



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

58  
2ej

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA (IRC) EN PACIENTES NEFRÓPATAS, BIENESTAR  
SUBJETIVO Y ENVIDIA ”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**ERIKA GALÁN ZÁRATE**

**DIRECTORA : MTRA. LUCY M. REIDL MARTÍNEZ**

**REVISOR: MTRO. ADRIÁN MEDINA LIBERTY**

MÉXICO, D.F. A 15 DE NOVIEMBRE DE 1999.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

276118



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.

# Í N D I C E

Resumen .....	1
Prefacio .....	2

## CAPÍTULO I:

### ENFERMEDAD RENAL

1.1 Fisiología .....	4
1.1.1. Insuficiencia Renal Crónica (IRC) .....	4
1.1.2. Etiología .....	7
1.1.3. Semiología Clínica .....	8
1.1.4. Circunstancias de Aparición .....	9
1.2. Efectos Sistémicos de la IRC .....	9
1.2.1. Sistema Cardiovascular .....	9
1.2.2. Sistema Endócrino .....	10
1.2.3. Sistema Nervioso Central .....	10
1.2.4. Sistema Respiratorio .....	11
1.2.5. Sistema Gastrointestinal .....	11
1.2.6. Sistema Hematopoyético .....	11
1.2.7. Lesiones Cutáneas .....	12
1.3. Tratamientos Médicos de la IRC .....	12
1.3.1. Diálisis Peritoneal .....	12
1.3.2. Hemodiálisis .....	13
1.3.3. Trasplante Renal .....	13

## CAPÍTULO II:

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA IRC

2.1. Implicaciones Psicológicas de la IRC .....	15
2.1.1. Tratamiento Dialítico .....	18
2.1.2. Tratamiento Hemodialítico .....	18
2.1.3. Trasplante y donador .....	18
2.1.4. Tratamientos Psicológicos .....	20

## CAPÍTULO III:

### SIGNIFICADO PSICOLÓGICO

3.1. Noción de Significado .....	22
3.1.1. Propiedades del Significado .....	24
3.2. Significado Psicológico y su medición .....	27

## CAPÍTULO IV:

### BIENESTAR SUBJETIVO

4.1. Subjetividad .....	29
4.1.1 Reflexión: Subjetividad vs Objetividad .....	31
4.2. Bienestar Subjetivo .....	33
4.2.1. Enfoques Teóricos .....	34
4.2.2. Enfoque Sumativo Ponderado .....	34
4.2.3. Enfoque Multiplicativo .....	35
4.2.4. Enfoques de la Personalidad .....	36
4.2.5. Enfoques Télicos .....	36
4.2.6. Enfoque de Juicios por Comparación .....	38
4.2.7. Teorías de Actividad .....	38
4.3. Líneas de Investigación .....	39
4.4. Estructura del Bienestar Subjetivo .....	40
4.5. Medición del Bienestar Subjetivo .....	43

## CAPÍTULO V:

### EMOCIONES Y ENVIDIA

5.1. Emociones .....	45
5.1.2. Envidia .....	47
5.1.2.1 Reseña histórica de la envidia o mal de ojo .....	50
5.1.2.2 El mal de ojo .....	54

## CAPÍTULO VI:

6.1 ANTECEDENTES .....	59
------------------------	----

## CAPÍTULO VII:

### METODOLOGÍA

7.1. Justificación .....	65
7.1.2. Objetivos .....	67
7.1.3. Problema .....	67
7.1.4. Método .....	67
7.1.5. Definición de Conceptos .....	67
7.1.6. Diseño de Investigación .....	68
7.1.7. Tipo de Estudio .....	68
7.1.8. Muestra y Muestreo .....	68
7.1.9. Instrumento .....	68
7.1.10. Procedimiento .....	69
7.1.11. Análisis de Datos .....	69

## **CAPÍTULO VIII:**

### **RESULTADOS**

8.1 Características de la muestra .....	70
8.2 Instrumentos .....	72

## **CAPÍTULO IX:**

9.1 Discusión y conclusiones .....	84
9.2 Limitaciones y sugerencias .....	89
Referencias .....	91
Glosario .....	101
Anexos .....	104

A la maestra Lucy Reidl por su apoyo,  
su tiempo y dedicación.

A Bertha Blum y Eva Esparza, por su Proyecto:  
"Enseñanza para la Optimización y Profesionalización  
del Psicólogo Clínico", el cual me ayudó a desenvolverme  
profesionalmente.

Al comité de becas PROBETEL, por su  
apoyo económico.

Al Hospital General de México por permitir la  
realización de este proyecto.

Al Dr. Víctor Argueta y a la Psic. Lilia Pérez  
por las facilidades y el apoyo brindado.

## R E S U M E N

Esta es una investigación que tuvo por objetivo averiguar el significado psicológico de la enfermedad renal crónica, del bienestar subjetivo, así como indagar si estos pacientes sentían envidia hacia las personas sanas que realizan actividades que ellos no pueden.

La muestra quedó conformada por 55 pacientes, 27 mujeres y 28 hombres; las edades fluctuaron entre 15 y 50 años. Los tratamientos sustitutos de la función renal estudiados fueron la diálisis peritoneal intermitente (DPI) y la hemodiálisis (HD), participando 41 pacientes en la primera modalidad y 14 en la segunda.

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, un instrumento que mide envidia en forma indirecta y se les dio 5 hojas con una frase estímulo distinto en cada una (insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal intermitente, hemodiálisis, trasplante renal y mi vida es:) para que contestaran (en 1 min.) con palabras solas que se les ocurrieran referente a cada una de las frases.

De acuerdo con los resultados se obtuvo que para el grupo de pacientes en estudio el significado psicológico de mayor importancia fue el bienestar subjetivo (en el cual se formaron dos categorías: cognoscitivo y afectivo: Diener, 1984), seguido de la insuficiencia renal crónica, posteriormente los tratamientos de hemodiálisis, trasplante renal y diálisis peritoneal intermitente.

La investigación muestra que el significado de cualquier cosa, evento o acción nunca se manifiesta en el vacío, si no en un entorno concreto, es decir, una circunstancia (Medina, 1988), en este caso la hospitalización y un acontecimiento (Ortony, Clore y Collins, 1998), vale decir, la enfermedad misma.

Con respecto a la envidia se observó que tuvo una alta correlación con los celos, manejándose estas dos emociones como semejantes cuando la envidia era puesta en el propio paciente; no obstante, cuando esta emoción era puesta en otra persona, la envidia se admitía sin problemas.

Se concluye que es importante estudiar el significado psicológico de la enfermedad renal crónica, los tratamientos sustitutos de la función renal, la manera como perciben subjetivamente su vida los pacientes, así como las emociones que se presentan y/o agudizan en este padecimiento, como la envidia, con el fin de brindar un tratamiento multidisciplinario encaminado a la rehabilitación de los pacientes proporcionándoles herramientas para mejorar las diferentes áreas que se ven afectadas con la enfermedad renal, asumiéndola y enfrentándola de la mejor manera posible.

## P R E F A C I O

Los riñones son los órganos fundamentales de la economía interna, entre sus funciones están la de controlar el volumen, composición y presión de los líquidos corporales, la eliminación del agua y solutos, la producción de glóbulos rojos y el control de la presión arterial (Hamburguer, Crosmier y Grunfeld, 1982). La insuficiencia renal crónica (IRC) es un déficit progresivo e irreversible de la función renal, que puede tener como causa diferentes enfermedades (Stein, 1984).

Esta tesis se basa en el padecimiento renal, ya que es una enfermedad terminal que afecta a un gran número de personas, niños, adolescentes, adultos y ancianos. Siendo una enfermedad silenciosa es difícil su diagnóstico temprano: provoca daños en las estructuras física, psíquica y emocional, así como también causa alteraciones en las esferas social, laboral, familiar, sexual y académica. Cuando los pacientes y su familia se ven sometidos a la IRC y sus tratamientos médicos, necesitan reorganizar sus actividades, proyectos de vida diaria en función de los mismos; en consecuencia surgen limitaciones y pérdidas que consumen gran parte de su energía.

Diversos autores han estudiado los conflictos psicológicos que se presentan en la IRC y en los diferentes tratamientos sustitutivos de la función renal (diálisis, hemodiálisis y trasplante).

Los más descritos en la literatura son estados depresivos, ansiedad, angustia, agresividad, inseguridad, desesperanza, dependencia, regresión y/o disociación de la personalidad y afección en la imagen corporal (Parets, 1967; Wright, 1960; Huazo, 1983; Blum y Gordillo, 1989; Bradley, Stanley y Uri, 1992; Streizer, 1984; Fried y Fried, 1981; Maher, 1983; Towne, Alexander y Burns, 1980; Lanch y Valderraban, 1990).

Hay otros autores que se han interesado en estudiar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer de mama operable (De Haes y Van Knippenberg, 1985; Schain y Edwards, 1983) y avanzado (Coates y Glaski, 1987; Selby, Chapman y Etazadi-Amoli, 1984); sarcoma de tejidos blandos (Guyatt y Thompson, 1985; Sugarbaker y Barofsky, 1982); enfermedad coronaria (Olsson y Lubsen, 1986; Bergner y bobitt, 1981); hipertensión (Croog y levine, 1986); artritis reumatoide (Bombardier y Russel, 1986); psoriasis (Finlay y Khan, 1994; Cobos, 1996) y la insuficiencia renal crónica (Viveros, 1994), entre otras.

No obstante desde el punto de vista médico, la calidad de vida se ha medido a partir de indicadores objetivos a través de una gran variedad de instrumentos. y pese a su proliferación no se ha desarrollado un modelo unificado de valoración. Además, existe muy poco acuerdo sobre el significado del concepto "Calidad de

Vida"; parece ser entonces que hay una aparente ausencia de claridad y congruencia en relación con este concepto, las formas de medición y valoración del mismo (Thomas, Alvan y Feinstein, 1994).

Los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud se han centrado mucho en la manera en como las enfermedades influyen en la capacidad de los pacientes para funcionar independientemente y para cumplir con su papel en el trabajo, las relaciones sociales y las actividades recreativas (Gill y Feinstein, 1994), es decir, se han basado en estudiar solo el aspecto objetivo de la calidad de vida y para un estudio integral es necesario conocer también el aspecto subjetivo, esa parte que no se ve, pero que se hace presente en el sujeto y da cuenta del cómo piensa, siente y vive la enfermedad.

La medicina ha tratado de explicar algunas conductas (ataques convulsivos, delirios, compulsiones, etc.) argumentando alguna perturbación orgánica, pero sus explicaciones no han sido suficientes; el psicoanálisis llegó a demostrar que todas esas conductas tenían una naturaleza "puramente" psicológica" (Freud, 1913); en la práctica clínica he observado como en el paciente renal crónico, la enfermedad acentúa sus conflictos inconscientes. Algunos reaccionan con depresión, otros con sentimientos de culpa, de minusvalía, otros en forma autodestructiva (no toman el medicamento, se dializan en forma inadecuada provocando constantes infecciones, no siguen su dieta, etc.) que conllevan a un rápido deterioro de la enfermedad renal.

Se ha visto a lo largo del discurso los daños que causa la IRC en las personas que la padecen, pero no hay registros en la literatura revisada acerca del significado psicológico que los pacientes dan a esta enfermedad; se ha mencionado también sobre las diferentes emociones que se presentan durante este padecimiento, pero tampoco en la literatura se habla sobre la emoción de envidia...¿ o es acaso que los pacientes con IRC no envidiarán a las personas sanas que pueden realizar actividades que ellos no pueden?

El sufrimiento de estos pacientes está ligado a la vida misma, "la experiencia de desgarramiento mediante el que se la experimenta en el órgano psíquico es la distancia que hace extraño al sujeto para una parte de él mismo y amenazado por lo que en él mismo es otro...este sufrimiento lleva un trabajo psíquico, especialmente el desarrollo de mecanismos de defensa...la falla de los mecanismos... desemboca en la destrucción del sujeto- en su cuerpo o en su vida psíquica-" (Kaes, 1987).

## CAPITULO I

### ENFERMEDAD RENAL

" El destino no es lo que te hace la vida. si no lo que  
haces con lo que te ha hecho la vida" .  
A. Kurosawa

#### *FISIOLOGÍA:*

Los riñones son órganos pares, localizados en el retroperitoneo sobre la pared abdominal posterior, uno a cada lado de la columna vertebral; la parte superior del riñón, se sitúa aproximadamente a la altura de la XII vértebra dorsal, estando el derecho un poco más descendido que el izquierdo. El peso de cada uno de los riñones oscila entre 120 y 170 grs. Sus dimensiones aproximadas son de 11 x 6 x 2.5 cms., los dos tienen forma de frijol y se encuentran en el interior de una celda grasa separada de las demás estructuras que también se encuentran en el retroperitoneo (Mota, 1991).

Los riñones controlan la composición y volumen de los líquidos corporales excretando las sustancias no deseadas. Esta excreción se da debido a que por los riñones pasa la quinta parte de la sangre que el corazón bombea, y de ésta , filtra también la quinta parte , dejando los productos indeseados en la orina (Zaltzman, 1996).

Además de su función excretora, el riñón desempeña otros papeles importantes, dentro de los cuales se encuentran mantener el equilibrio del ácido básico, funciones endócrinas y funciones metabólicas. También es uno de los sitios principales para la excreción de medicamentos y toxinas (Morgan, 1990).

Como se ve, el riñón "es el principal órgano que regula la composición del mundo interno". (Gordillo, 1996).

A la unidad funcional del riñón se le denomina nefrona , habiendo alrededor de 1,200,000 en cada riñón, las cuales funcionan de manera integrada. La nefrona está compuesta por el glomérulo, en donde se produce la filtración y un túbulo largo en donde el fluido filtrado, tras complejas funciones de reabsorción y secreción de solutos y agua, es convertido en orina.

#### *INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA*

La insuficiencia renal crónica (IRC), o uremia crónica es un síndrome clínico complejo que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal. Cuando las pérdidas de parénquima sobrepasan 50% por lo común se agota la reserva funcional y la reducción posterior del funcionamiento impide progresivamente el mantenimiento de la homeostasis orgánica.

Desde el punto de vista anatómico, se observa una disminución de la masa nefronal y se cuantifica clínicamente por la disminución del filtrado glomerular ; éste se estima midiendo la depuración de un soluto que filtre libremente, siendo el marcador más utilizado en la clínica , la creatinina. Esta disminución ocasiona que la mayoría de los aparatos y sistemas del organismo se vean afectados (Repetto, 1992., Gordillo, 1996).

En condiciones de salud , la velocidad de filtración glomerular (VFG) representa el funcionamiento global de una población de nefronas "en actividad", la cual aumenta bajo la acción de diferentes estímulos, como la administración brusca de proteínas por vía oral, y la infusión endovenosa de aminoácidos y de dopamina.

Este incremento en el número de nefronas funcionantes se manifiesta por aumento en la VFG, que adquiere un valor máximo. La diferencia entre la VFG máxima constituye la reserva funcional renal. En el caso de una enfermedad progresiva, las pérdidas acumuladas de parénquima renal causan hipertrofia en las nefronas remanentes, con incremento compensatorio de la filtración glomerular. Conforme avanza la enfermedad y se deteriora la función renal, el organismo pone en marcha mecanismos compensadores en las nefronas restantes, mecanismo que tiene como objetivo primordial, mantener un equilibrio del medio interno dentro de los límites normales. En este caso, las nefronas sanas intensifican su trabajo filtrando mayor cantidad de sangre, pero esta "hiperfiltración", aparentemente benéfica, puede lesionar los glomérulos sanos.

Esto se debe a que al aumentar el flujo sanguíneo, también aumenta la presión intraglomerular, provocando una mayor filtración de proteínas y una alteración de la red celular, produciendo esclerosis del glomérulo con destrucción progresiva de la nefrona, situación en cierto modo, independiente de las circunstancias iniciales (Bergstein, 1992., Repetto, 1992).

Las enfermedades renales progresivas por lo general no manifiestan su disfunción renal en los primeros meses de evolución, a menos que el daño inicial haya sido de gran magnitud, como puede ocurrir en una glomerulonefritis rápidamente progresiva; de otro modo, la VFG empieza a disminuir después que la reducción en el parénquima renal ha sobrepasado 50%, y es hasta entonces cuando la depuración de creatinina endógena disminuye y aumenta la concentración sérica.

En la mayoría de los casos de IRC en seres humanos se observa que la reducción de VFG empeora a lo largo del tiempo en forma predecible, independientemente de la enfermedad original. El grado de deterioro funcional renal, expresado como la recíproca de la concentración sérica de creatinina en relación con el tiempo, resulta ser de progresión lineal, lo cual sugiere un grado constante de pérdida de la función. En algunos pacientes, sin embargo, se observa relación lineal entre el logaritmo de la concentración de creatinina sérica y el tiempo de evolución, lo cual indica que la pérdida de función se efectúa en grado fraccional constante. Estas

observaciones indican que la progresión de la insuficiencia renal depende de dos factores propios del paciente, independientes de la naturaleza de la enfermedad original. En diversos estudios se demuestra que una vez que la enfermedad llega a causar cierto grado de lesión renal, la insuficiencia renal se perpetúa de manera inexorable, aunque el mecanismo que la inició haya desaparecido. Así se explica porque la hipoplasia renal bilateral, la enfermedad poliquística o el síndrome de Alport, que son de naturaleza congénita hereditaria, evolucionen después de varios años a insuficiencia renal terminal.

*En la primera etapa* de la insuficiencia renal, el riñón se encuentra funcionando entre el 50 y 80% de su capacidad normal, rara vez se presenta microalbuminuria en los análisis clínicos; pero generalmente a este nivel, no se observan manifestaciones clínicas. Se habla de la *segunda etapa* cuando la función renal se encuentra entre el 25 y 50% de su capacidad normal, en ella se inician los cambios de concentración plasmática de creatinina, se reduce la absorción de calcio, observándose una detención del crecimiento. *En la tercera etapa* la insuficiencia renal se encuentra ya bien establecida, es decir, que la función renal es inferior al 30% de su capacidad. Es en este período en donde se desarrollan las múltiples y diversas alteraciones, tanto metabólicas como de la función de órganos y sistemas, que para poder contrarrestar sus efectos, se requieren de estrictas medidas dietéticas y fuertes terapéuticas medicamentosas. La última etapa, es decir, la fase terminal, se define cuando la función renal está por debajo del 5% de su capacidad, se trata un de un estado de intoxicación permanente que requiere el empleo de procedimiento dialíticos para su control. El término uremia significa "orina en la sangre" (Gordillo, 1996), expresando exactamente lo que le ocurre al paciente en esta etapa de su padecimiento.

Desafortunadamente la IRC es una enfermedad silenciosa, debido a que no ocasiona dolor y la mayoría de las veces las manifestaciones clínicas aparecen cuando la insuficiencia renal está bien instaurada. Es por esta situación que no es raro ver que los pacientes ingresen al hospital por primera vez, cuando la enfermedad se encuentra ya en su fase terminal. Por lo anterior es muy difícil que se realice un diagnóstico temprano de la enfermedad, con el fin dar un tratamiento a tiempo (Sánchez de Ita, 1996).

El retardo del crecimiento constituye uno de los índices más sensibles y más afectados dentro de las manifestaciones clínicas de la IRC. principalmente si ésta aparece antes de los 2 años de edad o antes de la pubertad. Esto se debe a que en estas etapas, el niño se desarrolla con mayor rapidez y por ende, la insuficiencia renal provoca un desgaste en el tejido muscular y esquelético, interrumpiendo así el crecimiento. Si aparece dentro de los 2 primeros años de vida, representa también, un riesgo importante de retraso psicomotor (Gordillo, 1996). Entre las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con IRC se encuentran las osteodistrofias, náuseas, vómitos, hipertensión arterial, alteraciones neurológicas entre otras.

## ETIOLOGÍA:

Las enfermedades renales son de naturaleza muy diversa: por ejemplo un niño puede nacer con una patología renal determinada genéticamente que aparece de inmediato o varias décadas más tarde. Algunos trastornos no tienen manifestaciones clínicas durante toda la vida del paciente y otros, como el reflujo vesicoureteral, se asocian a infecciones urinarias de repetición y ocasionan deterioro progresivo del riñón.

Traumatismos, neoplasias e infecciones afectan al riñón y la magnitud de la alteración de sus estructuras anatomofuncionales determina la expresión clínica local (dolor, aumento de volumen, etc.) o sistémica (fiebre, anorexia, detención del crecimiento).

Otras enfermedades, genéticas o adquiridas, producen trastornos funcionales en los túbulos renales con alteraciones homeostáticas específicas que impiden mantener el equilibrio hídrico, el de sodio o el de los hidrogeniones: deshidratación e hipernatremia por poliuria de una diabetes insípida nefrótica o acidosis metabólica por incapacidad para reabsorber bicarbonatos o para excretar hidrogeniones. Esta última enfermedad repercute en el metabolismo del calcio y genera detención del crecimiento y raquitismo.

Las enfermedades de causa inmunológica afectan los glomérulos, como la glomerulonefritis y el lupus eritematoso generalizado. Otra de causa metabólica como la diabetes y la hiperuricemia, afectan de manera secundaria al riñón causando lesiones glomerulares. La lesión microanatómica de los capilares glomerulares provoca hematuria y proteinuria. La retención de sodio y otras alteraciones funcionales del eje renina-angiotensina-aldosterona producen hipertensión arterial.

