el padre exitosamente disuadió a sus dos hijos de asistir a las pruebas y de que su esposa participara, logrando quedar él como donador.

El sistema de selección del donador, trabaja principalmente en dirección a excluir a algunos miembros de la familia para la participación.

#### Período de Post decisión:

Este período no es estrictamente hablando del proceso de tomar la decisión pero está muy relacionado ya que puede ser irrevocable. En todos los casos de la muestra, la disonancia post decisión fue manejada como fue pensada por la teoría, y los donadores lograron mantener el curso de su acción aún cuando el acto final (la cirugía) tuvo que ser pospuesta por largos períodos de tiempo.

#### Período Post Operatorio:

Un tema frecuente en la discusión de la ética en cuanto a los trasplantes de órgano, es la idea de que el donador vivo da algo de él mismo sin obtener nada a cambio. Algunos autores (Kemp) han sentido que este es un factor determinante de depresión. En nuestros hallazgos basados en los autoreportes de los donadores más los enfermos crónicos del hospital, no revelaron mucha depresión postoperatoria.

Una donadora reportó períodos de náusea y depresión leve por varios días; otra experimentó depresión y llanto 3 días después de la operación; un donador masculino experimentó una reacción aguda de pánico que duró sólo

Como factor que llama más la atención, los reportes de los donadores refieren que sintieron que había sido un acto valioso en sus vidas, de - impacto, que había traído cambios benéficos. Hubo dos fases en esta experiencia; la primera comenzó inmediatamente después de la operación ya que durante el postoperatorio, recibieron mucha atención de los familiares amigos y extraños que habían sabido de su "sacrificio".

Otros sujetos no deseaban hablar de esto por modestia; refirieron sentirse "buenos", "nobles", "felices" y, en general, aumentó su autoestima.

La segunda fase dio como resultado cambios en sus actividades o ideas acerca de ellos mismos que se expresaban "soy una persona mejor", "He hecho algo en mi vida, estoy cambiado", "He madurado con esto", etc.

Shalom H., y Schwartz han postulado 3 variables que considera como las claves en la decisión moral (se distingue de otros tipos de decisión por - el hecho de que lleva a acciones interpersonales que tienen consecuencias para el bienestar de personas que son afectadas por ellas, por el hecho de que la persona que toma la decisión es un agente responsable; ha decidido una línea de acción - voluntariamente y, que sus acciones resultantes de la decisión moral, son evaluadas como buenas o malas, de acuerdo a las consecuencias.) (Miller D.R. and -- Swanson, Inner Conflict and Defense, 1960).

Estas tres claves son: 1) Conciencia de las consecuencias.

2) Aceptación de la responsabilidad y 3) Normas morales.

Como conclusión a lo estudiado, se demostró que la decisión para actuar como voluntario fue hecha y mantenida en modos que dejaron no satisfechos

las demandas hechas por los parámetros éticos adoptados por el American Medical Association. Por esto se considera que el equipo de la unidad renal debe asumir la responsabilidad al seleccionar a sus donadores; sin embargo, en esta muestra - aumentó la autoestima y autoconcepto de la donación.

En general, los estudios de este tipo se enfocan a los receptores. sin embargo se encontró que en el estudio realizado por un equipo (27), el enfoque fue hacia los candidatos a donadores que por un motivo u otro nunca llegaron a ser intervenidos quirúrgicamente.

El método utilizado fue la entrevista psiquiátrica preliminar y la aplicación de batería de pruebas psicológicas que incluía MMPI, Machover, WAIS, Rorschach y prueba de Zung.

La muestra incluía seis hombres y cinco mujeres; las edades fluctuaban entre los 17 y los 54 años, y tres de ellos estaban casados.

Entre los resultados se observó que los coeficientes intelectuales se encontraban en promedio, por debajo de la media; el CI más elevado fué de - 108. Los autores consideran que por este motivo el material encontrado en las - pruebas no fue muy rico.

En la prueba del MMPI, se encontraron niveles muy altos de ansiedad, y las fórmulas encontradas señalan síndromes ansioso-depresivos moderados, sobre personalidades de diferentes tipos.

En cuanto a imagen corporal, ninguno presentó alteraciones muy importantes, aunque tres mostraron modificaciones significativas en la realización del dibujo.

La prueba de Rorschach mostró 4 respuestas anatómicas en un caso y en 5 casos no se observaron este tipo de respuestas: En la prueba de Zung predominó la ansiedad, y en algunos casos depresión moderada.

Con respecto a las motivaciones se dividieron en dos grupos: los que tenían razones afectivas por la liga familiar, y la protección de algún elemento del grupo, también a nivel familiar. La decisión en sí, fue tomada generalmente "de repente" con una falta notable de meditación, aunque algunos candidatos admitían haber pensado después en lo que representaba aunque consideraron que "ya estaba tomada la decisión".

En cuanto a los donadores de nuestra muestra, encontramos que se encuentran entre los 19 años y los 56 años.

La escolaridad fluctúa entre el 3er. año de Primaria, 2o. año de Vocacional y en dos casos, 2 años de Comercio.

A este grupo de donadores le fue aplicada una batería de pruebas psicológicas que incluían WAIS, Bender, Machover, Frases Incompletas y T.A.T. así como entrevista preliminar para la obtención de datos clínicos.

En relación a su rendimiento intelectual, los puntajes de la escala total iban desde 67 (Retardo mental Superficial), hasta 106 (Inteligencia promedio) siendo la media de 87 lo que corresponde a Promedio bajo.

El nivel de escolaridad en realidad es bastante alto para nuestro medio lo que puede explicar tanto el rendimiento intelectual como la aceptación y adaptación adecuada con respecto a donar el órgano. (Tabla No. 1).

TABLA No. 1.

	DONADOR EDAD.	ESCOLARIDAD.	C.I. TOTAL.
1.-	40 años.	1o. Secundaria.	No se aplicó.
2.-	36 años.	5o. Primaria.	75
3.-	47 años.	2o. Vocacional	99
4.-	23 años.	2o. Comercio.	83
5.-	38 años.	3o. Primaria.	88
6.-	a) 30 años. H. b) 40 años. P.	2o. Comercio 1o. Secundaria	84 106
7.-	56 años.	6o. Primaria.	94
8.-	27 años	6o. Primaria.	93
9.-	19 años	2o. Comercio	89
10.-	41 años	3. Primaria.	67

El medio socioeconómico de estas familias fue más bien bajo, correspondiendo el 60% a clasificación A o sea correspondiente a un ingreso mensual de \$300.00 a \$1,200.00 mensuales y el 40% corresponde a la clasificación B que incluye ingresos entre \$1,200.00 y \$2,000.00 pesos mensuales; esta clasificación es la utilizada por el Departamento de Trabajo Social del Hospital del Niño IMAN y para llevarla a cabo se toma en cuenta tanto el ingreso mensual como el número de miembros de cada familia. (Tabla No. 2).

TABLA No. 2.

CASO.	CLASIFICACION SOCIAL.
1.- E. M.	A
2.- A.R.	A
3.- L.P.	B
4.- M.CH.	B
5.- P.U.	B
6.- C.T.	B
7.- J.R.	A
8.- C.G.	A
9.- U.R.	A
10.- R.M.	A

Al hacer el resumen de los estudios psicológicos, se observó - que la mayoría de los donadores presentaban reacciones ya sea de ansiedad leve o moderada y de depresión.

Todos mostraron buena disposición antes de la operación, y en las entrevistas psicológicas preliminares, llamó la atención que los donadores - varones expresaban temor de perder capacidades de tipo intelectual que afectarían su trabajo, mientras que los donadores femeninos se preocupaban por perder atractivo y funcionamiento de tipo sexual.

Igualmente, por medio de entrevistas post operatorias, pude observar que existían mayores quejas de molestias de tipo físico por parte de los varones.

Ninguno de nuestros donadores presentó cuadros de desorganización de

la personalidad después del trasplante.

Este es en general un panorama somero de los donadores incluidos en este trabajo, considerándose que es un material rico en datos clínicos disponible para estudios posteriores. (Tabla No. 3)

TABLA No. 3

CASO.	RELACION DONADOR CON EL PACIENTE.
1.- E.M.	Madre.
2.- A.R.	Madre.
3.- L.P.	Padre.
4.- M.CH.	Hermana.
5.- P.V.	Madre.
6.- C.T.	Madre. Retrasplantado Padre.
7.- J.R.	Padre.
8.- C.G.	Hermana.
9.- V.R.	Hermana.
10.- R.M.	Madre.

A continuación entraremos al capítulo que describe nuestro material, los pacientes de la muestra y los instrumentos utilizados.

CAPITULO 4.



## MATERIAL Y METODO.

Después de la revisión de investigaciones previas en las que se ha dado importancia a los diferentes aspectos psicológicos que se presentan con motivo de una intervención quirúrgica de tan grande dimensión como es el trasplante renal, se ha observado que aparecen fenómenos especiales que pueden -- ser medidos por medio de pruebas psicológicas. El problema que se plantea, es referente a cuáles son estos cambios, si se modifican o no después de la intervención quirúrgica mencionada, y que repercusiones aparecen en una muestra de -- pacientes adolescentes ya que en el resto de las investigaciones, las muestras -- consisten en general, de adultos.

También se toma en cuenta que los factores de tipo físico inter-vienen para que se lleven a cabo algunos cambios psicológicos.

Por este motivo, el problema principal que deseamos investigar es el observar si aparecen cambios tanto en el aspecto intelectual como psicológico antes y después del trasplante renal.

Nuestra hipótesis sería la siguiente:

-- Aparecerán cambios tanto en el rendimiento intelectual como en el aspecto -- emocional antes y después del Trasplante Renal.

### Descripción de los Pacientes:

Todos los pacientes incluidos en la muestra, han sido diagnosti-- cados y hospitalizados en el Hospital del Niño IMAN. Han estado bajo trata--

miento a base de diálisis por períodos variables y, trasplantados al ser éste el único tratamiento posible para prolongarles la vida.

Hasta noviembre de 1974, han sido intervenidos veinte pacientes, de los cuales han sobrevivido catorce, o sea el 70%. La mayor supervivencia corresponde a dos años con 4 meses.

En este estudio se incluyen diez casos por los siguientes motivos:

- a) Han sobrevivido.
- b) Recibieron órgano de donador vivo (Padre, madre, hermano/hermana).
- c) Se les aplicó estudio psicológico completo anterior al trasplante.
- d) Se encuentran en el período de adolescencia.
- e) Les fue aplicado retest.

Las edades y sexos de los pacientes se distribuyen de la siguiente manera:

CUADRO No. 1

CASO.	EDAD.	SEXO.	
1.-	E.M.	13 años 11 meses	F.
2.-	A.R.	15 años 6 meses	F.
3.-	L.P.	16 años 0 meses	F.
4.-	M.CH.	13 años 8 meses	M
5.-	P.V.	14 años 11 meses	F.
6.-	C.T.	12 años 11 meses	M.
7.-	J.R.	13 años 4 meses	F.
8.-	C.C.	14 años 5 meses	F.
9.-	V.R.	15 años 9 meses	M.
10.-	R.M.	11 años 0 meses	F.

Los grados escolares en los que se encontraban anterior a su hospitalización fueron los siguientes :

CUADRO No. 2

C A S O .	GRADO ESCOLAR.
1.- E.M.	5o. Primaria.
2.- A.R.	1o. Secundaria.
3.- L.P.	3o. Secundaria.
4.- M.CH.	2o. Secundaria.
5.- P.V.	3o. Secundaria.
6.- C.T.	1o. Secundaria.
7.- J.R.	5o. Primaria.
8.- C.G.	6o. Primaria.
9.- V.R.	2o. Secundaria.
10.- R.M.	3o. Primaria.

Los diagnósticos finales, fueron:

CUADRO No. 3

C A S O .	DIAGNOSTICO MEDICO FINAL.
1.- E.M.	Glomerulonefritis.
2.- A.R.	"
3.- L.P.	"
4.- M.CH.	Púrpura Vasular.
5.- P.V.	Glomerulonefritis.
6.- C.T.	Nefronoctisis.
7.- J.R.	Glomerulonefritis.
8.- C.G.	"
9.- V.R.	Nefritis hereditaria.
10.- R.M.	Glomerulonefritis.

Se incluye el cuadro No. 4 en el que se muestra el tiempo que ha sobrevivido cada paciente después de la intervención.

CUADRO No. 4

C A S O.	FECHA TRASPLANTE	SOBREVIVENCIA HASTA NOV. 1974.	
1.	E.M.	9-X-173	1 año 2 meses
2.	A.R.	16-VII-74	4 meses.
3.	L.P.	19-III-1974	8 meses.
4.	M.CH.	6-XI-73	Falleció.
5.	P.V.	26-VI-73	1 año 4 meses
6.	C.T.	15-XI-73	1 año
7.	J.R.	7-VII-73	1 año 3 meses
8.	C.G.	18-IX-73	1 año 2 meses
9.	V.R.	25-IX-74	2 meses
10.	R.M.	22-V-73	1 año 6 meses

Según el Cuadro No. 5 aparece el tiempo transcurrido entre la primera aplicación de pruebas psicológicas y el retest. De la muestra, todos los pacientes pertenecen a áreas urbanas dentro del D. F.

CUADRO No. 5

C A S O	1a. APLICACION.	RETEST.	
1.	E.M.	Junio 1973	Agosto 1974
2.	A.R.	Junio 1973	Agosto 1974
3.	L.P.	Marzo 1974	Mayo 1974
4.	M.CH.	Abril 1973	Junio 1974
5.	P.V.	Junio 1973	Mayo 1974

6.	C.T.	Noviembre 1973.	Abril 1974.
7.	J.R.	Mayo 1973	Mayo 1974
8.	C.G.	Mayo 1973	Septiembre 1974
9.	V.R.	Julio 1974	Noviembre 1974
10.	R.M.	Junio 1973	Mayo 1974

#### MATERIAL :

El material empleado fue el siguiente :

- Entrevista psicológica y explicación del motivo de las pruebas.
- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- Escala de Inteligencia de Weschler (Wais o Wisc)
- Test de la figura humana de Machover.
- Prueba de Frases Incompletas de Sacks.
- Test de Apercepción Temática de Murray.
- Retest de la batería completa de pruebas entre 5 semanas después del trasplante y 6 meses.

#### PROCEDIMIENTO :

Una vez incluidos los pacientes en el programa de diálisis y de trasplante, son informados tanto ellos como sus familiares. El paciente permanece hospitalizado y es en este momento cuando son aplicadas las pruebas psicológicas. Los pacientes antes del trasplante, se encuentran en diálisis por lo que las pruebas tienen que ser aplicadas en los días intermedios, cuando se encuentran desconectados del aparato y en las mejores condiciones posibles.