El proceso inflamatorio, agudo o crónico, en los capilares glomerulares causa reducción de la filtración glomerular que conlleva a la insuficiencia renal, con toda una serie sintomática de pérdidas de la homeostasis orgánica: transitorias en el agudo, y definitivas en el crónico terminal.

Las manifestaciones clínicas de los riñones son muy limitadas: duelen cuando hay distensión de la cápsula por inflamación, hemorragia u obstrucción urinaria alta; aumentan de volumen por obstrucción urinaria (hidronefrosis), retención de sangre (trombosis de vena renal), infiltración (leucemia), edema intersticial (síndrome nefrótico) o neoplasia (tumor de Wilms).

Las enfermedades tubulares que originan pérdida de funciones específicas se manifiestan por la poliuria cuando el trastorno es en el túbulo colector; acidosis cuando la alteración tubular impide la excreción de hidrogeniones o cuando la lesión en el túbulo proximal impide la reabsorción de bicarbonatos. La acidosis

provoca anorexia e hipercalciuria y ambos factores contribuyen a la falta de desarrollo del peso y la estatura.

Las enfermedades del riñón pueden causar diversos trastornos funcionales según la localización, gravedad y naturaleza del proceso patológico correspondiente. La uremia (imposibilidad de orinar) es el síndrome clínico que se caracteriza la etapa final común hacia la cual tienden, en última instancia, todas las enfermedades renales progresivas. Uno de los trastornos mas comunes en caso de enfermedad renal crónica es la perturbación de la capacidad del riñón para variar la concentración de la orina en toda su amplitud normal. La disminución de la capacidad para concentrar aparece finalmente en casi todos los casos de la enfermedad renal progresiva, y en muchos pacientes este defecto es el primer trastorno funcional observado (Cecil-Loeb, 1968).

La mayoría de las nefropatías crónicas, tanto adquiridas como constitucionales pueden evolucionar hacia la insuficiencia renal. Las diversas causas y su frecuencia aproximada se muestra en el siguiente cuadro: (Lerain, y Suc. 1983).

Frecuencia Aproximada (antes de los 60 años)	
40%	<p style="text-align: center;"><b>NEFROPATÍAS ADQUIRIDAS</b></p> <p><u>Glomerulonefritis crónica primitiva</u>, de etiología generalmente desconocida, secundaria verosimilmente a un mecanismo inmunológico</p> <p><u>Glomerulonefritis crónica secundaria</u> a enfermedades generales: amiloidosis, diabetes, lupus.</p>
35%	<p style="text-align: center;"><b>NEFROPATÍA INTERSTICIAL CRÓNICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de causa infecciosa (pielonefritis) con o sin anomalías de las vías excretoras</li> <li>- de causa obstructiva (adenoma prostático, litiasis...) con o sin infección.</li> <li>- de causa tóxica (analgésicos),</li> <li>- de causa metabólica (hiperuricemia, hipercalcemia).</li> </ul>
10%	<p style="text-align: center;"><b>NEFROPATÍA DE ORIGEN VASCULAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nefroangioesclerosis benigna y maligna,</li> <li>- microangiopatía trombótica,</li> <li>- poliarteritis nudosa,</li> <li>- trombosis de las venas renales</li> </ul>
15%	<p style="text-align: center;"><b>NEFROPATÍAS CONSTITUCIONALES HEREDITARIAS O NO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- displasias renales asociadas o no con anomalías de lesiones excretoras</li> <li>- enfermedades poliquísticas diversas,</li> <li>- nefropatía familiar hematórica con o sin sordera,</li> <li>- nefropatía metabólica (cistinosis, oxalosis, etc.)</li> </ul>

## *SEMIOLOGÍA CLÍNICA:*

La semiología clínica y biológica de la IRC es la consecuencia de dos tipos de desórdenes. Unos, dependen de la reducción progresiva del número de nefronas funcionantes, son independientes del tipo de nefropatía y se exageran con la reducción de filtración glomerular. Los otros son función del tipo anatomoclínico de la nefropatía y de la eventual aparición de complicaciones vasculares e infecciosas.

## *CIRCUNSTANCIAS DE APARICIÓN*

Las circunstancias de aparición son muy variables; la insuficiencia renal se descubre cada vez con mayor frecuencia por los exámenes biológicos sistemáticos, especialmente creatininemia, efectuados en pacientes tratados por una nefropatía glomerular, intersticial o vascular.

El descubrimiento del déficit renal es consecuencia frecuente de un examen clínico y biológico efectuando de forma sistemática o ante síntomas tales como edema o hipertensión.

La insuficiencia renal crónica se descubre cada vez más raramente en su fase terminal por síntomas variados como astenia, insuficiencia cardíaca, anemia, etc. Excepcionalmente, una insuficiencia renal crónica se instaura a continuación de una insuficiencia renal aguda. En todos los casos, son los exámenes complementarios los que permitan precisar el grado del déficit renal, develar la causa y analizar sus consecuencias clínicas y biológicas.

## *EFFECTOS SISTÉMICOS DE LA IRC*

### *SISTEMA CARDIOVASCULAR:*

**Insuficiencia cardíaca congestiva:** La sobrecarga del volumen guarda normalmente mayor relación con la incapacidad para excretar sal y agua que con la enfermedad miocárdica intrínseca. Sin embargo, la arterioesclerosis se acelera en los pacientes con IRC, incluidos los que se hayan sometidos a diálisis y trasplante. El ictus y el infarto de miocardio son de 25 a 300 veces más comunes (dependiendo de la edad y el sexo) en esta población que entre los individuos no urémicos. La enfermedad vascular periférica con claudicación intermitente no resulta infrecuente, si bien, en general, la isquemia sólo es lo suficientemente grave como para producir gangrena en el paciente predispuesto, por ejemplo, el diabético; puede ser necesaria la amputación. Esta enfermedad acelerada tiene probablemente un origen multifactorial. Los factores importantes incluyen hipertensión, anomalías del fósforo y el calcio, metabolismo anormal de los carbohidratos, hiperuricemia e hiperlipidemia.

## SISTEMA ENDÓCRINO:

### Hormonas sexuales:

**Sexo femenino:** Los trastornos de la función gonadal aparecen conforme progresa la insuficiencia renal e incluyen disminución de la libido y la fertilidad, menometrorragia u oligomenorrea. El embarazo es raro una vez que la FG cae por debajo del 10% de lo normal. Están disminuidos los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona luteínica, mientras que los FSH, LH y prolactina son normales o altos. En general, es preferible que no menstrúe, debido a la pérdida de sangre y que no quede embarazada debido al alto riesgo de muerte fetal y los peligros potenciales para la madre. La disminución de la libido constituye un problema, pero en la actualidad no existe terapia conocida.

**Sexo masculino:** La impotencia y la disminución de la libido son frecuentes y se encuentran en por lo menos el 75% de los varones cuando llegan a la fase de diálisis. La institución de la diálisis puede mejorar la función sexual en un 20-40% de los casos. La concentración plasmática de testosterona es generalmente baja, debida a la menor producción y al aumento del aclaramiento metabólico. La concentración plasmática de estrógenos suele estar elevada en los varones. El examen microscópico muestra azoospermia con atrofia tisular especialmente de las células de Leydig. Por tanto, está disminuida la fertilidad.

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

**Función cortical:** La función cortical puede deteriorarse en la insuficiencia renal progresiva. Los síntomas son en general sutiles mientras la enfermedad progresa con lentitud. Es característica la disminución de la capacidad para una actividad intelectual permanente. Estos cambios clínicos de la función cognoscitiva se corresponden con anomalías en el EEG: Al empeorar la uremia puede apreciarse un trastorno más grave con psicosis tóxica terminal, signos de síndrome cerebral orgánico o ambas cosas. En los primeros estadios, la reducción de la ingesta de proteínas con la dieta puede aliviar algunos síntomas.

La atrofia cerebral difusa y la demencia presenil, que pueden aparecer en la insuficiencia renal crónica, quizás guardan relación con la toxicidad por el aluminio

**Signos periféricos:** El síndrome de las piernas inquietas o los calambres musculares nocturnos pueden aparecer cuando la FG desciende hasta el 20-50% de la normal. Conforme se reduce la filtración glomerular, los calambres se hacen más frecuentes y prolongados. El temblor suave de las manos extendidas también puede aparecer antes que la asterixis franca. El síndrome de las piernas inquietas probablemente sea un síntoma de neuropatía periférica sutil, y se manifiesta clínicamente por un peculiar malestar y disestesia de los miembros inferiores, que pueden aliviarse en parte con la actividad. La neuropatía periférica, sensorial o

motora grave es infrecuente, mientras la FG se mantenga por encima de 10% de lo normal, aunque puede encontrarse; es por ello que deben identificarse y tratarse apropiadamente las causas no relacionadas de neuropatía periférica, como diabetes mellitus y deficiencia de la vitamina B<sub>12</sub>. La neuropatía de origen urémico constituye otra indicación para iniciar o intensificar la diálisis.

#### SISTEMA RESPIRATORIO

**Trastornos agudos:** La aparición de síntomas respiratorios agudos guarda relación en general con la sobrecarga de volumen. Los pacientes urémicos están más predispuestos a las infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores, y la mortalidad y morbilidad asociadas, así como también las infecciones secundarias son más comunes que en la población normal.

**Trastornos crónicos:** Pueden aparecer alteraciones pulmonares crónicas, aunque son raras. La imagen radiológica en alas de mariposa, clásica en pacientes urémicos, guarda relación probablemente con el edema intersticial.

#### SISTEMA GASTROINTESTINAL

**Superior:** La anorexia y las náuseas matinales, que pueden progresar hasta vómitos graves, acompañan con frecuencia a la uremia progresiva. El paciente quizás note un sabor amargo o a moho. Este sabor puede transmitirse a todos los alimentos y quizás intervenga en la anorexia.

#### SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

La anemia es la regla en la IRC y se acentúa con el déficit renal, su ausencia es particular en algunas nefropatías (polioquísticas, pielonefritis) que aseguran una producción suficiente de factores eritropoyéticos. La anemia persiste habitualmente a pesar del tratamiento con diálisis iterativas; es potenciada por la binefrectomía. Debe ser sistemática la búsqueda de factores agravantes eventualmente curables: pérdidas digestivas, menstruaciones abundantes, acción medicamentosa. Lugar aparte merece el aumento de la hemólisis secundaria a la destrucción de los hematíes a su paso por la red arteriolocapilar del glomérulo, alterada por diversas causas. En estos casos es frecuente encontrar en la sangre circulante hematíes deformados, denominados esquistocitos

La hiperleucocitosis es frecuente, incluso en ausencia de infección. Los trastornos de la Hemostasia se observan únicamente en estadios avanzados de la IRC. Son fundamentalmente imputables a un trastorno cualitativo de las plaquetas. Pueden acrecentarse por fenómenos de coagulación intravascular.

## LESIONES CUTÁNEAS

La pigmentación: Una simple coloración amarillenta, acentuada por la anemia predomina en la planta de las manos y la planta de los pies, indica una carotinemia aumentada por consumo excesivo de verduras ricas en caroteno. La mpigmentación pizarrosa puede simular una enfermedad de Addison.

Se atribuye en estos casos una secreción aumentada de hormona matanoestimulante hipofisiaria. Es común encontrar entonces una tendencia a la pérdida de sodio.

El prurito frecuente, es a veces para el enfermo el síntoma más penoso de la IRC. Expone a complicaciones por rascado. A menudo indica un hiperparatiroidismo secundario que favorece las precipitaciones cálcicas intradérmicas

## TRATAMIENTOS MEDICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Con el transcurso del tiempo se han empleado varios tratamientos para los pacientes con insuficiencia renal crónica (I.R.C); estos tratamientos incluyen diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria, hemodiálisis y trasplante renal.

**DIÁLISIS PERITONEAL:** Para llevar a cabo este tratamiento se requiere la colocación de un catéter flexible de silástico, que es un material plástico que se coloca por vía quirúrgica en la cavidad abdominal, éste catéter será de permanencia, a través de éste se administran soluciones dializantes y por medio de cambios de concentración osmótica se restaura la composición interna del organismo. En este tratamiento existen dos modalidades:

a) Diálisis peritoneal crónica intermitente (DPCI): Este tratamiento se lleva a cabo en el hospital en días alternos, tres veces por semana durante 10-12 horas por sesión, ésta se lleva a cabo por las noches, al llegar a la sala de diálisis se conecta con los tubos de plástico a los frascos que tienen solución y se le practican de 8 a 10 recambios. El paciente sale por la mañana para continuar con sus actividades habituales.

Los inconvenientes de este tratamiento son su alto costo y la desnutrición del paciente si se prolonga el tratamiento, ya que no únicamente se extraen productos tóxicos, sino también productos necesarios para el organismo; otro de los problemas constantes de este tratamiento es la incidencia de infección peritoneal, lo que obliga a la hospitalización y a tratamientos con antibióticos y en ocasiones es necesario cambiar el catéter (Gordillo, Muñoz, Feiman. 1981)

b) Diálisis peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA): Es el mismo procedimiento que el anterior, sólo que éste se lleva a cabo fuera del hospital, y se les enseña a los pacientes o a los familiares como se lleva a cabo el procedimiento de los recambios, los cuales se deben hacer en las condiciones

más higiénicas posibles, realizándose aproximadamente cada 5 horas, dejando el último recambio toda la noche.

Una de las ventajas es que los cuadros de peritonitis pueden ser controlados con mayor facilidad, ya que son provocados por gérmenes adquiridos fuera del hospital, a diferencia del tratamiento con DPCI, pero su principal ventaja es que se evita la desnutrición crónica, la cual afecta más frecuente en los tratamientos de DPCI y hemodiálisis, ya que se permite que el paciente reciba una dieta hipercalórica, hiperproteica, con mínimas restricciones dietéticas (Feiman, Mena, Gordillo, 1981); no obstante, tiene la desventaja de que el procedimiento resulta muy costoso.

**HEMODIÁLISIS:** Este tratamiento consiste en extraer la sangre del paciente por tubos de plástico, siendo impulsada por una bomba hacia el riñón artificial, aquí entra a un rollo con membranas de celofán que permite el intercambio de solutos con la solución dialítica que lo baña; la sangre regresa por el otro tubo en forma constante; el procedimiento tiene una duración de 4 a 6 horas tres veces por semana; por lo cual es un procedimiento más complicado y más costoso que los anteriores, puesto que se requiere de un equipo especial, instalaciones especiales y personal técnico adiestrado.

Para poder realizar este tratamiento se requiere de una vía de acceso vascular que por lo regular es una fistula arteriovenosa interna para dializar al paciente a largo plazo, o bien, una fistula externa, que consiste en un catéter de silástico entre arteria y vena.

Este tratamiento presenta desventajas, los problemas colaterales observados con frecuencia son de tipo infeccioso (hepatitis viral y tuberculosis), metabólicos (electrolíticos y óseos), y cardiovasculares; además provoca dependencia hacia la máquina, y debido al horario de hemodiálisis dentro del hospital no permite al paciente realizar sus actividades cotidianas de manera normal.

**TRASPLANTE RENAL:** La función primordial de los riñones consiste en eliminar los desechos e impurezas de la sangre. El riñón artificial o dializador efectúa esta función. Los pacientes que aguardan trasplante de riñón suelen mantenerse con dializadores hasta que se dispone de órgano.

Algunos pacientes cuyos riñones funcionan y no pueden, por alguna razón recibir trasplantes, se mantienen con vida años gracias a estas máquinas (Lockart, 1985). Sin embargo, el trasplante es el que ofrece los más altos niveles de calidad de vida (Christensen, Holman, 1989).

Hasta hace poco se consideraba que los donadores vivos no relacionados no tenían ventaja inmunitaria alguna sobre los donadores cadáver; además las dificultades psicológicas tanto en los donadores como en los receptores, junto con

las consideraciones éticas relacionadas con la extirpación de un órgano de un individuo sano para beneficiar a otro, cuando las probabilidades de éxito eran apenas moderadas, condujo a que esta fuente de donadores de riñones se empleara con menos frecuencia.

Sin embargo, el éxito de las transfusiones específicas de donador en el trasplante de individuos relacionados vivos, ha estimulado el estudio de su uso en el trasplante de donador no relacionado vivo con resultados alentadores.

El trasplante de donadores vivos tiene muchas ventajas, a demás de la mayor compatibilidad del injerto; los receptores permanecen un tiempo limitado en diálisis y algunos reciben el trasplante antes que se requiera, no obstante, el procedimiento tiene problemas, ya que se va a mutilar a una persona a la cual se le extirpará un órgano sano, y eso, aparte del riesgo trae repercusiones psicológicas para el donador, para el receptor y para toda la familia , incluyendo al médico ( Gordillo , Muñoz , Feiman , 1981).

## CAPÍTULO II ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA IRC

"No hay razón verdaderamente aceptable  
para seguir viviendo, excepto que nosotros  
lo querramos" .

Anery Weissma.

### IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA IRC

En el antiguo mito griego de Escila y Caribdis, los marinos se enfrentaron a un temible pasaje de la costa de Sicilia por el que forzosamente tenían que navegar. A un lado se encontraba Escila, monstruo de seis cabezas cuyos miembros inferiores eran serpientes y feroces perros, siempre amenazantes. Al otro, Caribdis, un terrible torbellino. Se presenta una situación análoga en las personas que padecen esta terrible enfermedad, se encuentran atrapadas en una muerte segura o a una vida que depende de la tecnología para mantenerse.

Este dilema se refleja en la literatura sobre la IRC y sus tratamientos, la diálisis, la hemodiálisis y el trasplante renal. A menudo se escuchan frases como "estar asustado de la vida y de la muerte" , "vivir tiempo prestado", "ser esclavo de una máquina" , "un muerto viviente" o "una piltrafa humana".

La IRC es un padecimiento presente durante toda la vida ya que es de larga duración, progresiva e irreversible. Cuando el paciente y su familia están sometidos a la enfermedad y tratamientos médicos se hace necesario que reorganicen sus actividades, proyectos y vida diaria en función de los mismos. Por lo tanto, surgen limitaciones y pérdidas que consumen gran parte de su energía.

Es posible observar que personas con un desarrollo normal de su personalidad, con el surgimiento de la enfermedad comienzan a limitar progresivamente sus actividades sociales, producto de la aparición de alteraciones orgánicas en su estado general (malestar físico), llevando a cada momento a reajustes en sus estilos de vida y discretas alteraciones patológicas en la personalidad, que lo hacen distanciarse del hombre "sano" (Zeigarnik, y Bratus, 1986; citado por Verdes, y Otero, 1990)

En la literatura revisada diversas investigaciones confirman que los padecimientos renales conllevan a cambios de la personalidad, a una restructuración del sistema de motivos, a una disminución de la intensidad de las actitudes hacia lo social, el trabajo, la sexualidad, hacia una restructuración de valores e intereses (Mulanchnonova, 1983; citado por Otero, y Verdes , 1990).

Los pacientes se encuentran en un estado depresivo, acompañado de angustia y en ocasiones, regresión de la personalidad (Pastrana, 1992), presentan ansiedad, agresividad e inseguridad (Streizer, 1984; Fried y Fried, 1981; Maher, 1983; Towne, Alexander, y Burns, 1980; Lanch y Valderraban, 1990), así como también tienen alteraciones en la esfera cognoscitiva debidas a una disminución de las posibilidades técnico operacionales, inercia en la actividad psíquica, dificultades con la memoria y la atención . Parece existir unanimidad en que la IRC origina pérdidas de tipo orgánico de la función intelectual, sobre todo en la capacidad de elaborar información (Suazo y Más, 1986.. citado por Verdes. y Otero, 1990).

Cabe destacar el aislamiento y el sentimiento de inferioridad que en el área afectiva y social sufren estos casos tal como se describe en casi todos los trabajos revisados.

Se menciona que la enfermedad causa un daño orgánico fantasmaticado psíquicamente y cargado de significados subjetivos y objetivos, tanto conscientes como inconscientes (curable, incurable, vergonzoso, desvalorizante, contagioso , mortal, etc.) en la persona que la padece, su familia , el equipo médico y asistencial.

En los niños por ejemplo, la problemática que les causa físicamente la enfermedad se ve reflejada en la detención de peso y estatura, retraso de maduración sexual, etc., en sus funciones y actividades propias de la niñez y adolescencia... Se nota una franca perturbación biográfica que afecta y fractura toda la vida de los pacientes, con la cual tendrán que aprender a convivir (y remendar dentro de lo posible) para poder rehabilitarse, tarea larga, dolorosa y difícil. ( Blum , y Gordillo, 1989).

La gravedad de la psicopatología correlaciona con la edad de los niños y el tiempo de permanencia en los procedimientos alternativos, ya que el daño orgánico y funcional de las técnicas intrusivas , así como las experiencias de dolor repetidas han "agujereado" real e imaginariamente los límites corporales y personales de los pacientes, produciendo alteraciones en el esquema e imagen corporales, es decir en las representaciones conscientes e inconscientes de sus cuerpos. Hay que recordar que la edad, la personalidad previa y el medio social (familiar-económico-cultural) son sobredeterminantes de la conflictiva psíquica desencadenada por la enfermedad (op.cit.).

Se ha visto que los pacientes mas afectados en términos de edad, son los mas pequeños (2-5 años) , puesto que los recursos psicológicos que poseen no son lo suficientemente maduros como para defenderse de la angustia y poder adaptarse a la situación de enfermedad.

Por lo anteriormente dicho se puede afirmar que en cuanto más pequeño sea el niño que padece la enfermedad, el daño psicosocial, al igual que el neurológico es potencialmente mayor.

Otro de los grupos afectados en cuanto a la edad se refiere son los adolescentes (12-16 años), ya que ésta es una etapa crítica , pués hay cambios, pérdidas y adquisiciones biopsicosociales que tienen que elaborar (nuevas potencialidades sexuales, modificación del cuerpo, búsqueda de identidad .etc.). En pacientes con IRC, por las expectativas y transformaciones que no llegan o que sólo se cumplen parcialmente, y por la percepción y valoración de esas faltas y de la enfermedad en su conjunto, son factores que han llevado al suicidio o a intentos suicidas (Sánchez, 1996).

Los jóvenes y adultos se destacan por la búsqueda de sí mismos en la vida adulta, es aquí en donde se plantean los principales objetivos futuros en cuanto a la vida profesional, laboral, de pareja o familiar, es un periodo de profundos cambios emocionales y constante búsqueda de compañía, una etapa que determina e influye en la realización personal de las aspiraciones y la necesidad de ser estimado en su medio , es primordial.

En este periodo por lo general, hay necesidades de recreación, necesidad de contacto social así como una tendencia hacia el autodesarrollo y la independencia; algunos autores afirman que la juventud es la edad nodal para el amor, comprendiendo por ello una combinación de factores fisiológicos, psicológicos y sociales. (Tolstij, 1989., citado por Verdes, y Otero, 1990).

Los autores antes mencionados refieren que en éste periodo de vida, la IRC ejerce una influencia muy desfavorable en la motivación de los jóvenes y en su actitud hacia la vida, creando serias dificultades para la realización de sus principales objetivos y de la autodeterminación .

No es raro encontrar casos en que el enfermo conscientemente desea curarse de la enfermedad, pero inconscientemente desea que se prolongue. Los motivos que retardan la recuperación pueden ser de diversa índole. Para algunos enfermos el padecimiento es un recurso para lograr atención, mientras que para otros es un medio para castigarse debido a sentimientos de culpa, o para escapar de responsabilidades, o bien, como una forma de tomar venganza o de protestar. (Blum y Gordillo, 1989).

Así pues, cuando una enfermedad física se acompaña de componentes emocionales que no se atienden, se tenderá a producir en muchos casos una convalecencia prolongada o se favorecerá una reacción de invalidez crónica. Cabe resaltar que cada individuo experimenta su enfermedad de acuerdo a su personalidad y a su propia historia de vida, en correspondencia con sus propios mecanismos de defensa ante el estrés.

Cualquier tratamiento sustitutivo de la función renal, implica un momento difícil para el paciente y para su familia, ya que su vida se tiene que reorganizar alrededor de los tratamientos, surgiendo una total dependencia hacia sus familiares, el personal médico y asistencial, así como de un ambiente hospitalario, ocasionándose de esta manera, angustia, tensión y depresión en el paciente. A continuación se mencionarán las implicaciones psicológicas que se han reportado en la literatura de los diferentes tratamientos a los que se ven sometidos los pacientes con insuficiencia renal crónica :

**Tratamiento dialítico:** La DPCA, es menos impactante para los niños que el tratamiento de hemodiálisis. Al principio les da vergüenza y evitan en lo posible que los vean, a cierta edad ellos tienen que hacerse cargo de sus recambios y aprender la técnica se convierte en un reto para ellos y sus familiares. La no aceptación de este tratamiento puede conllevar a descuidos en la técnica, implicando con esto infecciones. Cuando llegan a adaptarse, pueden percibir su catéter y la bolsa del líquido como parte de su cuerpo.

Los pacientes en DPCA, suelen ser tratados por el personal médico y asistencial como personas autónomas, que cuidan de sí mismas y en este sentido "menos enfermas", lo cual contribuye a paliar los efectos que pueden tener sobre la autoestima, la pérdida de relaciones sociales, la disminución del estatus ocupacional, la imposibilidad de realizar algunos proyectos, etc.

**Tratamiento hemodialítico:** En su primer acercamiento con la máquina de hemodiálisis, los niños la describen como impresionante, se sienten invadidos por una variedad de estímulos que no pueden controlar ni procesar psíquicamente; frecuentemente se quejan de dolor y miedo que posteriormente se convierte en sufrimiento, desamparo y agotamiento, también manifiestan gran ansiedad por el cuidado de su fístula arteriovenosa; para el niño representa una modificación en su esquema corporal y un símbolo visible de lo precario de su existencia (Blum, y cols., 1984).

Por la dependencia hacia la máquina se generan fantasías omnipotentes, persecutorias e idealizadas. Estos tipos de conflictos subjetivos son más intensos en los primeros meses de tratamiento y pueden considerarse como manifestaciones del proceso de adaptación (op.cit.)

**Trasplante y donador:** El saber que un órgano trasplantado llega de otra parte siempre trae serias complicaciones; conduce típicamente a pensamientos de haber robado una parte vital, de tal manera que para recibir el trasplante alguien tendría que morir, lo cual, en el lenguaje del inconsciente, significa que alguien tendría que ser asesinado (Castelnuovo-Tedesco, 1981). Muchos pacientes prefieren un riñón de cadáver y no de donador relacionado, ya que esto elimina en algunos casos, las ideas de endeudamiento (op.cit.). Como resultado del impacto emocional del trasplante emergen una variedad de reacciones psicológicas .

Cuando el riñón es de un familiar inmediato (padres, hermanos), existe una estrecha relación entre el donador y el receptor. En el caso del donador cadáver, no existe relación previa (Basch, 1973). Cada paciente tiene una respuesta única a la persona (pariente o cadáver) que le ha dado un riñón para preservar o darle vida. La noción de un obsequio de un órgano real del cuerpo del donador a su cuerpo libera los deseos guardados y las interacciones reflexivas de las relaciones a situaciones anteriores.

La mezcla de exaltación y júbilo combinado (o en pausas) recolocadas por el interés en la salud del donador, es un encuentro común, como es la negación de algo especial, que se les ha dado por el familiar o cadáver; sin embargo la mezcla es única para cada caso en la influencia del estado psicológico post-trasplante.

Si los donadores son los padres, conflictos de dependencia presentes y pasados interfieren en la integración del órgano trasplantado. Esto se acentúa cuando los receptores son más jóvenes, ya que se suman conflictos propios del desarrollo normal que incluyen cambios en la imagen corporal e identificaciones; pueden desarrollarse complicaciones emocionales con los donadores hermano-hermana. Otros conflictos relacionados con los donadores hermanos, se presenta en relaciones transexuales; es decir, cuando se recibe un riñón del sexo contrario o cuando el donador cadáver es del sexo contrario (Basch, Brown, Cantor, 1981; Castelnuevo-Tedesco.,1973)

En los donadores cadáveres, la calidad inerte del cadáver, ofrece oportunidad al receptor de fantasear acerca del donador o de transferir actitudes y sentimientos preconcebidos en el cadáver o su órgano. Las asociaciones del receptor al estado sin vida del donador puede afectar la integración del nuevo órgano (op.cit).

En algunos niños se presenta excesiva preocupación por la influencia del riñón trasplantado, especialmente, en aquellos que saben que han recibido un riñón de un donador no relacionado recientemente muerto. Las pacientes mujeres resienten la idea de tener un riñón de hombre dentro de ellas, las adolescentes resisten la idea de un riñón anulado (imposibilitado, jubilado) por miedo de que su riñón envejecerá antes que ellas (Korsch, Fine, Grushkin, Negrete, 1971). Después del traspalante prevalecen intensas fantasías sobre la muerte y el morir (Mushin, 1971; Castelnuevo-Tedesco,1973,1981; Basch, Brown, Cantor, 1981.).

Normalmente el trasplante se asocia con la ilusión de que la vida se ha extendido más allá del lapso de vida asignado; se ha asociado con el "Fenómeno de volver a nacer", también referida como la "oportunidad del segundo fenómeno" (Castelnuevo-Tedesco.,1973).

## TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En cuanto a la intervención psicológica de estos pacientes, se han propuesto varias alternativas de tratamientos para que, en la medida de lo posible tengan una rehabilitación física, psicológica, emocional, social, laboral y familiar.

Rodríguez, (1985) ha planteado una reestructuración particular del sistema de motivos, producto de las limitaciones en sus actividades fundamentales, así como una estructuración de las actitudes con el fin de que el paciente supere el aislamiento y el sentimiento de inferioridad que en el área afectiva y social sufren éstos pacientes.

Blum y Gordillo (1989) han propuesto un modelo pluridimensional como alternativa de rehabilitación psicosocial en pacientes con esta enfermedad; éste modelo incluye intervenciones psicológicas independientes y simultáneas en grupos (psicoterapia de grupo, individual y familiar), ergoterapia y actividades recreativas ocupacionales con los pacientes; grupos de orientación, entrevistas diagnósticas y/o terapéuticas con los familiares y sesiones Balint con el equipo asistencial y profesional

Incluso se han llevado a cabo campamentos de verano realizando diversas actividades para los niños con tratamientos sustitutivos de la función renal como la DPCA y el trasplante renal, mejorando su autoestima, estado emocional, adaptándose mejor al tratamiento y a su medio ambiente, promoviendo su independencia y responsabilidad (Bradley, et. al., 1992).

Considerando la problemática psicosocial de trasplante de órganos, se ha sugerido que la atención psicológica debe desarrollarse en 5 etapas o momentos fundamentales (Hernández, y cols., 1987):

- 1 Estudio psicológico del paciente (estudio psicodiagnóstico)
- 2 Preparación psicológica del paciente al que se someterá al trasplante
- 3 Atención a los familiares en el pretrasplante y postoperatorio.
- 4 Apoyo emocional y psicoterapia al paciente trasplantado en el postoperatorio inmediato.
- 5 Psicocorrección de la personalidad del paciente trasplantado con rehabilitación para su reinserción a su medio sociolaboral habitual

Hay otros autores que sugieren tres áreas de atención en ésta misma línea (Otero y Verdes, 1990):

- 1 El tratamiento al propio paciente

## 2 Trabajo con los familiares

### 3 Trabajo con el personal que los atiende.

La preparación psicoprofiláctica de los pacientes les permite adquirir cierto grado de control sobre los procedimientos de la sustitución de la función renal, verbalizando sus miedos y fantasías, disminuyendo con esto su angustia y reorganizando mejor su vida cotidiana.

Teniendo en cuenta los conflictos psicológicos e interpersonales que se generan en quien padece la enfermedad, así como también en la familia y en muchos casos en el personal médico y asistencial, se puede determinar el curso de la enfermedad y los alcances de la rehabilitación (Blum-Gordillo y Gordillo; 1989).

### CAPÍTULO III

## SIGNIFICADO PSICOLÓGICO

"Me gusta vivir en un universo que encierra aún mucho de lo desconocido y que, al mismo tiempo es susceptible de llegar a ser interpretado".

Carl Sagan.

### NOCIÓN DE SIGNIFICADO

Para comprender el significado, no hay que definirlo, ni tampoco especificar qué no es el significado: No es lo que está detrás de las palabras, por ejemplo, no es lo que dice el diccionario de ellas, no son las cosas a las que se refieren: no son los objetos, porque en esta aproximación no existen objetos, sino que existen significados: no existen las cosas, sino aquello a lo que nos hemos puesto de acuerdo que va a significar una cosa. Se tiene entonces que el significado no es la realidad, sino al revés: la realidad es el significado. Así que la realidad física es aquello que los físicos han determinado que va a valer como realidad para efectos de su ciencia, aunque les quedó tan bien el protocolo que todo el mundo lo tomó como válido y se volvió un asunto de sentido común.

Todo argumento del significado se puede resumir en la siguiente frase: "La realidad es su significado, y el significado es el lenguaje". En otras palabras, los significados se van construyendo en la comunicación; es, en efecto, en el tren de la conversación (Shotter, 1993), la escritura, la lectura, el discurso (Gergen, 1994), la argumentación (Billing, 1987), las narraciones (Bruner, 1990), las historias, los relatos, el lenguaje no verbal en donde se arman y donde radican los significados de lo que son las cosas, los conceptos, los valores, los sentimientos, las intenciones, la identidad, la ciencia, y en general, la vida. Tales objetos no existen fuera del discurso, sino que siempre tienen que irse actualizando en él, adquiriendo ahí significado y por ende adquiriendo realidad.

Así por ejemplo típicamente, el amor, irremediamente, no es otra cosa que una narración, ya sea el amor particular de alguien que para que valga como tal, tiene que contar una historietita de amor, o el amor universal y abstracto que solamente existe porque su significado no ha parado de relatarse en novelas (Gergen, 1991), telenovelas, chismes y poesías, siempre de cierta manera para que no se confunda con otra sensación como podría ser el aumento de la presión sanguínea, así que, entonces, su definición es: el amor es una historia de amor. Lo mismo se puede decir para cualquier objeto, la libertad, el perfume, o la velocidad, o para la ciencia en cuestión. De acuerdo con lo anterior la definición de la psicología sería: la psicología es la historia de la psicología.

De lo anterior se pueden extraer ciertas cualidades del Significado:

- a) Es un significado lingüístico.
- b) Todo significado es una construcción, es decir, que se va armando a medida que transcurre el discurso y la historia de la cultura: por ejemplo, la noción de democracia al principio descarta a esclavos, mujeres y niños; quince siglos después sólo descarta a mujeres y niños; cinco siglos mas tarde ya solo a los niños. Se ve que todo significado es una construcción a partir de múltiples elementos que se agregan y se desagregan, que se ponen y se quitan, de la misma manera que se construye y se remodela un edificio, tal y como se habla de construcciones teóricas, o de la construcción social de la realidad.
- c) Todo significado es relativo: solamente significa algo en relación con algo más; la obscuridad únicamente tiene significado si existe la claridad, no hay sabiduría sin ignorancia ni riqueza sin pobreza.
- d) Todo significado es relacional, o interactivo, o intersubjetivo, o social, es decir, que se construye mediante el intercambio simbólico o el diálogo entre un número de participantes. La realidad se va platicando.
- e) Por lo tanto, todo significado es público: no existen significados privados.
- f) Los significados están mediados por símbolos, es decir, que el lenguaje es un sistema de símbolos que se utiliza para construir significados: los símbolos en principio están vacíos, como tales no son el significado: la palabra "cronopio" solo empieza a significar algo en el momento en que se sube al tren de la conversación: desde abajo, o desde antes de Cortázar, no quiere decir nada.
- g) El conjunto de significados construidos en un momento dado son el objeto de ese discurso, o el objeto de los participantes de la interacción; en suma, hay sujetos y hay objetos. Por eso puede decirse " el objeto de esta conversación "
- h) Un significado , por ser relacional, debe distinguirse de otro significado, el rencor debe distinguirse del cariño, pero también del odio, la indiferencia, la náusea, la antipatía y de tantas otras cosas que por eso hay que irlo afiné y afiné en narraciones y narraciones: los significados son distintos, no se confunden, porque cuando se confunden, hay que volver a aclararlos, cosa que por lo demás es de lo más entretenida.

Finalmente los significados son extensos, en el mismo sentido en que un desierto es extenso, ocupa un lugar y toma tiempo recorrerlo: narrar algo, es decir, construir un significado, puede requerir muchas palabras y un largo rato, y si se

escribe, se lleva varias páginas, como puede observarse en este mismo relato que ya lleva ??? caracteres tratando de exponer el significado del significado.

Por ejemplo, la identidad personal o del Yo, que según las personas es una de las realidades más seguras, firmes, íntimas, al grado de que se puede dudar de la existencia real de todo menos del Yo, y sin embargo, la propia identidad resulta ser un cuento que al menor pretexto, especialmente cuando se detecta alguna anomalía, como cuando uno hace algo que parece que no encaja, que es incoherente con el resto de nuestra historia, entonces se da rienda suelta a la narración de sí mismo de manera que pueda aparecer la propia vida como una historia consistente y congruente, independientemente de que los datos tengan algo que ver con los hechos empíricos: la gente suele hablar tanto de sí mismo que incluso hay profesionales llamados psicoanalistas y psicoterapeutas, porque es justamente esta narración la que sostiene la identidad de Yo, ya sea como padre responsable, mujer feliz, intelectual o lo que sea. La construcción discursiva del Yo da cuenta de que, a fin de cuentas, ni la interioridad y ni siquiera uno mismo existe como no sea en la conversación; es a través de este discurso que nos conformamos como sujetos, nos podemos re-significar en nuestra propia historia, teniendo de esta manera un significado diferente de lo que habíamos significado... somos pura literatura... somos la palabrería andante; en resumen, tenemos entonces que el significado es el proceso de subjetivación.

## PROPIEDADES DEL SIGNIFICADO

En la actualidad, muy cerca de comenzar un nuevo milenio, la psicología vuelve a ser merodeada por un viejo fantasma: la mente.

A diferencia de los enfoques tradicionales de la mente propios de una psicología decimonónica e incipiente que insistía en la idea de una mente subjetiva e individual, en la actualidad la temática mental ha sido ligada al tema del significado y el énfasis ha sido propuesto en la intersubjetividad o la regulación sociocultural de ambos (Bruner, 1990; Harré y Guillet, 1995).

Con frecuencia se piensa que el significado es algo que se debe descubrir, que es una propiedad inherente a los objetos y que la labor consiste en develar dicho significado. Esta consideración, cosifica el significado y prácticamente le confiere a éste carácter natural. La cuestión del significado no radica en buscarlo como un rasgo inmanente de las cosas, sino en reconocer que éste es creado. La naturaleza no genera significado alguno, las sociedades sí.

El significado de un símbolo, es decir, el comprender su connotación, es una tarea que recae en el propio intérprete. Para enmarcar la naturaleza del significado, Medina Liberty (1998) propone cuatro propiedades o cualidades de análisis:

1 Temática: Se refiere al tema de significación, cabe comentar de entrada, que el significado no emerge de la simple asociación de un signo como un referente.

Sería sumamente difícil encontrar un signo cuyo significado proviniera exclusivamente de un referente unívoco. En realidad, los signos siempre están ineludiblemente integrados dentro de una organización o sistema semiótico; incluso una simple palabra evoca, al menos, un enunciado. Aunque el diccionario se empeñe en lo contrario, las palabras aisladas rara vez connotan un significado ya que los usuarios del lenguaje- o de cualquier sistema simbólico- siempre emplean las palabras como elementos de ideas o enunciados, es decir, como parte de una temática.

De hecho, la temática se regula o negocia cuando se realiza. Si el significado no se manifestara de esta manera dinámica, el acto hermenéutico sería sencillo: bastaría con acudir al diccionario para apropiarnos del significado de las palabras y acaso, sería menester elaborar un diccionario equivalente de los signos no verbales. La temática, en suma, es el contenido del significado de las palabras y con ello aludimos a un proceso, a un acto de significación que otorga a los signos significativos múltiples

2 Convencionalidad: Se refiere a un relativo acuerdo de estabilidad del significado, si el significado de los signos fuera asunto de gusto personal y enteramente mutable, la comunicación sería prácticamente imposible. Sin duda, cada intercambio comunicativo (incluso entre personas que "se conocen a fondo"), implica una regulación de sentidos ya que nadie posee identidades enteramente iguales o isomórficas y las diferencias (gruesas o ligeras) individuales, por tanto, generan apreciaciones de sentido igualmente diferentes. El significado de un signo o signos es enteramente convencional y general y, en tanto implícito, es una propiedad virtual; sobre esta base las personas se involucran en intercambios concretos que exigen una negociación de aquéllos. Los sistemas simbólicos que emplean los miembros de una colectividad, son recursos virtuales (bancos de significación general, relativamente constante y, sobre todo convencional) de los que se hecha mano con fines comunicativos, pero su puesta en juego en un intercambio concreto y actual, los modifica según las necesidades específicas.

3 Pertinencia: Hacer alusión a un significado particular no se puede (ni se debe) comprender de acuerdo a un parámetro de verdad-falsedad o de objetividad-subjetividad, sino respecto a una regulación implícita de lo que un signo o signos significan. En otras palabras, la pertinencia establece lo que es apropiado o no, correcto o incorrecto. El significado, entonces, de un enunciado, un gesto, un sonido, una acción o de un signo cualquiera, no se juzga con base en su certeza o falsedad sino de acuerdo a un criterio de pertinencia que, a su vez, se establece tácitamente entre los miembros de una colectividad; es decir, no existe un parámetro fijo y rígido de pertinencia, la corrección o incorrección de ésta es, como se mencionó en el segundo punto, materia enteramente convencional y, por tanto, flexible y modificable.

4 Circunstancia: El significado de cualquier cosa , evento o acción nunca se manifiesta en el vacío sino en un entorno concreto. Cuando dos o más personas conversan, por ejemplo, lo hacen formando parte de un ambiente específico , por ejemplo una cafetería, una casa, un pasillo, etc. Sin embargo, no todo lo que en concreto rodea a los hablantes es pertinente al desarrollo o contenido de la plática, sólo aquellos elementos del ambiente que efectivamente son incorporados a la interacción en curso son parte de la circunstancia, como lo podrían ser el pizarrón o un pupitre en un aula. Aún más, los propios hablantes proporcionan elementos que aclaran o modifican el significado de lo que dicen mediante gestos, cambios faciales, entonación, volumen, etc. Todo esto también forma parte de la circunstancia de significado porque lo afectan. Para decirlo en forma breve, el significado es inseparable de una circunstancia de significación en donde éste se realiza.