Los retest de los estudios fueron aplicados de 5 semanas a 6 meses des-

pués del TR. por diversos motivos:

- Médicos.
- Administrativos.
- Falta de cooperación de los pacientes para realizar las pruebas.
- Citas en otros servicios que impedian la asistencia.

La duración del tiempo de aplicación la primera vez (o sea - anterior al trasplante), también fue muy variable, siendo de 2 a 3 horas si el paciente cooperaba y se encontraba bien físicamente, hasta una semana si el paciente se encontraba débil, apático, etc.

Una vez aplicadas, calificadas e integrado el estudio con la entrevista y las pruebas psicológicas, fue presentado al equipo médico antes y después de la operación.

Con respecto a los donadores, se siguió exactamente el mismo procedimiento excluyendo el sitio de aplicación que se llevó a cabo en un consultorio del Servicio de Adolescentes así como el retest que no fue aplicado.

Se ideó una tabla en donde quedarán vaciados todos los datos dando un puntaje específico para cada rasgo de la prueba para intentar mayor objetividad.

Fueron los siguientes:

1) Machover:

a) Tamaño de la figura.

Disminuida: 0

Normal: 1

b) Figura Completa: 1

Incompleta: 0

c) Presencia de Transparencias. Si: 1

No: 0

d) Dibujó fig. de su sexo primero Si: 1 No: 0

## 2) Bender

a) Planeación del espacio. Si: 1 No: 0

b) Línea Contínua. Si: 1 No: 0

c) Fragmentación de figuras. Si: 1 No: 0

d) Rotación de figura. Si: 1 No: 0

## 3) T.A.T.

a) Historias con contenido de trasplante. Si: 1 No: 0

b) " " " " muerte.

c) " " " " enfermedad.

d) Todos los contenidos arriba mencionados.

## 4) Frases Incompletas:

Se tomó en cuenta a Bellack que incluye un puntaje de 1 si, aparece perturbado en un área determinada pero es capaz de manejarlo; puntaje de 2 si se encuentra seriamente perturbado y, 0 si no se observa ningún trastorno significativo.

A continuación se mencionarán con más detalle las pruebas -- psicológicas utilizadas.

### BREVE DESCRIPCION DE LAS PRUEBAS UTILIZADAS:

Después de hacer la descripción de los pacientes incluidos en la muestra de este trabajo, considero adecuado revisar someramente el material utilizado, o sean las pruebas aplicadas y de qué modo fueron útiles para obtener ciertas conclusiones.

Como ya se mencionó, la prueba para la medición del rendimiento intelectual de elección fue la Escala de Inteligencia de Weschler, ya sea WAIS o WISC dependiendo de la edad del individuo.

Esta prueba se utilizó porque sus resultados son objetivos, porque mide una serie de funciones mentales y nos indica qué áreas se encuentran ya sea adecuadas o perturbadas.

Consiste en 11 grupos denominados subtests que a su vez se dividen en dos escalas, la Verbal y la de Ejecución obteniéndose finalmente un puntaje que se denomina Escala Total. El factor edad es tomado en cuenta mediante unas tablas especiales para los puntajes de cada nivel cronológico.

a.- Descripción de la prueba de WAIS (16 años en adelante).

La escala verbal consiste en 6 subtests, y la de Ejecución de 5; se enumeran y describen brevemente, así como la función que estudian en el orden de su aplicación.

#### Escala verbal:

1) Información: Consta de 29 preguntas acerca de diversos temas que se supone que los adultos han tenido la oportunidad de adquirir haciéndose hincapié en evitar conocimientos técnicos o académicos. La mayor parte de las preguntas han sido utilizadas durante mucho tiempo en entrevistas psiquiátricas para darse una idea del nivel intelectual del individuo.

Examina la memoria y, como las experiencias de palabras, objetos, hechos y relaciones, se integran en el curso del desarrollo y el funcionamiento libre de obstáculos.

2) **Comprensión:** Son 14 ítems en los cuales el sujeto explica que debe de hacerse bajo determinada circunstancia, porque se realizan ciertas acciones significativas de refranes, etc.

Examina juicio implicando este concepto, la movilización automática y sin esfuerzo de aquellas informaciones que conducen a una respuesta apropiada y pertinente en una situación dada.

3) **Aritmética:** Son 14 problemas similares a aquellos que se realizan durante la Primaria; cada problema debe ser resuelto sin utilizar papel y lápiz.

Es considerado como un subtest de concentración activa, definiéndola como un esfuerzo voluntario para recibir este estímulo en forma discriminada y significativa.

Rapaport (28) considera que la concentración tiende a verse menos disminuida que la atención en aquellos sujetos que conservan buen contacto con la realidad.

4) **Semejanzas:** Son 13 ítems que requieren que el sujeto diga en que se parecen; este subtest pone a prueba la formación de conceptos verbales y demanda la búsqueda de la generalización. El sujeto puede responder a tres niveles que serían el concreto, el funcional y el concepto abstracto.

5) **Retención de Dígitos:** Se presentan listas de dígitos que deben ser reproducidos oralmente. Es considerado como un test de atención, entendiéndose que es la aceptación indiscriminada, pasiva y sin esfuerzo del estímulo.

6) **Vocabulario:** Se presentan al sujeto 40 palabras que van en orden creciente de dificultad para que explique lo que quieren decir.

Este subtest examina el caudal adquirido automáticamente en el curso de la maduración sin trabas, de la "dotación natural" (28). Si éste está disminuído, nos habla de inadaptación profunda.

#### Escala de Ejecución:

7) Símbolo en Dígitos: La clave contiene 9 símbolos con sus respectivos dígitos; la calificación del sujeto es el número de símbolos correctos logrados en determinado número de segundos.

Es un test de coordinación visomotriz, con un componente de actividad imitativa. Se involucran la velocidad, la coordinación ocular y el factor de aprendizaje.

8) Completamiento de Figuras: Son 21 tarjetas que representan diversas figuras y el sujeto debe indicar cual es la parte importante que le hace falta. Es un test de concentración visual además de poner a prueba el interés que el sujeto tiene por su medio ambiente.

9) Diseño con Cubos: Son 8 cubos con colores rojo, blanco y rojo/blanco; el sujeto debe reproducir los diseños que se le muestran y que van aumentando en complejidad en un tiempo determinado.

Es en sí, una prueba de coordinación visomotriz. El papel de la organización visual, es una diferenciación progresiva del patrón visual. Un desempeño demasiado rápido o demasiado lento no permite la organización visual, describir las combinaciones correctas o hacer diferenciaciones ulteriores.

10) Ordenamiento de Figuras: Cada ítem consiste de un conjunto de tarjetas con dibujos para ser ordenados en la secuencia correcta para que haga una historia lógica, también dentro de un límite de tiempo.

Es un test de aptitud, de anticipación y planeamiento; éste puede verse disminuido por falta de atención y de juicio o por poca organización visual.

11) Ensamble de Objetos: Consiste en 4 rompecabezas que el sujeto debe armar correctamente dentro de un tiempo determinado sin darle al sujeto la menor idea de lo que resultará finalmente del ordenamiento de las figuras. Aquí pues, debe existir adecuada coordinación visomotora.

Prueba de WISC (5 años a 15 años, 11 meses).

Descripción: La escala de Inteligencia de Weschler para niños es una extensión del WAIS. Consiste en 12 subtests de los cuales, dos pueden ser utilizados como alternativas o complementarios si se tiene tiempo disponible. Al igual que en la prueba anterior, los subtests se dividen en Escala verbal y de Ejecución.

#### Escala Verbal.

- 1.- Información.
- 2.- Comprensión
- 3.- Aritmética.
- 4.- Semejanzas
- 5.- Vocabulario.