La idea de que la mente humana se cifra con signos , sedujo por igual a Peirce, Bajtin y Vygotsky (op. cit.) quienes, de manera independiente pero extraordinariamente convergente, forjaron un marco semiótico para el estudio del pensamiento. La materialidad de la conciencia , de acuerdo con estos autores, es simbólica; su realidad es la realidad del signo.

El acto de pensar, es un acto simbólico, se realiza mediante el empleo de signos; el signo permite la realización del pensamiento y sin éste no hay pensamiento alguno. Ahora bien, si la naturaleza del pensamiento es la naturaleza del signo y el significado del signo, como se ha visto, es un proceso de elaboración semiótica compleja (conjunción de temática, convencionalidad, pertinencia y circunstancia), el pensamiento entonces, también es un proceso elaborado semióticamente. El pensamiento no surge, ni es adquirido, ni se desarrolla al margen de un proceso de elaboración semiótica, es decir, de significación, el pensamiento también es parte (y momento) de la circunstancia.

El bebé recién nacido carece de material signico (ni lenguaje, ni números, ni sistema simbólico alguno), pero los padres y en general las personas que rodean al bebé, ya le han prestado "su" circunstancia (vestimenta, recámara, alimentación, roles , etc. ) y , desde el nacimiento, todos se esfuerzan por incorporarlo a ella. En el bebé, la ausencia de significados específicos es patente, pero todos, particularmente los padres, lo piensan , lo tratan y lo interpretan como si éste estuviera incorporado a su circunstancia y la entendiera; y cuando se sospecha que el bebé no entiende algún rasgo de su entorno, inmediatamente alguien tratará de descifrarle el sentido de éste.

Gradualmente el bebé o el niño irá haciendo suyo (se irá apropiando) de ese mundo simbólico que le preexiste (Medina , 1997). En la medida en que se apropia de los recursos semióticos disponibles (los gestos, el lenguaje, comportamientos, las imágenes, expectativas, ideologías, formas de vestir, etc.) su "mente" adquiere presencia, se desarrolla y complejiza. La mente no preexiste

a la circunstancia, sino nace y crece con ella. La mente se realiza con los recursos signícos, sin ellos no se manifiesta; digámoslo así: la mente no es una cosa, substancia, una central de procesamiento o una estructura interna, es una actividad. Toda actividad mental está mediatizada por signos: cuando los autodirigimos, se reconoce la actividad como "reflexión" o "pensamiento"; cuando se orientan hacia los otros, se denomina al acto "comunicación". Es la circunstancia la que indica cuando actuar de una u de otra manera.

Entonces como se ha venido planteando, la mente también es una circunstancia; las personas poseen, digámoslo así, una circunstancia mental o virtual. Todos los recursos semióticos de los que nos vamos apropiando durante la vida, configuran nuestra propia narración, un relato personal que organiza todas nuestras formas de sentir, apetencias, recuerdos, dolores y, en fin, todas nuestras experiencias en un todo inteligible. Naturalmente, no se trata de una narración finita y estable. al igual que un texto literario, modificamos y resignificamos nuestro relato con cada lectura y cada vez que lo compartimos con alguien más. Nuestra mente es nuestra circunstancia.

Desde el nacimiento hasta la muerte, el humano está incorporado permanentemente a una circunstancia y él mismo es una circunstancia; esto es inevitable, el mundo entero (o la sociedad en que vivimos) es una microcircunstancia plena de significados múltiples y cambiantes.

El lenguaje es exclusivamente de la especie humana; es un medio por el cual podemos expresar ideas, pensamientos, emociones y deseos.

## SIGNIFICADO PSICOLÓGICO Y SU MEDICIÓN

El significado psicológico, así como las emociones conforman una unidad básica de la organización cognoscitiva, compuesta de elementos afectivos (positivos y negativos; Diener, 1994; Ortony, 1998) y de conocimiento que conforman un código subjetivo de reacción que pone de manifiesto la imagen del universo y la cultura subjetiva de una persona (Szalay y Bela, 1996)

Para Figueroa y cols (1981), el significado psicológico es un proceso dinámico cuya estructura semántica adquiere un carácter particular dependiendo del contexto sociocultural, y desarrolla nuevas relaciones según aumenta el conocimiento general del individuo.

El significado psicológico es algo que se constituye en forma convencional, casi siempre por un consenso grupal o social, se tiene entonces que el significado psicológico está determinado en primer lugar por la experiencia adquirida por el sujeto a través de su historia personal, en las relaciones que establece con otros y por una serie de elementos que conforman su entorno cultural.

Como se puede ver cada grupo de personas inmersas en distintos contextos culturales tiene formas muy particulares y específicas de percibir, de aprender, de vivir, de pensar, de actuar y de significar (Díaz y Salas, 1975; Cole y Scribner, 1977). Con lo anterior podemos pensar que también cada grupo de pacientes crónicos tendrá su forma específica de significar y de vivir su enfermedad.

El estudio de los significados de los conceptos y las palabras como medio de aproximación a los conocimientos y las actitudes de las personas es un campo relativamente nuevo y poco explorado.

El principal obstáculo al que se han enfrentado los estudiosos del significado como fenómeno psicológico, ha sido la cuestión metodológica (Szalay y Bryson, 1974) . Los métodos mas frecuentemente utilizados para medir el significado psicológico han sido las redes semánticas, el diferencial semántico (García, 1993) y mas recientemente el análisis asociativo de grupos (Díaz y Salay, 1993), método que posibilita un análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos; tiene su base en la técnica de asociación libre, permitiendo conocer el modo de pensar y de sentir de los individuos (Díaz y Salas, 1975) .

## CAPÍTULO IV

### BIENESTAR SUBJETIVO

#### SUBJETIVIDAD

La subjetividad es un tema del cual se ha hablado mucho desde Descartes, y a pesar de las dificultades, los discursos acerca de la subjetividad proliferan, provenientes no solo de la filosofía, si no de diversas disciplinas como el psicoanálisis, cuyos aportes han sido fundamentales para teorizar acerca del sujeto y la subjetividad.

En realidad lo que ha sido particularmente problemático es el abordaje de la subjetividad en el campo del conocimiento científico en este siglo; ya que se le descalifica en la medida en que se considera una categoría metafísica, incompatible con las aspiraciones del cientificismo "duro".

No obstante, en los últimos años empieza a perfilarse un escenario distinto en lo concerniente en las ciencias sociales; de alguna manera se ha vuelto impostergable el abordar la temática de la subjetividad correlativamente con la necesidad de modificar las concepciones tradicionales de ciencia y de desarrollar aproximaciones metodológicas menos ortodoxas, tal es el caso del AAG, el cual es un método utilizado en la psicología social, tiene su base en la técnica de asociación libre, permitiendo conocer la subjetividad de las personas a través de los significados psicológicos de diferentes temas en estudio de un grupo en particular.

La subjetividad es constituida socialmente, responde a una manera de leer la realidad y de construir la realidad humana, dentro de una determinada cultura que de esta manera la procrea y continúa (Jaidar, 1998). El conocimiento como cualquier otro hecho humano, contribuye a la cultura y se desarrolla en condiciones sociales, culturales, económicas e históricas propias de cada momento, que influyen de manera determinante en la mirada y recorte que se hace de la realidad para explicarla.

La subjetividad es un despliegue de infinitas relaciones sujeto-objeto, en las que el objeto significa "la realidad", "la otredad", "lo colectivo", "lo social" y el sujeto mismo (en la dialéctica sujeto-objeto). De ahí que en lo que se refiere al abordaje metodológico, la construcción de un objeto teórico como la subjetividad significa una reproducción discursiva y conceptual de este orden simbólico de la realidad.

La noción de subjetividad apunta a un principio integrador de conocimiento, aparece así, subjetividad como un proceso integrador del sujeto y sus infinitos

nexos con el objeto, el sujeto es el adentro y el afuera, el Yo y el otro, el Yo y la historia, el presente y el pasado; es singular y plural; es universal e individual.

A la vez que la subjetividad constituye nuestro yo más singular, constituye las redes simbólicas que nos ponen en comunicación y nos integran a lo social, a lo otro.

El lenguaje con su naturaleza esencialmente social y cultural, es la vía privilegiada y más estructurada para leer el mundo de significaciones de los procesos subjetivos.

Cada subjetividad ha de construirse desde el otro. No solo por la prolongada dependencia de la especie respecto de aquellos cuidados primarios imprescindibles para la supervivencia si no, fundamentalmente porque lo propiamente humano se inscribe a partir de una forma específica de relación.

Subjetividad es alteridad y pluralidad, el producto específico de múltiples modos de subjetivación y procesos dialógicos, el "espacio" de construcción de cada sujeto. Así, los modos y contenidos en cada proceso de subjetivación, generan subjetividades distintas. Como producto sobredeterminado por múltiples factores, la subjetividad se construye a partir de códigos simbólicos que nos construyen y nos permiten construir "la realidad".

Las subjetividades colectivas, que como espacios de enunciación polisémica brindan la cultura a cada que nace y lo enmarcan en totalidades, lo dotan de una forma de leer la realidad, de aprehenderla desde sus propios registros, de transformarla a partir del conocimiento, y producen imaginarios, generan consensos, sostienen y reproducen mitos, tradiciones, costumbres, y comportamientos, significan la pertenencia a una raza, nacionalidad, clase y religión, soportan y validan órdenes del saber.

Las familias, en tanto, que ámbito de vínculos primarios privilegiados y matiz productora de tramas de significaciones, reproducen sistemas éticos e instauran identidades y valores de género. Las instancias fundantes del psiquismo gestan representaciones, encauzan la pulsión, erogenizan el cuerpo, dirigen el deseo, normativizan la sexualidad, configuran las identificaciones, instauran la diferencia.

La subjetividad no es algo preexistente, si no que se hace en el acto discursivo, en una narración de sí mismo, del otro y del mundo, de su pasado, presente y futuro en el aquí y ahora de la palabra, en las narrativas de los otros. El sujeto es momento, un corte elegido en una coordenada espacio temporal. El sujeto de la subjetividad es materia y signo. Si bien la existencia material del sujeto se sitúa en la irreversibilidad, el tiempo de la subjetividad es el tiempo narrado, es significación reversible, es decir, Resignificado.

El lugar que se otorga al lenguaje como fundante de la subjetividad y el análisis del discurso como narrativa nos introduce en la escucha de los fenómenos subjetivos. Por ello dentro de las metodologías, la entrevista en sus distintas modalidades, grupales, individuales, familiares, etc., ocupan un lugar privilegiado para el estudio de la subjetividad.

Indudablemente la subjetividad tiene que ver con el sujeto, con sus facultades y sentimientos, angustia, dolor, miedo, pero también tiene que ver con la parte social, esta subjetividad social se produce en el intercambio con los otros, a partir de factores singulares y sociales mutuamente constituyentes que dibujan un panorama complejo, pero distinto al del individuo aislado.

## REFLEXIÓN: SUBJETIVIDAD VS OBJETIVIDAD

A lo "subjetivo" suele atribuírsele un menor rango que a "lo objetivo"; esta distinción forma parte de las dicotomías valorativas producidas por el pensamiento lineal y la lógica de la exclusión a partir de los cuales se construye la realidad en términos de pares opuestos, incompatibles y mutuamente excluyentes, y en los que la carga ideológica se soslaya convirtiéndolas en valores absolutos. En el mundo occidental en el que impera este patrón de pensamiento, suele considerarse como "natural" que alguien sea "bueno o malo", "falso o verdadero", "racional o irracional", "femenino o masculino", "objetivo o subjetivo".... pero no ambos.

Desde la lógica disyuntiva quedan planteadas polaridades que connotan valores (en sentido axiológico), a partir de los cual el par subjetivo-objetivo, envía "lo subjetivo" al plano emocional, femenino, espiritual, interno, equivoco e irracional y aun a lo psicológico; mientras que "lo objetivo" se relaciona con lo verdadero, material, externo, masculino, racional, valido...científico.

La forma como se piensa en la subjetividad, en tanto calidad de lo "subjetivo" así definido, responde a una demarcación y adjetivación de la diferencia respecto a los "objetivo", asignando a lo subjetivo un sentido descalificador y aun peyorativo (Vargas, 1998).

La objetividad es una propiedad real de la física; será para no complicarse la existencia aquello que aparezca registrado en los aparatos de medición, como la medición objetiva de la Torre Eiffel, o la medición objetiva de la inteligencia o de las actitudes , etc.

La subjetividad no es un concepto que pueda ser definido independientemente del campo donde se presenta; es un proceso marcado por una singularidad histórica, irrepetible, que se pone en evidencia en las diversas prácticas y por consiguiente rige, también, la aproximación del investigador (Fernández, 1998). La subjetividad,

o mejor dicho, las diversas subjetividades no se pueden oponer a lo objetivo. Están presentes en toda acción donde interviene lo humano y por ello, genera efectos, crean materialidades, participan creando significaciones que transforman la realidad.

La pretendida neutralidad científica impide a veces que el investigador asuma un verdadero compromiso son los hallazgos que el campo muestra. Se pretende ofrecer validez y confiabilidad a los descubrimientos, excluyendo a los sujetos de la experiencia sin comprender cómo éstos generan nuevos significados y construyen una realidad que los involucra y de la cual no pueden evadirse ; de esta manera, parece ser que todos los que escriben artículos científicos en revistas de psicología fingen que el escritor es una especie de aparato de medición, y por eso en vez de decir "yo vi tal cosa", dicen "se observó el fenómeno", como si ellos no hubieran sido, como si ellos no hubieran buscado nada, solo registrarlo, como si no tuvieran intenciones ni sentimientos ni ganas de publicar, como si ellos fueran un aparato neutral de registrar objetos.

De esta manera es el propio investigador quien se posiciona en el lugar de objeto: ! habrá alguna forma de pasar objeto a devenir sujeto en la investigación?. Probablemente parte de la respuesta es apropiarnos de **NUESTRA** palabra hablando en primera persona, apropiarnos de nuestras observaciones, de asumir nuestra responsabilidad en tanto observadores.

Como vemos, la objetividad es una conquista retórica; el logro de la "objetividad" es textual, la objetividad y la banalidad van unidas (Gergen, 1994).

Muchas veces, la psicología en sus prácticas, ha dejado del lado al sujeto, considerado como individuo (ente biológico), evitando así el reto del investigador de involucrarse con su sufrimiento, con su trayectoria y con la realidad que los convoca a ambos en su búsqueda de sentido y transformación. Pues bien, es evidente que si queremos pensar la subjetividad se requiere un pasaje del término individuo, categoría más del orden biológico (individuo-especie) a la noción de sujeto. Esto da cuenta del reemplazo de la lógica del desarrollo natural por el orden simbólico, es decir, se es sujeto al ser inscrito y ocupar un lugar en el espacio simbólico. Estamos hablando entonces de lenguaje, en su doble acepción de la lengua (la institución por excelencia, colectiva y tradicional por definición) y de palabra, de discurso, que le sirve al sujeto para enunciarse como tal.

## BIENESTAR SUBJETIVO

El filósofo inglés Sir Francis Bacon (1561-1626), menciona que el fin del verdadero conocimiento no es la contemplación de la naturaleza, sino su conquista y transformación para dar al hombre mejores condiciones de vida, es decir, "El progreso de la mente y del hombre, y el progreso de su condición material son una cosa única e idéntica" ( Enciclopedia Salvat. 1966). En la década de los 40's se publicaron varios artículos que señalaban el giro que se estaba dando en la conceptualización de la salud y de la evaluación de los cuidados médicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), introdujo la nueva definición de la salud (1947): "La salud no es solamente ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, mental y social del individuo" (WHO, 1947) . Hoy en día, la ciencia médica no cuenta con tratamientos curativos para las enfermedades crónicas como lo son el cáncer, cardiopatías, insuficiencia renal crónica (IRC), entre otras, las cuales afectan diferentes funciones corporales, provocando múltiples trastornos físicos y emotivos , que interfieren en un grado mayor o menor en el bienestar físico, mental, social y familiar. (Parfrey , Vavasour, Bullock, Henry, Harnett , Gault ; 1989). Así surge la necesidad de estudiar el impacto de los cuidados médicos y de la misma enfermedad en el funcionamiento físico, emocional, familiar y social de los pacientes.

El Bienestar Subjetivo se ha convertido en un tema de investigación que ha recibido atención tanto desde la perspectiva teórica como de aspectos sociales y privados de la vida , por lo que ha atraído la atención de diversas áreas de la psicología, como la psicología clínica, la social, la industrial, la transcultural y de la personalidad entre otras (Strack, Argyle, Schwartz, 1991) .

El antecedente más antiguo de Bienestar Subjetivo es la felicidad. Los filósofos a lo largo de la historia de la humanidad, la han considerado como el más preciado de los bienes y la motivación última de toda acción humana (Diener, 1984).

La felicidad es uno de los constructos mas antiguos: desde los tiempos de la antigua Grecia , la felicidad o eudaemonia ha atraído, persistentemente, la atención de los filósofos, pensadores religiosos y de todas las personas en general.

La felicidad de la especie humana ha sido siempre el centro de atención de las humanidades. El término felicidad tiene diferentes significacos. Científicamente en la actualidad se refiere a los diversos estados de ser que son considerados, por lo individuos, como "buenos", diferentes estados mentales agradables o una actitud hacia la propia vida. La felicidad es la evaluación global y positiva de una persona acerca de su propia vida en un momento determinado. Es esencialmente un fenómeno experiencial , el cual no puede ser identificado a través de condiciones

externas o particulares formas de vida. Los juicios globales acerca de la vida generan valoraciones más específicas; dos de éstas parecen tener especial relevancia, la primera es el "nivel hedónico de afecto", es decir, el grado en el cual una experiencia afectiva es percibida como agradable durante un determinado lapso; la segunda es el grado en el cual un individuo percibe que sus metas han sido logradas. Se tiene entonces, que éstas valoraciones forman los componentes afectivo y cognoscitivo de la felicidad.

La felicidad no es necesariamente estable, debido a que las personas pueden cambiar sus actitudes hacia la vida, los juicios sobre la felicidad no son siempre definitivos, ni tampoco las apreciaciones personales de la vida son siempre coincidentes con los estándares éticos. Como se ve, la felicidad así considerada difiere de los términos como calidad de vida, moral, salud mental y ajuste.

Se han utilizado seis enfoques teóricos para definir las propiedades generales de Bienestar Subjetivo y la relación entre el Bienestar Subjetivo y sus correlatos. los cuales representan la metateoría subyacente de Bienestar Subjetivo que proveen las bases para diferenciar entre las formulaciones específicas, teorías y modelos. Estos enfoques son: Enfoque sumativo ponderado, Enfoque multiplicativo, Personalidad, Télico, Juicios por comparación y Teorías de la Actividad (Diener, 1984; Headey, 1981; Veenhoven, 1991 y Brief, Brutcher, George y Link, 1993).

## ENFOQUES TEÓRICOS

### ENFOQUE SUMATIVO PONDERADO

Algunos filósofos han sostenido que la felicidad es simplemente la suma de muchos pequeños placeres; de acuerdo a este punto de vista, cuando una persona juzga si tiene o no una vida feliz, realiza un cálculo de sus placeres y dolores. Un principio básico de esta posición es que la experiencia es escrita en la tábula rasa de la mente. En términos filosóficos, este modelo se deriva de lo dicho por Locke, ( 1975), referente a que nada hay en la mente que antes no haya pasado por los sentidos, es decir, la mente es una tabla lisa moldeada por la experiencia y las sensaciones que son reflejos objetivos del mundo exterior (op. cit.) . En este modelo, las circunstancias objetivas de la vida deberían ser los principales predictores del nivel propio de felicidad. Bradburn, (1969) y Neugarten; Havighurst, y Tobin, (1961), describieron modelos prototípicos que consideran a la felicidad como la suma de las puntuaciones obtenidas de la medición de sus componentes , es decir, afecto positivo y afecto negativo; ciertos modelos determinísticos reducen la felicidad a la proporción de necesidades satisfechas de un individuo (Wilson, 1967) o un agregado de satisfacción en diversos aspectos de la vida (Michalos, 1985).

La característica común de ambos tipos de formulación es la creencia de que la felicidad puede ser entendida desde lo fundamental, al hacer referencia a unidades estructurales de orden inferior o antecedentes.

Las teorías sumativas sostienen que las personas simplemente desarrollan un sentido total de Bienestar al sumar sus percepciones en ámbitos específicos, tales como matrimonio, trabajo y familia (Brenner, y Bartell, 1983; Bryant y Marquez, 1986 ). En otras palabras, la satisfacción y la felicidad resultan de experimentar muchos momentos de felicidad durante la vida (Diener, Sandvik y Pavot, 1991).

Con respecto a estas teorías , se puede decir entonces que si para lograr el BS fuera necesaria la satisfacción de todos sus indicadores, sería muy difícil que hubieran personas con altos niveles de BS; sin embargo , la realidad indica que si existen personas felices (nivel alto de BS): Anguas Plata (1997) infiere que lo que pudiera estar sucediendo es que el logro del BS no es simplemente la suma , sino la suma ponderada de las satisfacciones de sus indicadores (salud, economía, vivienda , pareja, empleo, etc). Lo anterior determinaría que algunos de los indicadores son más importantes que otros para el logro del BS, dependiendo de cada cultura e incluso de cada población en particular.

## ENFOQUE MULTIPLICATIVO

Kozma y Stones (1980), propusieron un enfoque multiplicativo, en donde se asume que las personas tienen una predisposición a interpretar la experiencias vividas como de manera positiva o negativa y esta predisposición, llegado el momento, determina la propia evaluación de satisfacción en diferentes áreas. La experiencia no es considerada objetivamente como buena o mala, sino que es interpretada subjetivamente como tal, buena o mala.

En términos filosóficos este modelo se deriva del Idealismo Kantiano, en donde se sostiene que la mente es un intérprete activo y un organizador de la experiencia sensorial, no es pasiva como una tábula rasa y que el conocimiento puede ser "puro" y no solamente empírico. La mente no solo acepta las sensaciones entrantes, sino que filtra y selecciona aquellas que son congruentes con las creencias y actitudes del individuo. Desde este punto de vista , lo que se interpreta subjetivamente de los eventos diarios y no las circunstancias en sí mismas, deberían constituir la principal influencia sobre el BS.

Diener (1984), propone como suposición básica de estos modelos que "la felicidad no es el sentimiento de felicidad per se, sino la predisposición/propensión a reaccionar de un modo feliz".

Este enfoque multiplicativo propone que los niveles de satisfacción con la salud, economía, vivienda, etc., están parcialmente determinados por este mismo núcleo de felicidad o BS. Este núcleo es medido usando índices de felicidad global: En

general, ¿qué tan feliz eres en la vida?. Se ha demostrado que la felicidad global permanece estable a través de intervalos de meses e incluso años. Un modelo de propensión/predisposición a la felicidad o BS es descrito como una dimensión permanente de diferencias individuales que coexiste con otros rasgos de personalidad (Kozma y Stones, 1983).

Para los seguidores de este enfoque, la felicidad es una predisposición o rasgo, lo cual implica que la felicidad no son los sentimientos felices per se, sino una propensión a reaccionar de manera feliz (Diener, 1984).

## ENFOQUES DE LA PERSONALIDAD

Costa y McCrae (1984), llegaron a la conclusión de que la estabilidad de la felicidad se debe, parcialmente a las influencias estabilizadoras de dos rasgos de la personalidad: extroversión (promueve la felicidad) y neuroticismo (disminuye la felicidad). Como lo señala Anguas Plata (1997), este es un modelo sumativo ponderado porque la felicidad está siendo considerada como una función determinada en lugar de una predisposición estable. Hay dos aspectos relevantes en la comparación del enfoque de la personalidad y los de predisposición a la felicidad:

Existe un traslape entre los constructos de la personalidad y la felicidad, implicando que la correlación entre la felicidad y ciertos índices de personalidad reflejan inclusión en lugar de una verdadera determinación (Kammann, Farry y Herbinson, 1984). Las escalas para medir neuroticismo (depresión, ansiedad, etc.) fueron llamadas "half-asked well-being questionnaires".

Si la relación entre los índices de personalidad y la felicidad posee la fuerza suficiente para explicar más que una pequeña porción de la estabilidad de la felicidad; Stones y Kozma (1986) sugieren que la respuesta a esta segunda cuestión es absolutamente negativa.

Según Larsen, Diener y Emmons (1986), las personas experimentan Felicidad cuando sus necesidades particulares son satisfechas. Este enfoque de la felicidad está basado en un ajuste persona-medio, ya que las personas están felices cuando se encuentran en situaciones que coinciden con sus personalidades.

## ENFOQUES TÉLICOS

Los modelos télicos o de Estado Final, proponen que la felicidad se logra cuando se satisfacen determinadas necesidades, metas o deseos.. postulan condiciones o estados finales que son necesarios para acceder a la felicidad. Varios de los modelos reactivos sumativos ponderados son también modelos télicos (Wilson, 1960).

Un postulado teórico propuesto por el autor antes mencionado, es que la satisfacción de necesidades causa la felicidad, mientras que lo contrario, causa la infelicidad, por lo que la persistencia de necesidades no satisfechas provoca la infelicidad.

McGill (1967) , menciona que estos modelos permiten el logro de la felicidad de muy diversas maneras. Si la felicidad es una función de la razón favorable entre los deseos satisfechos y la totalidad de ellos, la felicidad puede ser mantenida ya sea satisfaciendo muchos deseos reduciendo su número.

No obstante, un defecto de estos modelos télicos es que son de difícil reproducción empírica, debido a que los estados finales son definidos frecuentemente de manera imprecisa, y en ocasiones , de manera circular.

El proceso de alcanzar determinadas metas y el esfuerzo realizado resulta más satisfactorio que el mismo momento en que se logran (Scitovsky, 1976). Algunas metas pueden entrar en conflicto con otras, por lo tanto, de acuerdo con el enfoque del plan de vida, la felicidad depende de dos factores claves, relacionados entre sí: la integración armoniosa de las propias metas y la satisfacción de las mismas (Diener, 1984).

Tanto metas como necesidades están relacionadas, puesto que las necesidades subyacentes llevan hacia las metas específicas. Estas necesidades pueden ser universales (Maslow, 1963) o bien, pueden diferir marcadamente de un individuo a otro (Murray, 1958). Por su parte, Diener, (op.cit.) menciona que hay un acuerdo general de que la satisfacción de necesidades, metas y deseos está de alguna manera, relacionada con la felicidad.

Los hallazgos sobre la teoría de Maslow (1963) no son muy buenos, ya que los individuos deberían experimentar BS si satisficieran las necesidades de cada uno de los niveles; aunque también es posible que la felicidad pudiera ser mayor para aquellos que se encontraran en los niveles mas altos de la jerarquía de necesidades propuesta (Wahba y Bridwell,1976).

Existen diferentes variables que interfieren con el BS, y que según los enfoques télicos son:

Los individuos pueden desear metas que les brinden felicidad a corto plazo pero que tuvieran consecuencias perniciosas para la felicidad por su interferencias con otras metas.

Las metas y deseos de los individuos pudieran estar en conflicto y por lo tanto sería imposible su completa satisfacción; debido a que sus necesidades o deseos pudieran ser inconscientes, sería difícil identificar e integrarlas si estuvieran en conflicto.

Los individuos pudieran caer de felicidad por no tener metas o deseos.

Algunas personas serían incapaces de lograr sus metas debido a la ausencia de habilidades, condiciones inadecuadas o porque las metas fuesen demasiado altas (Diener, 1984).

## ENFOQUE DE JUICIOS POR COMPARACIÓN

En estos modelos se propone que la felicidad resulta de la comparación entre las condiciones reales y un estándar; es decir, si las condiciones actuales exceden al estándar, se dará la felicidad. Estas comparaciones muy probablemente son conscientes. En el caso del afecto, por el contrario, la comparación con un estándar pudiera ocurrir de manera inconsciente. Este tipo de teorías no predice qué eventos serán positivos y cuáles negativos, no obstante, aportan información para ayudar a predecir la magnitud del afecto producida por los eventos ( op.cit.).

Para poder clasificar estos modelos se han basado en otros individuos (Michalos, 1985) o en la vida pasada de la misma persona (Parducci, 1982) como estándar de comparación.

Michalos (op.cit) muestra un modelo de juicios por comparación, incluye comparaciones de lo que uno posee (en el presente) con múltiples estándares del pasado, futuro, necesidades y aspiraciones; este enfoque se centra en la estabilidad del estándar.

Cabe mencionar que los cambios asociados con la adaptación ocasionan que los índices de felicidad sean completamente relativos, considerando a los estándares como aquellas experiencias ubicadas en el pasado reciente (Michalos, op.cit.). Diener (1984), propone que los modelos de juicios por comparación promueven una visión estoica de la vida, considerándola como una filosofía personal óptima para el logro de la felicidad: mientras más bajo sea el estándar adoptado, será más probable alcanzarlo.

## TEORÍAS DE ACTIVIDAD

Las teorías de actividad sostienen que la felicidad es un producto de la actividad humana. Aristóteles decía que la felicidad se logra a través de una actividad vigorosa y bien ejecutada. De acuerdo con su teoría, existen ciertas habilidades humanas que al ser ejecutadas de una manera excelente producen felicidad.

Csikszentmihalyi (1990), propuso la teoría del flujo como una relación entre la actividad y el BS; menciona que las actividades son vistas como placenteras cuando el reto que implican se ajusta al nivel de habilidades del individuo. Si una actividad es muy sencilla para el sujeto, se aburrirá, si es muy difícil, le ocasionará angustia. Cuando una persona está involucrada en una actividad que demanda

una intensa concentración y donde el reto y las habilidades de las personas son iguales, se experimentará un flujo placentero. La vida de la gente es más feliz en la medida en que estén involucradas y comprometidas en actividades interesantes.

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de diferencia o proporción indica que las actitudes acerca del BS reflejan una diferencia o quizás una proporción entre las aspiraciones de la gente y la percepción de lo que realmente tienen (Andrews, 1981 y Michalos, 1980). Se postula que las aspiraciones son generalmente más altas que los logros percibidos, pero que a menor diferencia más alto será el BS percibido. En la propuesta de proporción, ésta es calculada como los logros percibidos divididos entre las aspiraciones, por lo que ante una proporción más alta se presentará un mayor BS. Dada la significancia de las diferencias y proporciones se requiere para su estudio de un diseño de investigación que mida y monitoree a través del tiempo tres constructos: Aspiraciones, logros percibidos y BS.

La meta del enfoque de las influencias psicosociales es explorar un número de factores psicológicos y sociales que se espera influyan sobre los sentimientos que las personas tienen acerca del BS, para observar hasta qué punto emergen las relaciones esperadas. Dentro de los constructos que han recibido considerable atención están: Estrés, apoyo social, control interno y externo y ejecución de roles.

Los investigadores se han centrado en diferentes aspectos de BS y consecuentemente han utilizado diversas técnicas metodológicas para su estudio, por ello no es de sorprenderse entonces, que se hayan utilizado el diseño experimental, el diseño factorial y el diseño longitudinal.

El método experimental ha estado relacionado con dos procedimientos generales: El estudio del humor (inmediato) y del afecto, así como estudios de intervención. Un ejemplo del primer procedimiento es el de Velten (1968), en donde se les pedía a los sujetos que leyeran en voz baja primero, y luego en voz alta 60 enunciados tales como "Esto es grandioso", "Realmente me siento bien" etc., con la intención de inducir en los sujetos el estado de humor deseado. Este procedimiento resulta en un cambio en aquellas medidas que tienen un marco temporal inmediato, sin embargo, tienen muy poco efecto sobre las medidas globales de felicidad o satisfacción (Kozma, Stones y McNeil, 1991).

Versiones posteriores de este procedimiento han consistido en pedirle a los sujetos que dediquen 20 segundos a leer cada enunciado y que intenten sentir lo que se describe en él (Teasdale y Ruseell, 1983).

No existe duda de que el método de Velten (1968), produce un estado de humor más positivo en muchas personas, sin embargo, los efectos son a corto plazo y

desaparecen después de 10 ó 15 minutos (Frost y Green, 1982). Tales resultados sugieren que las medidas globales de BS son resistentes a los efectos transitorios del humor, aún cuando las medidas de BS inmediatas y globales correlacionan cuando son administradas al mismo tiempo (Kozma y Stones, 1980)

Los estudios de intervención aparecen con relativa frecuencia en la literatura clínica y profesional; algunos de ellos evalúan las consecuencias de la institucionalización en ancianos o realizan intervenciones terapéuticas en personas deprimidas.

El método factorial es el más frecuente referido en la literatura concerniente al BS; uno de los usos de éste método es el desarrollar modelos estructurales del BS. Los resultados de los análisis permiten al investigador inferir que la escala utilizada está compuesta por un único factor o por múltiples factores. También permite evaluar las relaciones entre medidas específicas de BS, tales como la felicidad y otras variables .

Procedimientos estadísticos como la regresión múltiple y el path analysis son usados frecuentemente para investigar hasta qué punto, las puntuaciones del BS pueden ser explicadas por otras variables; en vista de que estos procedimientos están basados en correlaciones, las relaciones causales sólo pueden ser supuestas más no conocidas.

Otro uso de éste método implica técnicas antropológicas de recolección de datos en lugar de la utilización de procedimientos cuantitativos así este enfoque es compatible con las suposiciones de que el BS y sus expresiones no pueden ser entendidas fuera del contexto de una cultura o subcultura en particular (Roos, 1988).

El último método es el longitudinal (los intervalos pueden variar desde unos cuantos meses, hasta varios años) incluye la medición repetida en el mismo grupo de sujetos: éste método es empleado para estudiar la estabilidad del fenómeno (Kozma y Stones, 1983). En diversos estudios la estabilidad del Bienestar global ha sido investigado en relación a la edad (Costa, Zonderman, McCrae, Corino-Huntley, Loke y Barbano, 1987), a cambios significativos durante la vida (Atkinson, 1982), a niveles de rasgos de personalidad (Costa y McCrae, 1984) y a cambios en los niveles de satisfacción y éxito (Stones y Kozma, 1986). En todos los estudios anteriores, la impresión general es que el BS global, mantiene una alta estabilidad a pesar de los cambios observados durante períodos de tiempo variables (Kozma, Stones, McNeil, 1991).

## ESTRUCTURA DE BIENESTAR SUBJETIVO

La estructura del BS se pone al descubierto a partir de la creación de escalas de reactivos múltiples. En cuanto a la estructura se refiere ha causado gran controversia, ya que el número de factores propuestos varía: Bradburn (1969), propone dos: Afecto positivo y Afecto negativo; Lawton (1975), menciona que hay por lo menos tres factores: insatisfacción-soledad, agitación y actitudes hacia el propio envejecimiento.

Conceptualmente, los componentes son una parte integral del BS, mientras que los correlatos o predictores, dentro de este contexto, son variables que determinan la presencia, ausencia o el peso de los componentes.

Para Diener (1984), y Diener y Larsen, (1993), los componentes principales del BS son la satisfacción con la vida y el balance de los afectos; definen a la satisfacción con la vida como un juicio cognoscitivo global acerca de la propia vida, mientras que consideran que el balance de los afectos se refiere a la preponderancia relativa de la experiencia emocional placentera sobre la no placentera o desagradable. No obstante, aún cuando la satisfacción con la vida y el balance de los afectos intercorrelacionan entre sí y forman un factor general denominado BS, éstos no son idénticos (Diener, 1994; Lucas, Diener y Suh, 1996).

Mientras que la satisfacción con la vida es básicamente una apreciación cognoscitiva global de la vida propia como un todo, el balance de los afectos es la suma de las experiencias emocionales ante los eventos de la vida; por lo tanto, existe la posibilidad teórica de que una persona que no experimenta muchas emociones placenteras, esté satisfecha con su vida y viceversa (Suh, Diener, Oishi y Triandis, 1997).

Aunque no se ha encontrado una estructura universal dentro del campo de la satisfacción quizás sea factible la existencia de una estructura similar dentro de un conjunto de culturas y grupos semejantes (Andrews, Inglehart, 1979).

Pese a lo anterior se ha encontrado una estructura general de BS en la organización en las áreas de satisfacción con la vida. Esta estructura está basada en la experiencia del BS (Andrews y Whithey, 1976), y se han encontrado tres componentes generales: juicios acerca de la satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo (Diener, y Larsen, 1993).

Psicólogos humanistas como Rogers y Maslow (1963) han sostenido que la psicopatología ignora los aspectos positivos de la vida y la propuesta de Bradburn (1969) apoya la idea de que la ausencia de afecto negativo no es lo mismo que la presencia de afecto positivo, por lo tanto, de acuerdo con sus hallazgos los intentos destinados a mejorar la vida de los individuos deben de

reducir el afecto negativo y aumentar el afecto positivo: esta conclusión es apoyada por hallazgos frecuentes que indican que el afecto positivo y negativo correlacionan con diferentes variables (Costa y McCrae, 1980).

Por otra parte, Diener y Emmons (1984) han encontrado evidencia de la independencia entre el afecto positivo y negativo; muestrearon el afecto a través de varios períodos que van desde momentos hasta semanas, midieron el grado en el cual los sujetos experimentaron emociones particularmente positivas o negativas (gozo, enojo, depresión), pero no restringieron las emociones a situaciones particulares, tal como ocurría en muchos de los reactivos de la escala de Bradburn (1969).

Su mayor hallazgo fue que los afectos positivo y negativo estaban correlacionados negativamente en un momento determinado del tiempo, pero que las correlaciones entre ambos disminuía a medida que el período de tiempo se incrementaba. Los niveles propios de afecto se refieren a una combinación de cómo frecuentemente cada emoción es sentida en combinación con qué tan intensamente es percibida. (existe una extensa evidencia de que los niveles promedio de afecto positivo y negativo son independientes).

La teoría de Diener (1984), aclara que la relación entre el afecto positivo y negativo no son independientes en un período en particular, cada tipo de afecto tiende a suprimir al otro, aún cuando el mecanismo a través del cual esto ocurre no es completamente claro. Debido a este mecanismo supresor los dos tipos de afecto no son independientes en términos de su frecuencia de ocurrencia, esto es, mientras más se sienta el afecto positivo o negativo menos se experimentará el otro tipo de afecto.

Finalmente, cuando se mide los niveles promedio de afecto positivo y negativo a través de períodos prolongados, éstos demuestran una baja correlación entre sí, debido a que los niveles promedio son el resultado tanto de la frecuencia como de la intensidad. Por lo tanto, sus relaciones positivas en términos de intensidad entre las personas cancelan su relación inversa en términos de su frecuencia.

Ya se vió que una de las dimensiones del afecto del BS es la intensidad, el segundo es la satisfacción, la cual puede definirse como una evaluación, un juicio cognoscitivo de la propia vida, por lo que pudiera estar indirectamente influenciada por el afecto, pero en sí misma no es una medida directa de emoción (Andrews y Withey, 1976).

A través de la validez convergente es posible medir el grado de asociación entre diferentes medidas de un constructo, en esta ocasión el del BS; mientras más altas las intercorrelaciones entre diversas medidas, mayor será la probabilidad de que todas estén midiendo el mismo constructo. Si la felicidad, la calidad de vida, la moral y la satisfacción con la vida son constructos diferentes, los instrumentos

utilizados para medirlas no deberían correlacionar; si por otro lado, todos ellos midieran adecuadamente el mismo constructo, las intercorrelaciones entre ellos deberán ser cercanas al 1.00 (Kozma, Stones y McNeil, 1991).

Los autores citados anteriormente agrupan las características predictoras en seis categorías, las cuales conforman el BS:

1. Satisfacciones subjetivas: salud subjetiva, satisfacción con la vivienda, satisfacción económica, satisfacción marital y satisfacción laboral.
2. Variables demográficas: salud, vivienda, ingreso, estado civil, empleo, sexo, edad, raza y educación.
3. Involucramiento en actividades sociales y físicas: amigos, familia, número de amigos, frecuencia de contacto, intimidad y ejercicio.
4. Eventos estresantes de la vida: muerte del cónyuge, enfermedad y disgustos diarios.
5. Medio ambiente: grado de urbanismo, institucionalización, concentración por edad, seguridad e índice de violencia.
6. Personalidad: locus de control, extroversión, introversión, fortaleza, inteligencia y autoestima.

## MEDICIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO

El BS ha sido evaluado a través de diferentes maneras y por diferentes investigadores, por lo que no existe una sola escala; muchas de ellas están conformadas por reactivos únicos con particulares categorías de respuesta. Desde la perspectiva psicométrica formal, estas medidas basadas en reactivos únicos son relativamente crudas, pero han probado su utilidad (Andrews y Robinson, 1991).

En la medición del BS, el término escala es usado de dos distintas maneras: En la forma psicométrica usual, como una medida o indicador del BS. La medida pudiera estar basada en información proveniente ya sea de un solo reactivo o de múltiples reactivos que se combinan para producir un solo puntaje. Por otra parte una escala también es un conjunto de categorías de respuesta; típicamente una de estas escalas es usada para elicitar y registrar las respuestas de las personas a un gran número de diferentes reactivos sobre el BS, los cuales pueden ser subsecuentemente combinados para formar una simple medida de BS o mantenidos por separado como medidas de distintos conceptos del BS.

Existen dos dimensiones de importancia crítica en cuanto a los métodos de recolección de datos. El primero se refiere al control experimental, mientras que el segundo se refiere a la relación temporal de los conjuntos de datos (Kozma, A., Stones y McNeil, 1991). La investigación sobre el BS se ve severamente limitada en ambas dimensiones. El control determina el límite hasta el cual es posible la inferencia causal entre las variables.

Cuando se utilizan tanto cuestionarios como entrevistas fuera de las condiciones experimentales, el problema de las inferencias está aún presente. La naturaleza de los datos acerca del BS es correlacional y por lo tanto es extremadamente difícil el separar los predictores de los componentes (Kozma et al., op.cit.).

Estos indicadores objetivos se refieren a condiciones concretas y observables de medición, no obstante, hay autores que han empleado medidas subjetivas de calidad de vida, empleando el Bienestar Subjetivo (BS) como una dimensión de ésta (Cambell,1981; Diener y Fujita, 1995; Anguas, 1997; O'Bryant y Morgan, 1989; Usui y Keil, 1987) .