(Retención de Dígitos).

#### Escala de Ejecución.

- 6.- Completamiento de figuras.
- 7.- Ordenamiento de figuras.
- 8.- Diseño con Bloques.
- 9.- Ensamble de Objetos
- 10.- Símbolo o Laberintos

b.- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

Este test consiste en nueve figuras geométricas que el examinado puede copiar; fue publicado por primera vez por la Dra. Lauretta Bender en 1938.

La figura "A" consiste en un círculo y un cuadrado; la figura lineal está en contacto con el círculo de tal modo que se percibe a la figura como rombo.

La figura 1 debe percibirse de un modo que los puntos parezcan una serie de pares determinados por la distancia más corta.

La figura 2, se percibe habitualmente como una serie de líneas cortas, oblicuas, compuesta por tres unidades (de círculos) dispuestas de tal modo que las líneas tienen una inclinación desde la izquierda arriba hacia la derecha abajo.

La figura 4 se describe en general como dos unidades que constan de un cuadrado abierto y la forma de campana en el rincón inferior derecho.

La figura 5 se ve como un círculo incompleto, con un trazo inclinado hacia arriba hecho con una línea de puntos. La figura 6 se ve como dos líneas sinuosas u onduladas con diferentes longitudes de onda que se cruzan al sesgo.

Las figuras 7 y 8 son configuraciones constituídas por las mismas unidades, pero rara vez se las percibe como tales porque en la figura 8 prevalece el principio de continuidad de la forma geométrica, que en este caso es la línea recta en la parte superior e inferior de la figura.

Es una prueba de fácil administración que se ha utilizado para determinar el nivel de maduración de la función de poder ver como un todo a las figuras, y para explorar el retardo, la pérdida de la función y defectos cerebrales orgánicos en niños y adultos.

Por lo tanto, aparecerán datos específicos en esta prueba que serán sugerentes de daño cerebral. Entre ellos encontramos los siguientes:

- Amontonamientos o superposiciones
- Sustitución de series de puntos por líneas continuas.
- Fragmentación por perturbación perceptual
- Fragmentación por perturbación motora
- Tratamiento de la figura a nivel concreto.
- Rotación
- Desplazamiento
- Perseveración

En ocasiones y dependiendo de la patología física u orgánica, y la emocional, pueden aparentemente aparecer estos mismos rasgos y en un momento dado pueden sugerir daño orgánico pero sólo como una representación de la falta de coordinación motora y de fallas en la percepción.

Se utilizó esta prueba en el presente trabajo para observar si es que los factores físicos (elevación de uremia en sangre) de nuestros pacientes renales, hacen aparecer a la prueba de Bender alterada y si dejan o no alteraciones a este nivel o si son reversibles.

#### c.- Test de la Figura Humana de K. Machover:

Se seleccionó esta prueba, ya que es de interés observar cómo se percibe a sí mismo un sujeto, que además de estar atravesando por la etapa de adolescencia, cursa con una enfermedad física crónica.

Consiste en solicitarle al sujeto que dibuje una figura humana completa y después, que realice la del sexo contrario.

El análisis de dibujos de figuras constituye una técnica útil para propósitos clínicos y de investigación. Aunque puede emplearse científicamente

te, la técnica misma no ha sido científicamente validada. Sin embargo, si se le utiliza junto con otros instrumentos clínicos a menudo nos brinda una serie de datos acerca de la personalidad del sujeto.

Existen varias formas de analizar los dibujos; para efectos prácticos, tomamos en cuenta sólo 4 aspectos que consideré como los más útiles y representativos para el enfoque de este trabajo.

Primeramente, se observó qué figura dibuja primero el sujeto.

En un estudio de Krim, de 5000 examinados, adultos, el 87% dibujó primero su propio sexo, y según el autor, es habitual por lo tanto que esto suceda. Evidentemente que deben de tomarse en cuenta otros factores como serían confusión en la identificación sexual, inversión de los roles, intenso apego o dependencia - con respecto al progenitor del sexo opuesto, etc.

El tamaño de la figura es también importante. La relación entre el tamaño del dibujo y el espacio disponible puede ser paralela a la relación dinámica entre el examinado y su ambiente o también entre el examinado y las figuras de sus progenitores. Si el dibujo constituye una proyección del concepto de sí mismo, el tamaño sugiere la forma en que el examinado responde a la presión ambiental; si la figura correspondiente al concepto de sí mismo es pequeña, cabe formular la hipótesis de que el examinado se siente pequeño e inadecuado y responde a las exigencias del ambiente con sentimientos de inferioridad. Si la figura es demasiado grande, entonces el examinado responde a la presión ambiental con sentimientos de expansión y agresión.

En cuanto a la figura "grande" o "pequeña", se considera que el

dibujo medio de una figura completa tiene aproximadamente 7 pulgadas de largo o sea dos tercios del espacio disponible, aunque más importante que el tamaño absoluto es la impresión que da la relación entre la figura y el espacio circundante.

Otro punto que se toma en cuenta, es el trazo, que puede describirse con respecto a la dirección, continuidad y el ritmo. La presión del trazo suele estar relacionada con el nivel de energía, y en el caso de líneas discontinuas, puede asociarse tanto a niveles de ansiedad como a cierta dificultad de coordinación.

#### d.- Frases Incompletas:

Descripción: Consiste en un número de frases incompletas que el examinado debe completar; este test habitualmente no está estandarizado y rara vez se le trata cuantitativamente. Se seleccionan frases que exploran áreas significativas de la adaptación de un individuo o en ocasiones se utiliza la prueba con el fin de investigar algún conjunto específico de actitudes.

Joseph M. Sacks junto con otros psicólogos idearon un test destinado a obtener material clínico significativo en 4 áreas representativas de adaptación, siendo familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo. Tal información resulta útil para el psicólogo clínico a fin de que obtenga datos en cuanto a las actitudes y sentimientos del paciente.

El área de la familia incluye 3 series de actitudes hacia la madre, el padre y hacia el núcleo familiar. Cada una de ellas está representada por 4 ítems que estimulan al examinado a expresar actitudes hacia los padres individualmente, y hacia la familia como un todo.

El área del sexo incluye las actitudes hacia las relaciones heterosexuales y permiten que el individuo se exprese con respecto al matrimonio y a las relaciones sexuales.

El área de las relaciones interpersonales incluye actitudes hacia los amigos, compañeros, superiores y subordinados.

El concepto de sí mismo involucra temores, sentimientos de culpa, metas y actitudes con respecto a las propias capacidades, el pasado y el futuro. Las actitudes expresadas en esta área ofrecen al psicólogo un cuadro del concepto que el examinado tiene de sí mismo tal como es, como fue y como es para ser.

El test consiste en 60 ítems de los cuales 4 representan cada una de las 15 actitudes enumeradas. Sacks ideó un Protocolo de Evaluación; las 4 respuestas de un área determinada se considera conjuntamente y se hace un resumen interpretativo que cristaliza la impresión del clínico con respecto a la actitud del examinado en esa área; se gradúa la perturbación de acuerdo a esta escala:

- 2.- Seriamente perturbado: Necesidad de ayuda terapéutica.
- 1.- Levemente perturbado: Tiene conflictos pero es capaz de manejarlos sin ayuda terapéutica.
- 0.- Ningún trastorno significativo.
- x.- Se ignora; pruebas insuficientes.