Anguas Plata (1997) define al Bienestar Subjetivo como la percepción de un estado interno y positivo de homeostasis, acompañado por un tono afectivo agradable, resultado de la satisfacción de necesidades elementales y superiores del individuo.

Campbell (1981) fue uno de los pioneros en la investigación sobre indicadores sociales subjetivos, señalando que el uso de medidas de autoreporte está basado en la suposición de que las incontables experiencias por las que pasan los individuos, día a día, se van sumando a los sentimientos globales de bienestar, que estos sentimientos permanecen relativamente constantes a lo largo de períodos prolongados de tiempo y que los individuos son capaces de describirlos con naturalidad y precisión.

En la medición del BS, el término escala es usado de dos formas : psicométrica usual como un indicador de BS. La medida pudiera estar basada en información proveniente ya sea de un solo reactivo o de múltiples reactivos que se combinan para producir un solo puntaje . En contraste una escala es también un conjunto de categorías de respuesta como el Ladder Scale (Cantrill, 1967). Faces Scale (Andrews, y Withey, 1976). Aunque son mas frecuentes los reactivos únicos como medida de BS en determinados aspectos de la vida, ya sea en un nivel global o específico (Andrews y Robinson,1991).

El Bienestar Subjetivo puede concebirse como una actitud (Andrews y Robinson,1991) y como tal incluye por lo menos dos de sus componentes básicos: cognición y afecto (Ostron, 1969). El componente cognoscitivo se refiere a los aspectos racionales o intelectuales, mientras que el componente afectivo involucra aspectos emocionales; éste componente a su vez se subdivide en afecto positivo y negativo (Bradburn, 1969).

La interpretación del mundo externo es la que provoca emociones; el estado anímico de los pacientes con IRC va de la mano con el detrimento del bienestar subjetivo que puedan tener.

## CAPÍTULO V EMOCIONES Y ENVIDIA

"El proceso fundamental tiene un carácter indirecto, consiste en gran parte, en hacer consciente lo que subyace inconsciente entre los seguidores".  
Tomando como modelo a Mao Tse-Tung, comenta: "su verdadero talento consistía en entender las emociones de los demás".

McGregor Burns.

### EMOCIONES

Freud fue el primero en estudiar los problemas emocionales en un plan científico, observando e investigando los procesos de desarrollo de la personalidad y los trastornos patológicos que impiden que este desarrollo sea normal, así fue como creó su teoría del inconsciente que intenta explicar al ser humano en su totalidad.

La emoción es un estado mental caracterizado por sentimientos intensos acompañados de expresión motora, la cual se relaciona con algún objeto o situación externa. La envidia y los celos, como todas las emociones son controladoras del comportamiento humano y se presentan por falta de adaptación. Las emociones afectan todo el organismo, preparan a la persona para actuar, habiendo también manifestaciones fisiológicas.

A nivel de gesticulación, las emociones tienen una universalidad que depende de la costumbre y la imitación. La conducta emocional es reacción a objetos o a situaciones de cierta naturaleza, por ejemplo, si nos sucede una desgracia tenemos una reacción de enojo hacia algo; si enfermamos gravemente nos angustia. En los enfermos, la vinculación entre los procesos complejos y el dinamismo conductual es más estrecho, ya que el nivel emocional, cuando es agresivo, provoca dolor, y aun cuando es factible superarla, esa experiencia hace que, a nivel cognoscitivo, las huellas sean profundas (Meneses, 1967). Además de los estados intermedios entre las experiencias de agrado y desagrado y las emociones, existen otras reacciones afectivas: los intereses y las actitudes.

Los intereses se refiere a aquél sentimiento agradable que acompaña determinada actividad o la tendencia a entregarse a una actividad sólo por la satisfacción que se obtiene de ella; depende en parte de la estructura de la personalidad, y responde al gusto que se siente al entregarse a tareas que la satisfacen.

Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social, "denota la organización de los sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de los individuos para comportarse de un modo dado" (Rosnow y

Robinson, 1988). Las actitudes sociales tienen un significado adaptativo puesto que representan un eslabón psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, de sentir y de emprender de una persona, al mismo tiempo que ordenan y dan significado a su experiencia continúa en un medio social complejo (Krech, Crutchfield y Ballachey, 1982).

Tradicionalmente se hace una distinción entre tres componentes de las actitudes: El componente cognoscitivo de una actitud consiste en la percepciones del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto; el término "opinión" se usa a menudo como sustituto del componente cognoscitivo. El componente afectivo se refiere a los sentimientos de la persona con respecto al objeto. El componente comportamental consiste en la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto.

Las actitudes pueden tener una función de defensa del Yo, puesto que brindan protección como un "no querer saber" del Yo, acerca de la enfermedad, de la muerte, de las debilidades, de las inseguridades y sobre todo de las realidades terribles del mundo interno y externo, en este caso la enfermedad renal crónica.

Los mecanismos mediante los cuales el individuo se protege a sí mismo de las tensiones y angustias asociadas a motivos inaceptables y amenazas aterradoras se conocen como mecanismos de defensa del Yo; éstas actitudes están presentes en todo momento de nuestra vida y en cualquier circunstancia que amenace con romper la homeostasis emocional. (Freud, A. 1977).

En las emociones se involucran conceptos y creencias que se aprenden en determinadas culturas y en formas diferentes. La forma en que las personas reaccionan emocionalmente, así como la manera en que expresan o dominan una emoción depende del significado y de la importancia que la cultura otorgue a las acciones del sujeto en el entorno social (fuerzas culturales) (Kemper, 1987). De esta manera, las emociones son el resultado de las interpretaciones, de la importancia y el significado personal de una transacción (Lazarus y Kolkman, 1991).

## ENVIDIA

Envidia se deriva del latín *invidia*, se relaciona con el verbo *invidere* (in, "sobre" y *videre*, "ver"), que quiere decir "mirar maliciosamente" o "envidiar" o "mirar de soslayo"; "mirar maliciosa o despectivamente" o "mirar malignamente".

Melanie Klein (1957) es una de las autoras quien mas ha investigado sobre los orígenes de la envidia, encontrando que esta emoción comienza en la etapa preverbal del desarrollo humano; define a la envidia como un sentimiento de rabia

contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o danarlo.

Reidl (1985) (citado por Reidl, Valencia, Vargas, Sierra: 1998) define a la envidia como un estado interno inmediato y único en la persona que desea posiciones, atributos o logros que otra tiene .

Diversos escritores han dicho que la envidia es un estado morboso de la mente, porque el envidioso es su propio peor enemigo, con certeza es causa de gran malestar.

La envidia afecta al envidioso de tres maneras: percepción, emoción y acción. Sus percepciones son exageradas y selectivas, esto surge de, y dan origen a sentimientos de gran agonía y cólera, que a su vez impulsan a acciones de extrema agresividad. Es una combinación de ataques psíquicos y físicos, sobre cualquier cosa o persona que sea envidiada, tanto externamente en la realidad, como internamente contra sí mismo.

La persona envidiada, responde de acuerdo a las mismas tres categorías de percepción, emoción y acción. Los efectos tienen que ver con el ser envidiado y pueden ser semejantes o totalmente diferentes a los que ocurren en el envidioso, puesto que la persona envidiada es la víctima y no el verdugo; no obstante, estos efectos están en una relación dinámica con la envidia que les precede.

La envidia, como la codicia y los celos, es una emoción dirigida, es decir, necesita un objeto en quien descargarse; sin un objeto sobre el cual enfocarse y al cual influir, se queda en una posibilidad pero no en una realidad práctica. No es una disposición de ánimo o un talante. La melancolía o la irritación pueden llenar la mente sin referencias a nadie o a nada. Esto no puede suceder con la envidia, que puede contribuir a tal disposición de ánimo, pero solamente si al envidioso se ha fijado en algo para después inquietarse con ello.

La manifestación de los celos o la envidia como de cualquier otra emoción, están determinados por el contexto social que ejerce la cultura sobre el sujeto.

Es importante considerar la experiencia y el punto de vista de la persona envidiada, por los cambios que el envidioso puede inducirle mediante el mecanismo de identificación proyectiva, de esta manera, dentro de la psique de una persona que se siente amenazada por la envidia, existe un envidioso del cual está tratando de escapar. Éste, internalizado, puede ser una representación de un amigo, pariente o de la envidia hecha cuerpo en una institución social o un estado.

El deseo de escapar del envidioso, sea real o imaginario, externo o interno, conduce a la persona envidiada a tener una sensibilidad extrema hacia las

intenciones de los otros. Todos sus sentidos pueden estar alertas a detectar sensaciones de odio y desgracia, que emanen de fuentes inanimadas o seres humanos.

Los sentimientos que interfieren en una respuesta adecuada ante la malicia, también reflejan las preocupaciones de la gente hacia ellos mismos; en otras palabras, una persona codiciosa o envidiosa puede ver en los otros lo que no quiere ver en ella misma.

Los temores engendrados por la envidia real o imaginaria de los otros, pueden ser restrictivos por sí mismos para la vida de la persona envidiada

El temor y la culpa están inexorablemente relacionados, cada uno de ellos es suscitada por el otro y pueden tener idénticas consecuencias inhibitorias. La culpa envidiosa se considera responsable de un ataque malévolos hacia otra persona u objeto. Tiene lugar cuando alguien hace ostentación de sus posesiones o habilidades de una manera arrogante y que suscita envidia, dependiendo en gran parte de sus intenciones. Si se propone deliberadamente hacer que se sienta mal un pariente o amigo, puede ser coherente la aparición de la culpa. Se desarrolla un estado de falsa responsabilidad por el cual la persona envidiada se siente culpable por serlo, lo cual es una situación incómoda pero bastante habitual y puede llegar a producir un estado de terror ante la envidia de los demás. Comúnmente se dice que nadie puede hacerse rico ni superarse sin privar a alguien de algo, con lo cual su obtención se equipara al robo y hay que estar en guardia para no tener más que el prójimo.

Durante varios milenios se han instrumentado una variedad de habilidades con objeto de impedir la envidia de parientes, amigos y vecinos. Las estrategias han ido desde el camuflaje económico, hasta el aislamiento de ermitaño, pudiendo dividirse en cinco categorías (Berke, 1989): ocultamiento, denegación, auto-defensa mágica, contraataque agresivo y apaciguamiento.

El principio de la evitación de la envidia, es ocultar cualquier cosa que la pueda atraer. Este es un fenómeno universal, tratado por cantantes ilustres tales como el antiguo componente de los Beatles, Paul McCartney, por algunos propietarios de automóviles lujosos, e incluso algunas pobres y primitivas tribus indias (los Sirionos de Bolivia, por ejemplo).

Aunque se decía que "era tan rico como Creso", McCartney tenía una gran resistencia a hablar o hacer ostentación de su riqueza: al preguntarle por el dinero, en una entrevista en el London Evening Standard, contestó: "Procuro no hablar del ello, es algo como descubrir una mina de oro en el jardín. Es incómodo y siempre tiene uno el temor de que al hablar, alguien intentará quitárselo".

Como puede observarse, la envidia también se presenta cuando las habilidades, logros o posesiones propias se comparan negativamente con las de otros, produciéndose una disminución de la autoestima y estatura pública (Silver y Sabini, 1978; Salovey y Rothman, 1991).

La inhibición y la disminución de todo lo que pueda atraer la envidia, es coherente con los mandatos contra la ostentación que se encuentran en las sagradas escrituras de muchos pueblos. La modestia es un excelente rasgo de carácter, ya que no solamente sirve para combatir la envidia, sino que además evoca el elogio. Para ser más efectiva, la modestia debe aparecer espontánea y sin afectación. Se atribuye falsa modestia a las personas vanidosas, que se recrean en sus supuestos orígenes humildes. Más que modestia, mucha gente niega lo que tiene o lo que hace, llegando no sólo a ocultarlo a los demás sino a dejar de verlo ello mismos. La negación como defensa contra la envidia, va desde rebajarse a sí mismo a un ilusorio sentimiento de inferioridad.

Tradicionalmente, la gente ha recurrido a una variada gama de palabras extraordinarias, gestos y talismanes para protegerse, con lo cual se pretende establecer una barrera mágica e intangible, entre la persona envidiada y la envidiosa; operan invocando un poder que puede desviar y neutralizar las miradas o deseos maliciosos.

La envidia ocurre cuando existen carencias en un dominio definidor del self, y se intensifica cuando se presenta la insatisfacción consigo mismo y cuando se carece de superioridad en otros dominios alternativos de comparación (Smith, Diener y Garanzik; 1990).

Estas situaciones no producen un afecto único; se puede caracterizar como una constelación de elementos afectivos que ocurren típicamente en los episodios de envidia; por lo que hay emociones como los celos que no muestran diferenciación con respecto a la envidia (Salovey y Rodin, 1986); no obstante, existen otras investigaciones que sostiene que la envidia y los celos son emociones diferentes (Reidl, Lara, Sierra, 1998; Hupka, Buunk, Falus, Fulgosi, Ortega y Tarabina, 1985).

Las emociones que acompañan a la envidia son los sentimientos de inferioridad, anhelos, resentimiento y mala voluntad hacia el envidiado, acompañados de culpa, negación o la consciencia de lo inapropiado de la mala voluntad (Farber, 1976; Fourter, 1972).

Los celos ocurren en un contexto de relaciones interpersonales más cercanas y se dan cuando una persona teme perder una relación importante ante un rival, particularmente si la relación es formativa para el propio self (Hupka, 1991).

En este caso existen emociones de sospecha, temor ante la pérdida y enojo frente a la traición (Foster, 1972; Hupka, 1984).

Existen tres factores que favorecen la confusión entre la envidia y los celos:

- 1) la ambigüedad lingüística de los conceptos en el idioma inglés
- 2) la connotación moral de la envidia
- 3) la frecuencia de ocurrencia conjunta: cuando la pareja romántica presta atención a un rival atractivo, la persona puede sentirse celosa de la relación especial que mantiene con su pareja y envidiosa del rival por ser tan atractivo.

Por otra parte, la envidia y los celos también presentan cierto traslapamiento que podría deberse a alguna forma de hostilidad, ya que la envidia produce resentimiento y rencor; mientras que los celos pueden producir enojo ante la traición de la pareja; no obstante ambas emociones comparten la sensación de amenaza a la autoestima y tristeza (la envidia por el sentimiento de inferioridad y anhelo y los celos por el rechazo y la pérdida) (Reidl, Lara, Sierra, 1998).

Sin embargo, a pesar de que los celos y la envidia son emociones socialmente indeseables, el mostrar conductas envidiosas es menos aceptado socialmente que mostrarse celoso (Reidl, Guerrero, 1998). Además, es muy doloroso la aceptación de tener envidia, ya que esto significaría reconocer que se es inferior a otro; sería más bien la admisión de esta inferioridad lo que no permite admitir la emoción de envidia (Foster, 1972).

## RESEÑA HISTÓRICA DE LA ENVIDIA O MAL DE OJO

Los griegos empleaban la palabra "baskainein", que significaba mirar o embrujar con el mal de ojo. "Baskania" significaba el mal de ojo o la envidia. La contrapartida romana era "fascinare". En el uso contemporáneo, fascinación significa un fuerte e irresistible interés en algo o en alguna persona. La palabra ha perdido sus matices malévolos, pero durante casi dos milenios, fascinar y fascinación denotaron encantos o hechizos, brujería y horror.

Para hacerse una idea de lo que los antiguos sentían cuando caían bajo la influencia de un fascinador, no hay más que pensar en uno mismo atrapado en la mirada de una serpiente de cascabel erguida para morder, en los ojos brillantes de un gato en la oscuridad (Berke, 1989). El mal de ojo ha sido comúnmente atribuido a cualquier animal, real o mitológico, que tuviese grandes y protuberantes ojos coloreados. Esto ha incluido lobos, tigres, halcones, cocodrilos, serpientes y criaturas serpentiformes como basilisco, reptil que supuestamente podía matar con una mirada o con el aliento.

Los griegos eran particularmente conscientes de los peligros del elogio excesivo, creían que atraían la envidia de los dioses. En los escritos de Homero, la envidia

de los dioses parecía representar una fuerza divina, innominada pero malévolas, que estaba detrás de las cosas que salían mal. Esto cambió alrededor del año 500 A.C. , en un momento en que la sociedad griega disminuyó su rigidez jerárquica y se hizo más abierta social, política y económicamente. Photosnos theon vino a significar el odio específico y la redistribución de los dioses hacia los mortales que desafiaban sus prerrogativas o su poder. Esto fue definido por Píndaro, Escilo y Herodoto, en sus poemas, obras de teatro e historias.

En el Agamenón , el coro, frecuente expone de la moralidad popular, exclama antes del asesinato del héroe:

"Es penosa la carga del elogio excesivo, pues de los ojos de Zeus es lanzado el rayo".

Agamenón rezaba para que el "ojo de la envidia" no le golpeará; sus plegarias no fueron bien dirigidas y por tanto no fueron contestadas, puesto que fue muerto por Clitemnestra, su mujer.

Escritores posteriores, tales como Eurípedes, fueron más precisos cuando declaraban que los "ojos envidiosos" se originaban "aguijones de maldad" y "flechas envenenadas". Incluso Esquilo, en la madurez de su juicio, afirmó que era la impiedad, las acciones de los hombre y no la envidia de las deidades inmortales, lo que desataba desastres.

Los griegos se dieron cuenta de que el hombre envidioso estaba cargado de hostilidad. Además, apreciaron que las consecuencias de esta hostilidad no era solamente psicológicas (empañar una reputación o los malos sentimientos) sino que eran tangibles y fulminantes. Para ellos, "los rayos", "los aguijones" y las "flechas envenenadas", formaban parte de un amplio armamento de la cólera envidiosa, que planteaban una amenaza constante al hombre, a la sociedad y a la vida misma.

El filósofo inglés Francis Bacon, observó que una persona envidiosa mira a las otras oblicuamente y se ha dicho que la gente que bizquea es excepcionalmente envidiosa. Quizás sea la razón por la que los terratenientes ingleses temían a sus vecinos que bizqueaban. Hoy en día no existe preocupación por el mal de ojo, pero disgustan las miradas con ojos irritados, encendidos, agrandados o deformados. De hecho en China se llama "la enfermedad de los ojos rojos" a la envidia. En el cine, los villanos y los monstruos tienen a menudo ojos inyectados en sangre y que bizquean, lo cual les hace poco fiables.

Francis Bacon llamó a la envidia una eyaculación o irradiación del ojo. Aseguraba que la mirada envidiosa, emitía algún espíritu maligno y venenoso, que se apoderaba del espíritu del otro y que tenía su máxima fuerza cuando la emisión del ojo era oblicua. Postuló la existencia de rayos de veneno más bien que

aceptar que el daño causado por la envidia era el resultado de acciones maliciosas específicas y concretas. Por ésta época, pocas personas creían en la envidia de los dioses como tal. Los mismos griegos no se refirieron a ella muy a menudo después de Esquilo., sin embargo, la gente aún tenía la necesidad de distanciarse de lo malo que ellos mismos hacían sobre la tierra, de forma que se convirtió en misión de la astrología la atribución del destino o la mala suerte a la posición de los planetas y de las estrellas. Bacon comentó las preocupaciones de los astrólogos y asoció lo que llamaban mal de ojo con los malos aspectos de las estrellas, lo cual denominó irradiación envidiosa (Berke, 1989).

En el siglo III A.C. , Píndaro observó que poseía haber miradas beneficiosas y miradas destructivas. En una oda, el poeta reza para que los dioses no le miren con envidia y pide a Apolo que permita que sus ojos dejen llover melodías sobre cada paso que daba . El mismo Bacon escribió:

Que no exista ninguna de las afecciones que han sido observadas como que fascinan o embrujan, sino amor y envidia. Ambas tiene deseos valientes, ambas se encuadran prontamente en imaginaciones y sugerencias y entran fácilmente por el ojo, especialmente ante la presencia de objetos...

El ojo dotado de un poder mágico para causar daño, ha sido llamado de muchas maneras. Los romanos lo llamaban "Oculus fascinus", los sirios "ainabasa" y los judíos "ayh-hara". Los romanos colocaban monedas en los ojos de los muertos, para pagar a Charon, el barquero que transbordaba las almas a través del río Styx hacia el Hades. Pero estas monedas también servían como pesos para asegurarse de que los muertos no pudiesen mirar a los vivos. Algo parecido hacían los pueblos arios, que cerraban los ojos a los muertos y colocaban pesos sobre los párpados, impidiendo con ello que el espíritu de la persona muerta hechizara a los supervivientes. Cerrar los ojos de los muertos sigue siendo una costumbre muy extendida. En nuestros tiempos sería una aproximación al testimonio del poder del mal de ojo.

En la Italia moderna el mal de ojo es el "malocchio", y el poseído "jettatura". La gente a menudo es considerada como "jettatura" cuando la mala suerte parece seguirla. El papa Pío IX (1772- 1878) fue extremadamente popular en Italia durante gran parte de su pontificado. Sin embargo, una serie de desastres que ocurrieron condujeron a la creencia de que estaba poseído por el mal de ojo. Igual ocurrió con su sucesor León XIII (1819-1903), quien fue considerado responsable de la muerte de un gran número de cardenales.