Se consideró que esta prueba fué útil precisamente por las actitudes a las que se refiere, ya que este grupo de pacientes pueden presentar hipotéticamente

cambios en sus relaciones con el donador del órgano (padre, madre, hermano). hermana) y porque es importante observar y valorar el concepto que tienen de ellos mismos así como una variedad de temores. También pueden verse influenciadas sus metas así como la percepción de sus propias habilidades por estar supeitados a una enfermedad crónica e invalidante.

#### Test de Apercepción Temática:

Este test es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal como se manifiesta en las relaciones interpersonales. -- Consiste en una serie de láminas que representan a diferentes personajes y situaciones, y se le pide al sujeto que elabore una historia al respecto mencionado de ser posible sentimientos, actitudes, pensamientos, así como desenlaces.

En cuanto a la interpretación, ésta puede realizarse de diversas maneras: El procedimiento más simple es la técnica de inspección; a menudo resulta útil leer simplemente las historias tratandolas como comunicaciones psicológicas significativas, específicas y únicas. Al releer las historias puede encontrar un patrón repetitivo o descubrir hechos de historias distintas que configuran un todo significativo.

Las sugerencias para la interpretación se presentan en 3 pasos:

1.- Cualidad Autobiográfica: coherencia, estado de ánimo predominante, manejo del sexo; los desenlaces y su relación con las historias, repetición de temas, construcción insólita de las frases, actitud hacia el mundo, métodos típicos de resolver problemas, personajes que pueden identificarse con la madre, padre, etc.

11.- En el segundo paso, se proponen 5 principios de interpretación: frecuencia de la aparición de una idea, originalidad, determinación de la identificación, selección de interpretaciones alternativas.

111.- El tercer paso contiene sugerencias cualitativas para el análisis de tendencias de la personalidad como paso final en la interpretación.

Según Bellak (Psicología Proyectiva), "lo que importa recordar en la interpretación del T.A.T. es que, desde el punto de vista psicológico, - la mejor forma de ver las láminas es como una serie de situaciones sociales y - relaciones interpersonales. En lugar de responder de frente a las personas reales en situaciones reales, el examinado responde a las personas en las láminas que él imagina como determinadas situaciones sociales. Puesto que está menos limitado que ante las convenciones sociales o la realidad, es probable que sus respuestas revelen sus sentimientos interiores. Para los principiantes en la interpretación, nunca debe hacerse una afirmación diagnóstica basada en un dato que aparezca en una sola historia".

Este autor da las siguientes sugerencias para la interpretación:

- 1) Tema principal que se sugiere sea desglosado en los siguientes niveles:
  - a) Nivel descriptivo, b) Nivel Interpretativo, c) Nivel diagnóstico,
  - d) Nivel simbólico, e) Nivel elaborativo.
- 2) El héroe principal que es aquel del que más se habla, cuyos sentimientos y nociones subjetivas son objeto de mayores consideraciones y es en general - con quien el sujeto se identifica.
- 3) Actitud frente a las figuras superiores o a la sociedad.

- 4) Figuras Introducidas; 5) Objetos Introducidos; 6) Objetos Omitidos; 7) Atribución de Culpa; 8) Conflictos significativos; 9) Castigo; 10) Actitud frente al héroe; 11) Signos de inhibición hacia la agresión, el sexo, etc. 12) Desenlace ya que a menudo revela el estado de ánimo o la adaptación básica del paciente; se observa si llega a una solución satisfactoria o no. 13) Patrón de gratificación; 14) Argumento.

En este trabajo solamente se tomaron en cuenta los factores que mostraron en el contenido de las historias trasplante, enfermedad o muerte, ya que, personalmente considero que si bien ésta puede ser una prueba que junto con otros instrumentos, nos revele características de la personalidad, también se ve muy influenciada por lo que sucede en el "aquí" y el "ahora" del individuo.

Estos son pues los instrumentos utilizados, que en realidad no --pretenden "medir" tal o cual característica, ya que nuestra muestra se reduce al no tener los suficientes pacientes para que sea estadísticamente significativa. Este factor se observó también en otros estudios (capítulo 1, Inciso c), aunque considero que esto no es un obstáculo para obtener ciertos resultados clínicos que definitivamente nos van a proporcionar un panorama de este grupo de pacientes adolescentes con trasplante renal.

RES ULTADOS .

## RESULTADOS.

### ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER.

Como ya se ha dicho en la descripción de los pacientes, nos encontramos que nuestro estudio se vio limitado por el tamaño de la muestra.

Sin embargo, es de interés el modo como se comportaron tanto las escalas verbal y de ejecución, así como la total.

Se utilizó una escala vertical que representa el rendimiento intelectual, y una escala horizontal que representa a cada paciente.

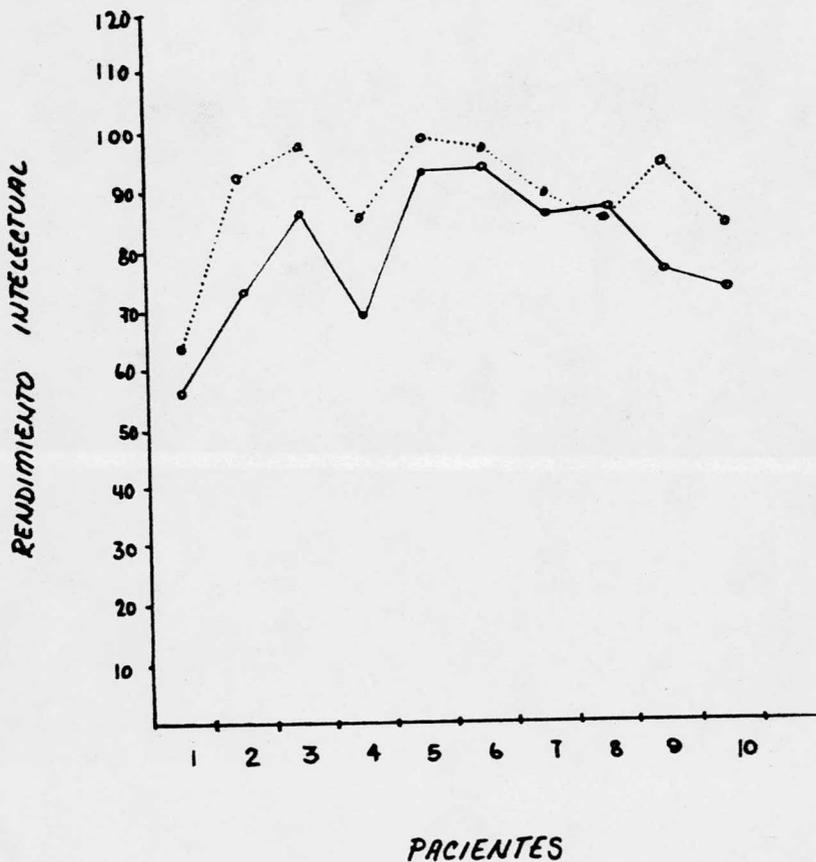
A pesar de la escasez de datos se observa que existe un alza en el coeficiente intelectual total después de que fue realizado el trasplante renal. La media del Coeficiente Intelectual total fue de 78 antes de la intervención y de 88 después de ella. (Gráfica 1).

En la escala verbal (Gráfica 2), no se observaron datos significativo que muestren una variación homogénea de los resultados; en esta escala la media anterior al trasplante fue de 83, y después de 85.

Sin embargo, la escala de ejecución sí mostró aumento en todos los casos de nuestra muestra (Gráfica 2), y la media anterior al trasplante fue de 76, y después de 98.

La explicación posible, es que anterior al trasplante renal, influyen dos aspectos importantes en el rendimiento intelectual que serían, -- factores de ansiedad que disminuyen el rendimiento, aunque más probablemen-

# ESCALA TOTAL



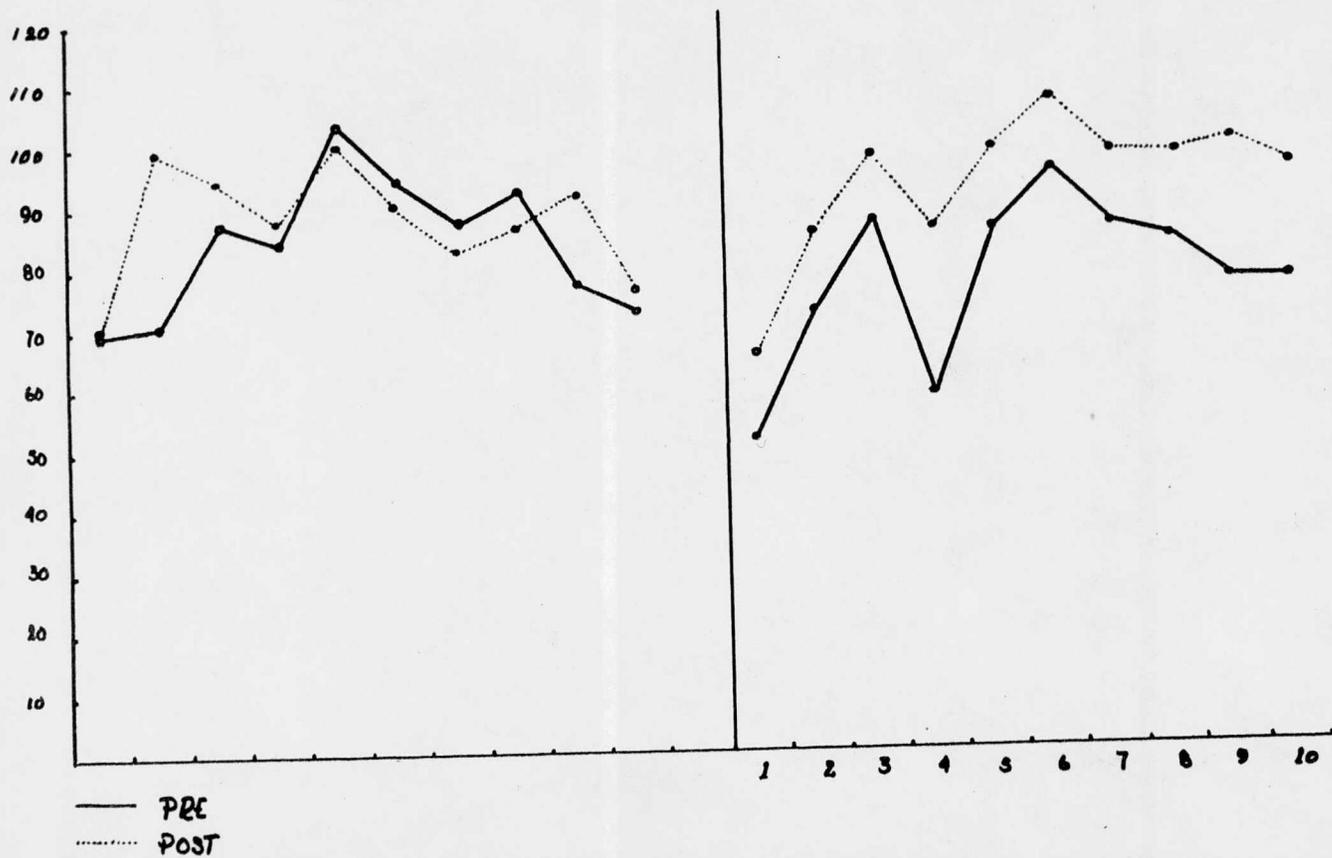
— PRE

..... POST

# WISC

## ESCALA VERBAL

## ESCALA DE EJECUCION



te, dificultad en la coordinación visomotora.

Si recordamos los capítulos anteriores, se observa que coinciden estos resultados con las muestras de algunos estudios que, aunque fueron -- igualmente pequeños en número de pacientes, dan que pensar acerca del desempeño y aumento en el rendimiento intelectual antes y después del procedimiento quirúrgico.

Apareció una paciente que en la escala total se salió de la -- trayectoria normal de aumento por lo que se podría pensar que su situación física no influyó en los aspectos tanto verbales como de ejecución como lo hizo en todos los demás pacientes.

No se pretende que estos resultados sean definitivos para todos los pacientes con Trasplante Renal y es evidente, que al irse presentando -- mayor número de casos, será posible comprobar los cambios que se piensa que actúan e influyen en estos pacientes.

Por este motivo, se hace hincapié en que éste puede ser el -- inicio de un estudio de mayores dimensiones en cuanto a cantidad, aunque se espera que se respete este intento de buscar datos significativos.

#### Test Gestáltico Visomotor de Bender :

En esta prueba se presentan datos y resultados que llaman la -- atención y que son congruentes con la literatura, ya que el 80% de nuestra -- muestra mostró una ejecución de esta prueba anterior al trasplante renal como si existiera "daño cerebral", cumpliendo con los datos sugerentes de esta entidad

como serían dificultad e irregularidad en los trazos, línea discontinua, fragmentación, perseveración, rotaciones y desplazamientos, así como suma dificultad para la realización de los ángulos.

Al efectuar el retest, sorprendentemente no aparecieron estos datos, mostrándose la prueba dentro de límites normales en el 90% de los casos.

Esto hace pensar en que los efectos de la insuficiencia renal crónica, sus síntomas y cambios químicos, definitivamente alteraron la coordinación visomotora en nuestros pacientes, y si, a esto aunamos los datos mencionados en la escala Total de Weschler, especialmente con respecto a la escala de ejecución que también aparece disminuída antes del trasplante, se podría decir que los cambios físicos en el organismo cuando la enfermedad esta en su máximo punto, alteran las facultades en el área de coordinación visomotora.

#### Test de la Figura Humana de Machover:

En la prueba de la figura humana esperabamos que se presentase una alteración, ya que se puede considerar que en este tipo de pacientes existe mucha preocupación por la imagen corporal, tanto por el padecimiento crónico, por la substitución de un órgano vital por otro, y por estar en el periodo de adolescencia.

Se encontró que las figuras humanas se vieron alteradas anterior al trasplante en el 80% de los casos, presentando inclusive transparencias en el 60% de ellos, lo cual puede ser congruente con los resultados obtenidos en las dos pruebas mencionadas anteriormente.

Después del trasplante, el 80% de los casos no mostró altera-

ciones en la percepción de la figura humana y no aparecieron transparencias en ninguno de los dibujos.

Las figuras fueron dibujadas completas en el 80% antes y - después del trasplante y a pesar de las alteraciones mencionadas, no se encontró que faltara de dibujar algún miembro importante.

Se consideró importante tomar en cuenta si podría haber con fusión de los roles sexuales al dibujar primero una u otra figura. El 80% de - los pacientes dibujaron la figura del propio sexo en primer lugar antes y des--pués del trasplante lo que podría indicar que en estos individuos no se vio altera da la identificación con su rol sexual frente a la sociedad.

Tomando en cuenta el tamaño de la figura, el 70% dibujó a las figuras disminuídas de tamaño anterior al trasplante; después de la intervenci ón, el 100% dibujó a las figuras de tamaño normal.