En los países de habla inglesa, también es conocido el mal de ojo, pero no se refieren a él por ese nombre, excepto algunas minorías étnicas, aunque esto no ha sido siempre así. En la época de Shakespeare, el término "overlook" (vigilar, inspeccionar) fue ampliamente utilizado para denotar el acto de mirar a alguien con el mal de ojo. Por lo tanto un "overlook" era una persona temida. Más tarde se

les llamó "blinker" (alguien que mira con los ojos entre abiertos) de cuyas víctimas se decía que eran "blinked" (vigiladas/acosadas por el ojo).

Los cumplidos excesivos, puede llevar a la persona alabada a sentirse ansiosa e incómoda y hacerlo un blanco fácil de la envidia de los demás. El antropólogo americano George Foster, ha descrito varios ejemplos en los que los cumplidos excesivos son vistos como ataques envidiosos disfrazados. El pueblo Malí, evita los elogios directos por temor al daño que pueden causar y en el mundo árabe, la alabanza bien intencionada puede ser rehuida a causa de los sentimientos contrarios que puede contener. Fooster resumen, citando al novelista español Abel Sánchez: "La historia de una pasión", donde se exclama cada vez que alguien es alabado, "¿contra quién va dirigido ese elogio?"

El inglés Peter Walcot señala que el año 500 A.C., Demócrito enseñaba que los envidiosos liberaban partículas cargadas con envidia ("átomos coléricos", "átomos malos"), partículas que se establecían y afianzaban en los embrujados y de esta forma se dañaban sus cuerpos y sus mentes. Esta idea fue embellecida por el filósofo del siglo III Helodoro, quien equiparó las "flechas envenenadas" y "las malas partículas" de la envidia al aire que nos rodea, penetra en nuestro cuerpo y emerge cargado de emoción. Por tanto el aire expelido por una persona envidiosa está cargado de malicia, llena la atmósfera de algo maligno. Lo que llamamos mal de ojo es este aliento de amargura, que al ser aspirado por otro, penetra, pudiendo causar enfermedad y muerte. Plutarco concluía, que este aire nocivo, estas emanaciones, eran expelidas por el ojo, porque al ser la vista un sentido rápido y activo, tenía una mayor facilidad para llegar allí donde el espíritu lo dirigía (Berke, 1989).

El 19 de julio de 1949, John Haih fue condenado por uno de los crímenes más odiosos; había hecho amistad y después despojado y asesinado a nueve hombres, sumergiéndoles en una cuba de ácido sulfúrico. En el proceso, no mostró remordimiento, pero sí que objetó el empleo de la palabra "asesinato"., prefería la palabra "muertes" y adujo que eran necesarias con objeto de que él cumpliera su destino. Haih venía de un ambiente proclive a la envidia de la vitalidad y la felicidad. Había sido educado en una atmósfera fanáticamente religiosa, en la que los periódicos y la radio estaban prohibidos y los amigos y vecinos estaban excluidos de la casa. La ira y castigo de Dios, flotaban sobre su cabeza ante la más insignificante fechoría. Este hombre, atacó a nueve miembros de tres familias diferentes, se las ingenió para robar una propiedad que valía 30,000 libras (a los precios de 1949), pero la violencia era típica de la envidia. Cualquier cosa que el envidioso haga a algo o a alguien, lo hace al mismo tiempo a una figura internalizada, puesto que estas imágenes internas contribuyen a formar los contenidos y la estructura de su propia mente, una persona muy envidiosa puede ser devastadoramente autodestructiva.

La razón por la cual el mal de ojo se vuelve hacia dentro, ha sido reconocida por dichos populares de diversos países y culturas:

La envidia corta su propia garganta. La envidia devora a su propio dueño. El envidioso no hiere a nadie tanto como a sí mismo

El autor dramático americano Tennessee Williams, pasó por una época de especial sensibilidad, después de que el "éxito catastrófico" de "El zoológico de cristal", le sacara del olvido y le lanzara a un repentino reconocimiento. En su nueva residencia de Manhattan, las cosas comenzaron a romperse "accidentalmente", los cigarrillos caían sobre los muebles y los estropeaban, las ventanas quedaban abiertas durante un aguacero, inundándose su habitación, acontecimientos que no le habían sucedido antes. Se deprimió; "la sinceridad y la bondad, parecían haber desaparecido en mis amigos, veía en ello hipocresía, dejé de llamarles y dejé de verles".

Williams tenía la creencia de que al dejar de velos, ello dejarían de verle a él, protegiéndose de esta forma de su enemistad (el mal de ojo); de acuerdo con esta creencia, acudió al hospital para una operación oftálmica, durante varias semanas sus ojos estuvieron cubiertos por vendajes y sólo así permitió que le visitaran sus amigos.

Al dejar el hospital con su vista restablecida, Williams escapó a México, donde no conocía a nadie, era un lugar "donde podría olvidarse de las falsas dignidades impuestas por el éxito", el anonimato le permitió volver a escribir.

El grado de alerta ante la envidia, figura en muchas culturas como una susceptibilidad aumentada hacia el mal de ojo, la persona envidiada puede anestesiar su capacidad de percepción.

De esta forma, hasta el último momento, Mozart mostró una sorprendente insensibilidad hacia las maquinaciones de Salieri, lo mismo que le sucedió a Otelo con Iago (Berke, 1989).

La incapacidad para percibir de forma real y responder ante los peligros planteados por la envidia, tiene lugar dentro de un marco emocional de temor, culpa, vergüenza e incomodidad. Williams estaba tan aterrorizado por los elogios de sus amigos, como antaño otros lo estuvieron ante la mirada de los dioses. Al igual que ello, pronosticaba calamidades y poseía citar hechos demostrables que injustificaran sus temores, aunque los hechos (una habitación inundada, una muerte repentina) no estaban necesariamente causados por lo que temía

## EL MAL DE OJO

En nuestros tiempos la gente es más consciente de que el daño engendrado por una mirada rencorosa o malévola tiene más que ver con deseos personales maliciosos.

El "YO" de la envidia ha sido agudamente captado por el pintor francés Jean Louis Géricault en el cuadro "Una mujer loca con la mirada de la envidia". Este cuadro representa una mujer delgada, tensa, nerviosa, en la quinta década de la vida, sus ojos, penetrantes y desequilibrados irradian agitación y sufrimiento al mirar aquello que ha despertado su interés. La mujer, una sirvienta a juzgar por su vestido, está claramente obsesionada por el pensamiento de todo lo que ella no posee. Resulta incómodo contemplarla incluso en un cuadro. El espectador se ve impulsado a desviar los ojos al marcharse.

Para entender esta experiencia se tiene que considerar dos puntos de vista, la mente de la muchacha y la reacción del espectador, es decir, del envidioso y del envidiado, del sujeto y del objeto.

La envidia no es solamente una emoción, es una fuerza emocional profunda que impone una alteración en la forma que la persona envidiosa ve, siente y actúa y en la forma que la persona envidiada responde. La envidia empieza en el ojo del que mira, un ojo que exagera, equivoca y escoge selectivamente para odiar. Este ojo se siente especialmente atraído por la prosperidad, la fertilidad, la vitalidad, la fama, el éxito, el orgullo, el poder y cualquier otra cualidad característica que comunique o parezca comunicar superioridad o una ventaja especial. Pero estas cosas no siempre estimulan la envidia. En gran parte depende de la biografía del envidioso, su mundo interno y del contexto, si está comparándose a sí mismo con parientes, vecinos, amigos, o no.

En el cuadro de Gericault (Berke, 1989), la expresión ominosa de los ojos de la sirvienta, sugiere un fondo de frustración y de privación. El ojo izquierdo está ampliamente abierto para enfatizar una siniestra, si no sobrenatural, transformación de cualquier cosa que ha llamado su atención. Ésta es una mirada extravagante, que puede convertir un abrigo de tela en uno de visión y una casa en un palacio. Como atestiguan varios dichos populares, la tendencia inicial hacia la idealización del objeto, puede convertir setas venenosas en palmeras y mosquitos en elefantes. Tal percepción surge de un profundo sentimiento de inferioridad, acompañado de una instantánea y habitualmente inconsciente comparación con el objeto envidiado. Comunica la idea esencial de "sea yo lo que sea o tenga, tú eres mucho más grande y mejor". Pero esta evaluación no puede durar mucho tiempo porque despierta una angustia intolerable en el envidioso. Por consiguiente y de forma inevitable se vuelve en lo contrario. La denigración, igualmente extrema y no realista, sigue la idealización, con objeto de mitigar los efectos de la

percepción original. De esta forma el elefante se convierte en mosquito, las palmeras en setas y el abrigo en un harapo.

Mientras, el otro ojo de la mujer está entrecerrado y bizquea, como si quisiera enfocar el objetivo, y mantenerlo en su mirada. Este ojo ve selectivamente, enfocándolo sobre cualidades envidiables, pero ignorando las malas. Hay muchos ejemplos en la literatura rusa de este proceso:

La envidia puede ver las pieles no las polillas.  
La envidia puede ver el mar pero no la gotera.

En otras palabras la percepción envidiosa confirma y se añade a la envidia. De nuevo tal percepción no puede continuar a causa del dolor que evoca. Pronto se volverá al revés y el envidioso rehusará percibir la bondad, y percibirá solamente lo malo que hay en la gente y en el mundo. La culminación de este proceso es una ceguera emocional, moral e incluso real.

El poder del mal de ojo y el temor que despertaba, han sido durante mucho tiempo confirmados por los nombres especiales que se han dado al ojo, a una mirada envidiosa o a una persona que mira de forma envidiosa

¿Qué sentimientos alimentan las percepciones y deseos envidiosos que constituyen el mal de ojo?. El envidioso se siente embargado por una desesperación y una angustia implacable que todo lo consume, como se ha ejemplificado por Ivan Babichev, Iago y Salieri. Después, reacciona con un odio vindicativo hacia el objeto de esta envidia. El impulso inmediato es eliminar el tormento, aniquilando aquello que pudiera haberlo causado. Cuando la angustia y la cólera se sufren simultáneamente, ambos sentimientos tienden a fusionarse y causan un sufrimiento aún mayor, que se evidencia en la mirada hostil del envidioso.

Una persona envidiosa hará cualquier cosa para reducir este intolerable estado interior. Puede rehusar reconocer lo que ve o lo que siente, o puede tratar de disociarse de sus sentimientos y atribuirlos a cualquiera de los "objetos" envidiados, ya sea un amigo próspero, compañero de Ivan Babichev, el compañero holgazán, dominado por la envidia, que descubrió que los objetos dejaron de gustar de él:

"Los muebles tratan de hacerme tropezar. La sopa que se me da no se enfría nunca. Si algo se cae de la mesa; una moneda, un botón, ruedan hasta colocarse bajo algún mueble casi inamovible. Y cuando gateo por el suelo, buscando lo que se ha caído, sorprendo al aparador que se está riendo de mí".

La negociación de la realidad, proyectando los sentimientos hacia el mundo externo, permite algún alivio temporal, pero no es solución para la angustia y la

desesperación suscitadas por la envidia. Tanto más porque de esta manera puede transformarse el mundo en un lugar amenazador. Por consiguiente, el envidioso busca alterar la realidad y no solamente negarla.

La realidad es todo lo que odia el envidioso; su primera estrategia es psicológica, actúa con palabras y gestos para rehusar a aquel o aquello que envidia. Sus intenciones son minimizar, denigrar a esa persona o cosa, de manera que aparezca inútil y sin valor a sus ojos y a los de los demás. Si el objeto de su envidia es una persona, literalmente querrá que se sienta colérica, agitada, furiosa, con objeto de transferir su desesperación al otro. De esta forma, el envidioso espera quedar liberado de sus sufrimientos y si no es así, al menos habrá podido vengarse sobre su imaginario atormentador. El hombre de negocios o el científico que ataca la reputación de un colega con datos falsos, el ama de casa que extiende rumores maliciosos acerca de un pariente, nos son situaciones familiares.

Esto permite al envidioso, ya sea niño o adulto, sentirse superior; el vanagloriarse y el alardear, sirven a la misma finalidad.

Característicamente, el mal de ojo es un ojo sin amor, un ojo salvaje; este ojo lleno de mala voluntad puede ser astuto y calculador, puede actuar no haciendo nada, como cuando una persona envidiosa no advierte a alguien que está en peligro o en apuro a alguien que ella envidia. El filósofo Immanuel Kant observó que de esta manera, rehusando cumplir con su deber, el envidioso es capaz de echar una mano al destino.

Habitualmente el envidioso es demasiado impaciente para dejar las cosas en manos del destino. Prefiere "ponerse del lado del verdugo", como en el caso de Iago y Salieri, que empleaban la calumnia y las espadas, la duplicidad y el veneno. Esto es lo horrendo, la sádica calidad del ataque envidioso.

En Egipto, donde el mal de ojo se conoce como "hassad", se suele hablar de partes del cuerpo que han sido invadidas por el "hassad", es decir, de un envidioso internalizado.

Para protegerse del mal de ojo, los babilonios tallaban los nombres de los dioses en tablillas de conjuro. Los egipcios llevaban representaciones de los ojos de sus dioses, tatuándolas en los cuerpos para el embalsamamiento. El ojo de Horus, era considerablemente propicio, por lo que grababan la letra mayúscula "R" en edificios, barcos, documentos y cualquier cosa de importancia. La popularidad de este símbolo ha llegado hasta nuestros días, apareciendo en la parte trasera de los billetes de dólar en los EE.UU.

Los griegos portaban copias de la cabeza de Medusa, basando su protección en el principio de "Igual cura a igual". También fue empleado por los romanos, pero su talismán más popular fue una escultura de falo llamado "fascium". Los niños romanos recibían un falo de coral, para usarlo como chupete y los demás

mayores llevaban un pequeño "fascium", en una cajita colgada del cuello. Estas figuras fálicas servían como pararrayos , para desviar la atención del envidioso y apartarla del portador, de su casa o de su familia, considerando su protección en relación directa al tamaño o costo del amuleto. Estas figuras también comunicaban el mensaje de "No tengo miedo. Soy más fuerte y más poderoso que tú". "Te desafío".

Con el advenimiento de la cristiandad, el falo fue gradualmente reemplazado por cuernos de animales, medias lunas, dientes y herraduras. Estos amuletos eran suplementados con palabras y gestos especiales. En Italia, el simple hecho de pronunciar la palabra "cuerno", tiene un poder protector, también utilizaron dos gestos que consideran altamente efectivos contra el mal de ojo. Al primero se le llamó "Manus Obscenus" y consistía en cerrar el puño, con el pulgar entre los dedos primero y segundo; el otro es conocido como la "mano cornuta", y se realiza sujetando los dedos segundo y tercero con el pulgar y extendiendo el primero y cuarto. Este gesto es conocido como "hacer los cuernos al demonio". Cuando se le dirige hacia el envidioso, no solamente es un gesto despectivo, sino agresivo. Escupir tres veces en presencia de un extraño, era una maniobra que aún sigue practicándose con intenciones ofensivas.

Bacon (Berke, 1989), al igual que otros antes de él, relacionaron el mal de ojo con una cólera envidiosa. Es una distinción importante; hay muchas clases de cólera, hay muchas razones para la agresión y no siempre es la envidia la causa de la cólera al igual que no siempre la cólera es mala.

Hay cóleras motivadas por la codicia, los celos o la frustración, la indignación, la rivalidad o la venganza, por nombrar algunas causas. Hay agresión instrumental, que es parte del pertenecer a un grupo , ya sea una banda de jóvenes o de la policía. Sus consecuencias pueden ser negativas y violentas o positivas y constructivas.

Cualquier situación que amenace la integridad física del individuo, que produzca dolor, que afecte estéticamente, que disminuya en cualquier forma la autosuficiencia o que implique peligro mortal, va a determinar un cambio importante en el estado de ánimo. La causa más común de un cambio afectivo suele ser una enfermedad y es muy probable que una persona que sufre desarrolle una respuesta psicológica a ésta, ya que por lo general, conlleva una alteración inesperada y no deseada en el curso normal de su vida. Las manifestaciones de tales respuestas psicológicas están matizadas en gran parte por la personalidad de cada individuo, pero siempre estará presente un cierto grado de temor ante lo desconocido.

El enfermo a veces intenta mantener una sensación de salud a través de mecanismos psicológicos, o si siente que su enfermedad implica inferioridad, anormalidad o incurabilidad, puede, por medio de rencor y resentimiento,

desarrollar diversas reacciones compensadoras y defensivas que a veces son de naturaleza agresiva.

La forma en como se entiende hoy la envidia, comprende un deseo de tener uno mismo alguna (as) posesión (es) del otro. La envidia es una emoción rencorosa que es sentida por alguien hacia otra persona, deseándole algún mal o la destrucción de la posesión envidiada.

La envidia consciente no necesariamente puede ser destructiva, puede haber un toque de hostilidad y de competencia hacia la persona envidiada. A veces la envidia no se manifiesta como tal, ya que se ve disfrazada con los llamados mecanismos de defensa como la negación, devaluación e idealización.

Como ya se mencionó la envidia es una emoción, la emoción es una palabra que se deriva del latín "emovere", que significa remover, agitar o excitar.

En todo momento estamos experimentando emociones como alegría, miedo, tristeza, pena, cólera, culpabilidad, odio, amor, etc., éstas influyen poderosamente en nuestro pensamiento y conducta, puede tener un efecto significativo en el organismo ya sea positivo o negativo; en el caso de los enfermos con insuficiencia renal crónica experimentan emociones como tristeza, desesperanza, angustia, miedo.

## ANTECEDENTES CAPÍTULO VI

En un estudio realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (1990), se entrevistaron a 16 enfermos en salas de diálisis para identificar cual es la percepción del proceso enfermedad-donación-trasplante: las edades de los pacientes variaron, la mayoría (63%) se encontraba entre los 20 y 50 años; dos personas eran menores de 20 años y cuatro mayores de 56 años.

Su nivel escolar era bajo (75% estudiaron primaria o secundaria únicamente). En cuanto a la ocupación había un estudiante, seis amas de casa, dos comerciantes, dos agricultores, un militar, un chofer, un empleado, un traductor y un técnico electrodoméstico.

En el análisis de las entrevistas, las percepciones de los pacientes quedaron distribuidas de la siguiente manera:

1. Consideran que lo más difícil de su tratamiento es estar "pegado a la máquina" 56%
2. Estar "pegado" a la máquina y a la dieta 81%
3. No poder trabajar 25%
4. Pagar el tratamiento 30%
5. Ninguna dificultad 12%

Por otra parte también se aplicó el TAT en ocho grupos ( Médicos en contacto con trasplantes, médicos sin contacto con trasplantes, enfermeras con y sin contacto con trasplantes, enfermos en diálisis, trasplantados, donadores, familiares de donadores y trasplantados y público en general), con el fin de obtener información sobre una perspectiva personal y una manera individual de vivenciar el proceso del trasplante y de donación procedente de cadáver.

A partir de las variables de mayor frecuencia, a nivel grupal, se determinaron qué situaciones y relaciones emanan del proceso enfermedad-donación-trasplante, en sus temores, deseos, dificultades, necesidades y presiones fundamentales; tomándose en cuenta para la interpretación del TAT el nivel manifiesto de la historia en su aspecto narrativo o simbólico, entendiendo por el primero el relato de una historia con personajes y situaciones de la vida real y, por el segundo, los casos en que el relato se sitúa a nivel de presencias mágicas o religiosas.

Se interpretaron los indicadores que permitieron conocer los motivos y los medios que los entrevistados crearon para resolver el conflicto, la manera como perciben la enfermedad y el trasplante y, por último, se destacaron las actitudes hacia la donación, trasplante y muerte cerebral, así como los factores que facilitaron y obstaculizaron el proceso.

Se encontró que el 14% de las narraciones analizadas del TAT aparece el factor religioso; apareciendo principalmente en el grupo de enfermeras y médicos en contacto con trasplantes. Con respecto a la variable conflicto se observa que éste es ocasionado por la enfermedad, es decir, la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). A continuación se muestran los tipos de conflictos relevantes encontrados en cada uno de los grupos.

GRUPO	CONFLICTO
1 Médicos en contacto con trasplantes	Ningún conflicto relevante
2 Médicos sin contacto con trasplantes	Ausencia de donador
3 Enfermeras con y sin contacto con trasplantes	Actitud de los familiares ante la muerte cerebral (14%) y De la muerte del enfermo (9%), la negativa del donador (7%), ausencia del donador (5%), la responsabilidad de donar órganos de un familiar que ha muerto (5%), convencer a otros de la importancia de donar (5%).
4 Enfermos en diálisis	Ningún conflicto relevante
5 Trasplantados	Imposibilidad económica para trasplantarse
6 Donadores	Ausencia o negativa del donador, arrepentimiento de los otros Por no haber donado, temor de donar
7 Familiares de donadores y trasplantados	Ningún conflicto relevante
8 Público en general	Donar órganos de muerto, morir por cualquier causa

En cuanto a los motivos el 52% de los sujetos resuelven de manera positiva el conflicto creado en la historia, mueven su conducta por un fin social, es decir, donar un órgano para "dar la vida a otra persona", para que el otro "lleve una mejor vida", para que sus enfermos "realicen una vida normal" etc. El 26% , orienta su conducta por motivos personales ("soy feliz, me siento útil", "amor a mí y a la vida", etc). El resto (11%) motiva su conducta por el deseo de trascender y de seguir viviendo en otra persona.

La percepción de la enfermedad renal es apreciada como mortal por un tercio de los que establecen en su dramatización a la enfermedad como fuente de conflicto, destacando los médicos en contacto directo.