Esto puede ser interpretado como que antes de la operación, existen importantes sentimientos de minusvalía así como factores depresivos que después de la operación no son tomados en cuenta, y el paciente aparentemente se siente recuperado y funcionando completamente lo que hace que tenga un me jor concepto de su esquema corporal.

El trazo se mostró alterado en el 100% antes del trasplante, situación que se mejoró totalmente en el 70% al retest, lo que mostró también congruencia con las alteraciones en la coordinación visomotora descrita anteri ormente.

### Test de Apercepción Temática:

Existen un sinúmero de aspectos que esta prueba puede proporcionar, sin embargo, se enfocó exclusivamente a los datos relacionados con la situación real y actual de este grupo de pacientes, más que utilizar a la -- prueba para obtener datos acerca de personalidad.

Al buscar contenidos que se refirieran a trasplantes, se observó que ni antes ni después de la intervención aparecen estos temas en las -- historias relatadas por los pacientes.

Las historias con contenidos de muerte fueron más frecuentes antes de la operación en el 60% de los casos y estos contenidos continuaron -- apareciendo después del trasplante en el 50%.

Al referirse a enfermedades, se observó que el 80% de los -- pacientes se vieron involucrados en historias que hablaban de este tema antes -- de la operación; aún después de ya realizado, el 60% continuó relatando histo -- rias referentes a enfermedades.

La interpretación podría enfocarse a que existió cierto grado de negación de la situación próxima a realizarse con el objeto de disminuir ansiedad e inclusive, al preguntárseles en la entrevista, no parecían preocupados concientemente al respecto.

En la mayoría de ellos, no fue posible proyectar el miedo intenso a la posibilidad de morir a causa más que del trasplante, por su enfermedad.

Las historias en general, mencionaban muertes de familiares -- de gente conocida e inclusive del protagonista principal de la historia siendo --

esto una representación de ellos mismos.

Es curioso que aún después del trasplante, la mitad de nuestros pacientes permanecieron con sus relatos acerca de muerte, lo que podría interpretarse como un temor importante a morir a pesar del trasplante, sintiéndose continuamente amenazados por el riesgo de que la operación fracasara aún cuando no se hubiesen presentado síntomas que apoyaran este temor.

También debe considerarse el factor depresivo que funciona en este tipo de pacientes que ya ha sido mencionado, tanto por la enfermedad crónica en sí (Capítulo 1, inciso c), como por el período de adolescencia por el que atraviesan y las consecuencias de la hospitalización (Capítulo 2).

Considero que el pensar y relatar historias con contenido de enfermedad es más aceptable para estos pacientes sin que sus fantasías los lleven a pensar en la muerte; por este motivo la mayoría de los pacientes pudieron hablar de su enfermedad antes de la operación y aún después de ella ya que esto no causaba tanto impacto como la posibilidad de morir o de ser trasplantados, sintiendo que aún existía posibilidad de seguir viviendo.

Es natural entonces, que continuara el contenido enfermedad en las historias después del trasplante ya que, no se debe olvidar que estos pacientes son crónicos y es inevitable que a través del tiempo transcurrido con la enfermedad, el visitar médicos y hospitales con frecuencia y el estar sometidos a diversos tratamientos traumáticos, estas situaciones llegan a ser partes integrales de sus vidas.

Frasas Incompletas:

Se tomaron en cuenta todas las áreas que involucra esta prueba; sin embargo sólo algunas de ellas presentaron alteración y a ellas nos referiremos.

Anteriormente nos referimos a la expresión de conflictiva de modo "cuantitativo"; basándonos en esto, se pudo observar que las áreas que obtuvieron mayor puntaje en cuanto a conflicto fueron Temores y Sentimientos de Culpa, tanto antes como después del trasplante.

En mi opinión es bastante lógico que este grupo de pacientes - crónicos viva en constante miedo ya sea de morir, de volver a enfermar, de continuar con tratamientos traumáticos o de ser retrasplantados.

En nuestros pacientes estos temores aparentemente no aumentaron ni disminuyeron con la intervención quirúrgica, sino que quizá estuvieron -- presentes desde el mismo momento en que se hizo consciente la enfermedad, y todos los demás estímulos del exterior fueron puestos a un lado, dirigiendo toda su energía hacia su padecimiento.

Esto quizá explicaría que las áreas de actitud hacia la madre, hacia el padre, hacia relaciones heterosexuales, etc., aparecieron como libres de conflicto en esta prueba.

Presenta congruencia con esto, el hecho de que el área de sentimientos de culpa sea una de las más conflictivas; aquí influyen los aspectos de sentir que no se habrían cuidado lo suficiente a sí mismos, el no haber avisado que se sentían "mal" por temor a ser internados, el romper con la dieta impuesta y, -- además ciertos factores de pensamiento mágico en donde algunos si no es que la ma

yoría de los pacientes, sintieron que estaban "pagando" por "malos actos" cometidos en el pasado con sus familiares o amigos. Después del trasplante, presentaron también culpa y minusvalía probablemente al darse cuenta de que cualquier indiscreción de su parte en el autocuidado, podría tener repercusiones hasta fatales.

Esto es una responsabilidad un tanto excesiva para un paciente adolescente, lo que contribuyó también a los factores de ansiedad.

Llama la atención que el área de metas, que incluye los que se desea, los logros, ambiciones, etc., se viera ligeramente perturbada en este caso sólo antes del trasplante renal, mostrando que los pacientes de esta muestra, estaban hasta cierto punto conscientes de que en un momento dado, nunca podrían realizar sus objetivos en la vida que habían idealizado y elaborado hasta hace muy poco tiempo.

CONCLUSIONES.

## CONCLUSIONES.

En vista de lo expuesto anteriormente, las conclusiones posibles de este estudio, serían las siguientes:

- 1) A pesar de que la muestra fue reducida, se encontró que en nuestros pacientes aparecen cambios tanto de rendimiento intelectual como de tipo emocional antes y después del trasplante.
- 2) Se presentó una elevación en la Escala Total (Escala de Inteligencia de Weschler) después de realizado el trasplante, por lo que se concluye que en nuestros pacientes aparecieron factores tanto físicos como emocionales que les impedían el rendimiento intelectual real anterior a la operación.
- 3) La escala de Ejecución es la que se vio más perturbada antes del Trasplante Renal, traduciéndose como alteraciones en la coordinación visomotora y como aumento de factores de ansiedad.
- 4) En la mayor parte de los pacientes se presentaron datos sugerentes de "daño cerebral", antes del Trasplante Renal, lo cual se modificó totalmente después de éste, apareciendo la prueba como normal.
- 5) La percepción del esquema corporal se vió alterado en la mayor parte de los pacientes antes del Trasplante Renal; se tomó en cuenta también la identificación con su propio sexo, lo cual no presentó alteración alguna.
- 6) Fue más frecuente el relatar historias con contenidos de muerte en la prueba de T.A.T. antes de la operación. Con respecto a contenidos de en-

fermedades aparecieron en la mayor parte de los pacientes antes y después de la intervención, indicando factores depresivos que influyen en la personalidad de los pacientes así como en su comportamiento con los demás.

- 7) Las áreas de mayor alteración en la prueba de Frases Incompletas fueron temores y sentimientos de culpa, tanto antes del Trasplante Renal como después de éste. Esto nos lleva a concluir por el momento que el paciente presenta importantes sentimientos de ansiedad desde el momento mismo en que se entera de su enfermedad y que continúa a pesar de un trasplante exitoso, permaneciendo siempre a la expectativa.

Los sentimientos de culpa incluyen cierto pensamiento mágico considerando que están pagando culpas pasadas por medio de la enfermedad.

Las metas crearon también cierto conflicto, ya que anterior a la operación fue el momento de darse cuenta de que quizá habría deseos que nunca podrían realizarse.

#### APORTACION A ESTUDIOS POSTERIORES.

Al finalizar este estudio, he encontrado que existen varios puntos que contribuirían en el futuro al mejor tratamiento y selección de estos pacientes:

- Aplicación de escalas específicas para medir niveles de ansiedad y depresión así como pruebas de esquema corporal.
- Elaboración de cuestionarios tanto para receptores como para donadores, que

especificuen más ampliamente la situación actual y real de ambos individuos que se verán involucrados en este proceso.

- Integración de grupos de pacientes y de grupos de donadores con fines terapéuticos a corto plazo.
- Terapia Ocupacional para grupos de familiares (generalmente madres) que esperan durante tiempo prolongado a sus hijos y que generalmente se generan ansiedad y temores unos a otros al referirse sólo al tema trasplante, enfermedad y posiblemente muerte.
- En casos específicos, psicoterapia a nivel familiar, ya sea para información del procedimiento quirúrgico o cuando sean varios los candidatos a donadores para evitar el ostracismo familiar.
- Psicoterapia de grupo a los pacientes, aunque se ha observado en la práctica que esto resulta difícil hasta cierto punto, ya que en general los pacientes no desean asistir un día extra al Hospital cuando están en hemodiálisis. También muestran resistencias a asistir a menos que sea para su control desde el punto de vista médico.
- Elaboración de un protocolo para vaciar los datos, tanto de pacientes actuales como futuros para un mejor control de datos cuando la muestra sea mayor.
- Participación de un Psicólogo Clínico en el tratamiento y atención de pacientes crónicos.

## BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Abram Harry S. : The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of Life. Am. J. Psychiat. 126 :2 -- (Agosto 1969).
- 2.- Abram Harry S. Gordon L. Moore: Suicidal Behavior in Chronic - Dialysis Patients. Am. J. .Psychiat. 127:9 ( March 1971).
- 3.- Abram Harry M.D. : The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of Life: III. Am. J. Psychiat. 128 :12 ( June 1972).
- 4.- Arieti Silvano: American Handbook of Psychiatry. Basic Books, Inc. Publishers. New York. Tenth Printing 1969.
- 5.- Beard Bruce H. : Fear of Death and Fear of Life. Arch. Gen. Psych. Vol. 21 ( September 1969).
- 6.- Bernstein Dorothy MD. : After Transplantation - The Childs Emotional Reactions. Am. J. Psych. 127: 9 (March 1971).
- 7.- Blaesing Sandra MSN, and Joyce Brockhaus. : The Development of - Body Image in the Child. The Nursing Clinics of North America. - (December 1972).
- 8.- Calland Chad. : Iatrogenic Problems in End Stage Renal Failure. The New England Jornal of Medicine ( August 1972).

- 9.- Conger John.: Adolescence and Youth. Harper and Row Publishers .  
(1973).
- 10.- Demsey O. Mary: The Development of Body Image in Adolescence.  
The Nursing Clinics of North America. (December 1972).
- 11.- De la Fuente Ramón: Psicología Médica (1959)
- 12.- Fredu Anna, LL. D. (London): Adolescence Hampstead Child Therapy  
Clinic.
- 13.- Fromme Reichmann Frieda: Principios de Psicoterapia Intensiva (1965).
- 14.- Garza, M.E. Amortegui, R.: Vargas, Ma. E.: Contribución de la  
Clínica de Psiquiatría a la Unidad Renal del Centro Hospitalario "20  
de Noviembre". Rev. Med. ISSSTE. Vol. 3, No. 6, (1968).
- 15.- Glassman Barry M.: Personality Correlates of Survival in a Long Term  
Hemodialysis Program. Arch. Gen. Psychiat. Vol. 22 (June 1970)
- 16.- Greenberg Roger P.: The Psychological Evaluation of Patients for a -  
Kidney Transplant and Hemodialysis Program. Am. J. Psychiat. 130: 3  
(March 1973).
- 17.- Grushkin Carl M.: Perspectivas para Adolescentes con Insuficiencia Re  
nal Crónica. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. (Nov. 1973).
- 18.- Hammar S.L.: Enfoque del Paciente Adolescente. Clínicas Pediátricas  
de Norteamérica. (Nov. 1973).
- 19.- Hurlock Elizabeth.: Psicología de la Adolescencia. Editorial Paidós.  
(1971).

- 20.- Jackson Donald W. : El Adolescente y el Hospital. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. (Nov. 1973).
- 21.- James John A. : Renal Transplant in Childhood. (1971).
- 22.- Khan Aman U. MD. : Herdon Charles H. MA and Seyed Y. Ahmadian MD. : Social and Emotional Adaptations of Children with Transplanted Kidneys and Chronic Hemodialysis. AM. J. Psych. 127:9, (March 1971).
- 23.- Milton T. Fuyita MD : The Impact of Illness or Surgery in the Child's Body Image. The Nursing Clinics of North America. (December 1972).
- 24.- Muslin Hyman L : On Acquiring a Kidney. Am. J. Psych. 127:9 March 1971.
- 25.- Nash Earl H. et al : Systematic Preparation of Patients for Short Term Psychotherapy II : Relations to Characteristics of Patient, Therapist and the Psychotherapeutic Process. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 140 No. 5.
- 26.- Noyes Arthur P. : Psiquiatría Clínica Moderna. (1958)
- 27.- Pérez de Francisco César et al : Aspectos Psicológicos del Trasplante Renal. Revista El Médico # 1 (Abril 1971).
- 28.- Pérez de Francisco César y Psic. Gloria Huitrón: Estudio Psicológico de 11 candidatos a donadores de riñón para homotrasplante. Revista Medicina. Tomo LI, Año LI ( Mayo 1971).
- 29.- Rappaport David. : Tests de Diagnóstico Psicológico. Editorial Paidós.
- 30.- Rappaport y Dausset : Human Transplantation. (1968).
- 31.- Saltzman Samuel. Pérez de Francisco César.: Aspects Psychologiques et Psychiatriques de la Greffe Renale. L'Evolution Psychiatrique. No.3 (1968)

- 32.- Sand Patricia: Psychological Assesment of Candidates for a Hemodialysis Program. Division of Nephrology. Seattle, Washington. (1965).
- 33.- Shea Eileen J.: Bogden Donald, Freeman Richard: Hemodialysis for - Chronic Renal Failure - Psychological Considerations. An Internal -- Medicine Vol. 62 No. 3 (1965).
- 34.- Schowalter E.J. : Fernholt B.J. and Mann: The Adolescent Patient Decision to Die. Pediatrics, Vol. 51, No. 1 ( Enero 1973).
- 35.- Silverman Samuel: Psychological Aspects of Physical Symtoms.(1968).
- 36.- Starlz: Experience in Renal Transplantation. Saunders (1964).
- 37.- Strauss Maurice. Diseases of the Kidney. ( Second Edition).
- 38.- Wright Robert G: Psychological Stress During Hemodialysis for Chronic Renal Failure. Department of Medicine, University of Washington, Seattle, Washington. (1965).

**Este trabajo no hubiera sido posible sin la  
colaboración, comprensión y paciencia del equipo  
de la Unidad Renal del Hospital del Niño IMAN, -  
de mis compañeros del Servicio de Adolescentes, de  
mi Asesor de Tesis y de mi familia.**