La percepción de muerte cerebral fue positivamente asociado por la mayoría de las personas en relación con el trasplante, mientras que el público en general refuerza su idea de el que sufre muerte cerebral aún está vivo, mientras que para el personal médico y de enfermería la esta noción de muerte cerebral es altamente aceptada. Por otra parte, las actitudes hacia la donación de órganos y hacia las personas que promueven donación de órganos para trasplante, son totalmente favorables, así como también las ventajas que el trasplante ofrece.

En la investigación se concluye que las pruebas proyectivas arrojan datos satisfactorios ya que permitieron extraer congruencias con las declaraciones, pero también conocer factores y sentimientos que las personas manifiestan algunas veces de manera abierta, lo que conduce a la aproximación de los obstáculos que existen para la donación y el trasplante.

En la Facultad de Psicología de la UNAM se han realizado varias tesis con respecto al padecimiento renal, en una de ellas se elaboró un instrumento que evalúa las percepciones de pacientes con trasplante renal en población adulta (Granados, 1996). Dicho instrumento fue construido en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran", éste consta de 60 ítems divididos en un área médica y tres áreas de interacción: Familiar, personal y social.

Otra de las tesis que se ha realizado (Huazo, 1983), es un estudio en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", en donde se investigó si la enfermedad renal crónica modificaba la imagen corporal de la persona que la padece. La muestra estuvo integrada por 10 niños urémicos de ambos sexos, con una edad de 8 a 13 años y un grupo control de 10 niños sanos. Se utilizaron las siguientes pruebas proyectivas: Tema libre, HTP, autorretrato y la familia. En los resultados se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos a nivel simbólico en cuanto a la ubicación, distorsión y omisiones; concluye que la producción gráfica total de los niños urémicos mostró alteraciones en la imagen corporal y que el paso del tiempo no implicó mayores distorsiones.

También se han estudiado los trastornos de la personalidad que se presentan en las diferentes etapas de la evolución del padecimiento renal en el paciente (Ceballos y Garduño; 1991). Estos anteriores realizaron una investigación en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, de tipo transversal, empleando el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), la prueba de Depresión de Zung y una historia psicodinámica del paciente.

Se formaron cuatro grupos de pacientes mayores de 18 años seleccionados aleatoriamente bajo el criterio del tiempo que tenían de haber sido trasplantados. Encontraron que los pacientes presentan trastornos afectivos de la personalidad y que dichos trastornos varían de acuerdo al tiempo que tengan los pacientes de haber sido trasplantados. En el MMPI, se observó que el paciente con insuficiencia renal se ve matizado por fuertes sentimientos de tristeza, culpa, minusvalía, y una inclinación pronunciada por mantenerse lejos de la gente; son personas sumamente inseguras y con un autoconcepto devaluado, lo que ocasiona que se aislen ante el temor de ser rechazados.

En el cuestionario de Depresión de Zung, se observó que no existen depresiones graves entre los pacientes, pero sí reacciones de ajuste emocional como tristeza,

angustia, miedo, desconcierto, desesperanza, volubilidad, irritabilidad, inconformidad, coraje, sentimiento de minusvalía, culpa e inseguridad.

En cuanto a las historias clínicas se reiteró la presencia de tales rasgos, los cuales se presentan como los más frecuentes a lo largo de toda la evolución del padecimiento desde sus primeras manifestaciones hasta tiempo después de la operación independientemente del tiempo que sea. Estos rasgos emocionales se presentaron de diferente manera e intensidad en cada uno de los grupos, por lo que concluyen que en cada una de las etapas, los pacientes tienen necesidades diferentes y requieren de tratamientos específicos.

En julio de 1980, en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", se realizó un estudio sobre las fantasías de muerte en un grupo de niños urémicos (Blum, Gordillo, Robles y Huazo; 1982); para ello se utilizó el cuestionario desiderativo de Bershtein (1966), el cual es una de las técnicas proyectivas en el que se plantea al niño la situación imaginativa de aniquilarse o desaparecer como persona para pensarse como otro ser no humano, por esto constituyó un instrumento adecuado para explorar la angustia, fantasías y defensas en torno a la muerte. La muestra estuvo constituida por 15 pacientes urémicos, cuyas edades comprendían de los ocho a 18 años de edad.

En la investigación se observó que algunos de los pacientes respondieron negando la consigna de dejar de ser humanos, o escogieron ser aves o flores, con lo cual expresaron primero su angustia ante la muerte y en seguida el temor a la pérdida del movimiento, de sus proyectos, de su belleza o de su sexualidad.

También realizaron otro trabajo (Blum y Gordillo, 1989), en el que abordaban el estudio de la problemática psicosocial de niños con enfermedad crónica, sus familias y equipo asistencial (1980-83). Se estudiaron a 35 niños con uremia crónica terminal y 34 familias, analizándose también las reacciones de los integrantes del equipo asistencial.

Los métodos utilizados fueron observaciones conductuales, entrevistas clínicas, pruebas proyectivas, registros y análisis de sesiones de psicoterapia (grupal, individual, familiar) y de las sesiones de formación Balint.

Observaron que los niños que padecían un síndrome depresivo con angustia y regresión de la personalidad, interfería en su rehabilitación; siendo el deterioro mayor con la prolongación del periodo de diálisis y en los niños de menor edad. La pobreza incrementaba las pérdidas y sentimientos de culpa y reducía los recursos defensivos-adaptativos.

En las familias la enfermedad provocó trastornos psico-sociales (migración, fragmentación, disfunciones estructurales-dinámicas y conflictos inter e intrapersonales. En el equipo asistencial se observó manifestaciones de tensión,

ansiedad y persecución, conductas compulsivas e indiscriminadas y dificultad para comunicarse con pacientes y familiares.

Para disminuir los conflictos que impedía la rehabilitación de los pacientes, se diseñó y se aplicó un abordaje pluridimensional a fin de interrumpir los patrones de interacción patológica y transformarla en terapéutica. Este modelo incluyó intervenciones psicológicas independientes y simultáneas en los grupos (psicoterapia grupal, individual y familiar), ergoterapia y actividades recreativas ocupacionales con los pacientes; grupos de orientación, entrevistas diagnósticas y/o terapéuticas con los familiares y sesiones Balint con el equipo profesional.

Los resultados que se obtuvieron fueron la disminución de la psicopatología de los niños y de los conflictos intra e intergrupos. Se transformaron las pautas interrelacionales iatrogénicas en terapéuticas; disminución de la culpa y de las actitudes de sobreprotección y sometimiento hacia el paciente. Los familiares se hicieron coparticipes de la tarea asistencial. En el equipo asistencial se produjo mayor capacidad de escuchar, intercambio verbal y contención afectiva de pacientes y familiares, reducción de ansiedad y persecución y mejoría en las conductas profesionales.

Concluyeron que el modelo es útil para centros donde se atienden niños con enfermedad crónica, es económico, mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares, hace más eficiente, gratificante y humana la práctica médica.

En el Instituto de Nefrología de Cuba (Verdes y Otero; 1990) Se realizó un estudio para aproximarse a la problemática psicosocial del paciente joven con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. Se estudiaron a 21 pacientes de 12 a 30 años de edad, los cuales fueron comparados con un grupo control de jóvenes sanos seleccionados al azar. Para esta investigación se usaron las siguientes técnicas:

1. Entrevista estructurada
2. Los 10 deseos
3. La composición: "El sentido de mi vida".

Con respecto a la entrevista con los pacientes se encontró que la repercusión de este tipo de padecimiento en el desarrollo social y en general en todas las esferas de acción de estos jóvenes limita su autorealización personal. En la técnica de los 10 deseos se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos; la mayoría de los pacientes sólo mencionaron de 1 a 5 deseos (uno de ellos mencionó 9); a diferencia de los sanos, en donde la mayoría indicaron de seis a 10 deseos, lo que indicó una importante reducción de las aspiraciones en el caso de los pacientes a consecuencia de su enfermedad.

Su tendencia motivacional mas significativa es la relacionada con su salud vinculadas con las necesidades de recuperar la imagen de cómo eran antes y una total insatisfacción con la situación actual. En cuanto al grupo control , la salud constituye la necesidad menos referida. En la composición "El sentido de mi vida", predomina en un 85% de los casos en el grupo control un sentido de vida positivo contra un 52% de los pacientes que cumplen esta condición.

La enfermedad, la salud y la familia son los contenidos mas frecuentes del sentido de vida en los pacientes jóvenes, matizado por la incertidumbre en el futuro, el fatalismo y la ansiedad de aprovechar lo que les pueda quedar. Mientras que en el grupo control, los elementos importantes que aparecen es la familia, la utilidad social, la superación, la pareja y sobre todo la necesidad de vivir, de ser feliz, de disfrutar con una connotación positiva donde prima el amor, el disfrute y la admiración.

Se concluye que la IRCT ejerce una influencia muy desfavorable en la motivación de los jóvenes en su actitud hacia la vida, creando serias dificultades para la realización de sus principales objetivos y de la autodeterminación.

Hernández, Grau y Valdés (1987), de acuerdo con su experiencia en el trabajo de atención psicológica en el trasplante de órganos proponen que esta atención debe desarrollarse en 5 etapas:

1. Estudio psicológico del pacientes preseleccionado (estudio diagnóstico)
2. Preparación psicológica del paciente al que se someterá a trasplante
3. Atención a los familiares en el pre, trans y postoperatorio
4. Apoyo emocional y psicoterapia al pacientes trasplantado en el postoperatorio inmediato
5. Psicocorrección de la personalidad del paciente trasplantado y rehabilitación para su reinserción a su medio sociolaboral habitual.

Mencionan que también se realice un estudio de la personalidad del paciente antes de la operación, incluyendo las siguientes áreas:

1. Capacidad de trabajo intelectual
2. Autovaloración
3. Sistema motivacional y estados psíquicos predominantes
4. Area familiar

Enfatizan la importancia del trabajo interdisciplinario entre los psicólogos y los psiquiatras para intervenir de acuerdo con la personalidad del paciente y de su estado psiquico en particular, así como también la importancia de la interacción constante con el equipo de Enfermería y la tarea de crear condiciones psicológicas favorables para la reinserción del paciente en su medio sociolaboral con posterioridad al periodo de alta clínica.

## CAPÍTULO VII

### METODOLOGÍA

#### INTRODUCCIÓN

##### JUSTIFICACIÓN:

Las enfermedades del riñón pueden causar diversos trastornos funcionales según la localización, gravedad y naturaleza del proceso patológico correspondiente. La uremia (imposibilidad de orinar) es el síndrome clínico que caracteriza la etapa final común hacia la cual tienden, en última instancia, todas las enfermedades renales progresivas. Uno de los trastornos más comunes en caso de enfermedad renal crónica es la perturbación de la capacidad del riñón para variar la concentración de la orina en toda su amplitud normal. La disminución de la capacidad para concentrar aparece finalmente en casi todos los casos de la enfermedad renal progresiva, y en muchos pacientes este defecto es el primer trastorno funcional observado (Cecil-Loeb, 1968). Una gran variedad de tratamientos se utilizan para los pacientes con insuficiencia renal crónica (I.R.C).

En la década de los 40's se publicaron varios artículos, los cuales señalaban el giro que se estaba dando en la conceptualización de la salud y de la evaluación de los cuidados médicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), introdujo la nueva definición de la salud (1947): "La salud no es solamente ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, mental y social del individuo" (WHO, 1947)

En el servicio de urología y nefrología del Hospital General de México, en ocasiones se observan a los pacientes silenciosos, acostados o dormidos. En ciertos casos los pacientes ni siquiera conocían el nombre de su vecino; se refleja en ellos un rostro triste y desalentador.

Clínicamente se observa un cuadro depresivo provocado particularmente por las pérdidas sufridas como son: la salud, la escuela, el trabajo, los amigos, las expectativas futuras etc; las cuales han lesionado su autoestima, produciendo sentimientos de inferioridad, minusvalía y culpa; dicho cuadro se ve acompañado de un estado crónico de angustia principalmente debida a la incertidumbre de su enfermedad, por los procedimientos terapéuticos intrusivos y dolorosos, por las frecuentes hospitalizaciones y sobre todo por la constante amenaza de muerte.

Hoy en día, la ciencia médica no cuenta con tratamientos curativos para la insuficiencia renal crónica (IRC), no obstante, brinda tratamientos alternativos para rehabilitarlos en la medida de lo posible y prolongar la vida. Estos

tratamientos incluyen diálisis peritoneal intermitente (DPI) , diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), hemodiálisis y trasplante renal.

Estos tratamientos afectan diferentes funciones corporales, provocando múltiples trastornos físicos y psicológicos (Blum y Gordillo, 1989), que interfieren en un grado mayor o menor en su estado físico, mental, emocional, social y familiar, es decir, con su bienestar subjetivo, por ejemplo, los pacientes en DPCA, suelen ser tratados por el personal médico y asistencial como personas autónomas, que cuidan de sí mismas y en este sentido "menos enfermas", lo cual contribuye a paliar los efectos que pueden tener sobre la autoestima, la pérdida de relaciones sociales, la disminución del estatus ocupacional, la imposibilidad de realizar algunos proyectos; el tratamiento de hemodiálisis provoca dependencia hacia la máquina, y debido al horario de la misma dentro del hospital no permite al paciente realizar sus actividades cotidianas de manera normal; el trasplante es el que ofrece los mas altos niveles de calidad de vida (Christensen, Holman, 1989); existen dos tipos de trasplante, el de donador vivo y el de donador cadáver, no obstante, el primer procedimiento tiene problemas, ya que se va a mutilar a una persona a la cual se le extirpará un órgano sano, aparte del riesgo, trae repercusiones psicológicas para el donador, para el receptor y para toda la familia, incluyendo al médico (Gordillo , Muñoz ,Feiman ,1981).

Lo anterior nos remite a que indiscutiblemente, aparte de toda la problemática fisiológica y psicológica, el paciente con IRC, no sólo vive situaciones de duelo por la pérdida de salud, si no que también de su vida independiente y autónoma, durante la cual, su tarea principal estuvo enfocada en el trabajo y en cubrir las necesidades que provenían de la familia, quedando excluido del sistema de producción, del papel social y familiar que vino desempeñando a lo largo de su vida, lo que conlleva a la disminución de los ingresos económicos y por supuesto la disminución de su independencia personal, lo que repercutirá en su dignidad y respeto como ser humano, ya que mermará sus posibilidades de toma de decisiones.

Con la enfermedad renal hay una disminución gradual del funcionamiento biológico, psicológico y social, éstas limitaciones producen en el paciente diversas emociones hacia los demás, por ejemplo envidia hacia la salud de las personas sanas que los rodean, así como también hacia las actividades que realizan y que ellos no pueden hacer. Los sentimientos de envidia se califican en términos de descontento, anhelo, mala voluntad y sentimientos de inferioridad (Farber, 1976; Foster, 1972). La envidia es definida como un sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o dañarlo (Klein, 1975)

De esta manera surge la necesidad de estudiar el impacto de los cuidados médicos, el tipo de tratamiento al que son sometidos y a la enfermedad misma en el funcionamiento físico, emocional, familiar, y social (Parfrey, Vavasour, Bullock,

Henry, Harnett, Gault; 1989). Este es un estudio que pretende averiguar cuál es el significado psicológico que tienen los nefrópatas de su enfermedad y de los diferentes tratamientos a los que son sometidos, así como las diferentes emociones que sienten hacia las personas sanas, como lo es la envidia por la salud y la percepción subjetiva de su vida .

#### OBJETIVOS:

- 1) Averiguar cuáles son los significados psicológicos asociados a la insuficiencia renal crónica (IRC), a la diálisis peritoneal (DP), a la hemodiálisis (HD), al trasplante renal (TR) y al Bienestar Subjetivo en pacientes con insuficiencia renal crónica en el servicio de urología y nefrología del Hospital General de México.
- 2) Averiguar si este tipo de pacientes envidian a personas que pueden desempeñar actividades que ellos no pueden
- 3) Desarrollar un instrumento que mida envidia de una manera indirecta, validarlo, confiabilizarlo y aplicarlo.

#### PROBLEMA:

¿ Cuáles serán los significados psicológicos asociados a la insuficiencia renal crónica (IRC), a la diálisis peritoneal (DP), a la hemodiálisis (HD), al trasplante renal (TR), y al Bienestar Subjetivo en pacientes con insuficiencia renal crónica en el servicio de urología y nefrología del Hospital General de México?

¿ Este tipo de pacientes envidian a personas que pueden desempeñar actividades que ellos no pueden ?

## M É T O D O

#### DEFINICION DE CONCEPTOS:

**Insuficiencia renal crónica (IRC):** Es la perturbación de la capacidad del riñón para variar la concentración de la orina en toda su amplitud normal; la disminución de la capacidad para concentrar aparece finalmente progresiva, y en muchos pacientes este defecto es el primer trastorno funcional observado (Cecil-Loeb, 1968).

**Diálisis peritoneal (DP):** A través de la diálisis peritoneal se administran soluciones dializantes y por medio de cambios de concentración osmótica se restaura la composición interna del organismo; se puede llevar a cabo fuera del hospital (diálisis peritoneal continua ambulatoria, DPCA), y se les enseña a los pacientes o a los familiares como se realiza el procedimiento de los recambios, los cuales se deben realizar aproximadamente cada 5 horas, dejando el último recambio toda la noche, o bien se puede llevar a cabo dentro del hospital en días alternos, tres veces por semana durante 10-12 horas por sesión, ésta se lleva a cabo por las noches, al llegar a la sala de diálisis se conecta con los tubos de plástico a los frascos que tienen solución y se le practican de 8 a 10 recambios. El paciente sale por la mañana para continuar con sus actividades habituales. (Whitworth y Lawrence, 1990)

**Hemodiálisis (HD):** Es el procedimiento para extraer la sangre del paciente por tubos de plástico, siendo impulsada por una bomba hacia el riñón artificial, aquí entra a un rollo con membranas de celofán que permite el intercambio de solutos con la solución dialítica que lo baña; la sangre regresa por el otro tubo en forma constante; el procedimiento tiene una duración de 4 a 6 horas tres veces por semana. (Whitworth y Lawrence, 1990)

**Trasplante renal (TR):** Sustitución quirúrgica de un riñón enfermo por uno sano (Cecil-Loeb; 1968)

**Bienestar subjetivo (Mi vida es...):** Es una actitud, cuyos componentes son: la satisfacción con la vida (juicio cognitivo global acerca de la vida) y el balance de los afectos ya sean positivos o negativos (relativa preponderancia de la experiencia emocional placentera sobre la desagradable). (Diener, 1984)

**Envidia:** Es un estado interno inmediato y único en la persona, que desea posiciones, atributos o logros que otra tiene. (Reidl, 1985).

**DISEÑO DE INVESTIGACION:** No experimental, de 1 sola muestra (Kerlinger, 1988)

**TIPO DE ESTUDIO:** Exploratorio.

**MUESTRA:** La muestra quedó constituida por 55 pacientes (27 mujeres y 28 hombres) del servicio de urología del Hospital General de México en el área de hospitalización, todos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC), cuya edad cubrió un rango de 15 a 50 años, con una escolaridad mínima de primaria. El muestreo fue no probabilístico e intencional (Downie, 1970) .

**INSTRUMENTO:** El instrumento que se empleó fue la presentación de un grupo de hojas, cada una de las cuales contenía una frase diferente enumerada varias veces, seguida de líneas en blanco.

En la tarea de asociación libre se le otorgó un minuto al encuestado para responder a cada frase, con todas las ideas relacionadas o aspectos en que puedan pensar. (Díaz Guerrero; Salay Lorand; 1993). Se empleó también el instrumento de envidia que se construyó para medir esta emoción indirectamente.

**PROCEDIMIENTO:** Se les dijo a los pacientes que se está realizando una investigación a través de las asociaciones que se hacen frente a varias frases relacionadas con la enfermedad renal y con su vida, para averiguar cómo son percibidas, con el objetivo de brindarles una mejor rehabilitación en los diferentes tratamientos. Se pidió su colaboración para participar en este estudio, aclarándoles que no tienen que dar su nombre.

La técnica empleada del Análisis Asociativo de Grupos se aplicó en el servicio de urología y nefrología del Hospital General de México, en el área de hospitalización. Se repartió a cada paciente un cuestionario con datos sociodemográficos y 5 hojas; cada una de ellas tenía una frase diferente presentada varias veces y seguida de líneas en blanco. Se les pidió que escribieran todas las palabras que recuerden frente a cada una de las frases presentadas en las hojas; recibiendo las siguientes instrucciones:

Esta tarea consiste en asociar palabras a diferentes frases. No hay respuestas buenas ni malas, por lo tanto escriba espontáneamente en el orden en que se le ocurran. Sus respuestas son completamente anónimas y usted es libre de dar todas las palabras que pueda asociar lo que quiera a cada frase.

La tarea es fácil y sencilla; encontrará una frase escrita en cada hoja de papel; el leer esa frase le hará pensar en otras palabras asociadas; se le pide que escriba tantas palabras como pueda producir durante un minuto. Es importante que emita respuestas de una sola palabra y evite frases u oraciones largas.

Tome en cuenta que al dar sus respuestas siempre parta de la frase estímulo dada. Por ejemplo, si la palabra estímulo fuera mesa y su respuesta fue escribir, al dar las respuestas subsiguientes se deberá referir a mesa y evitar "cadenas de respuestas" como escribir, pluma, lápiz etc. Por favor trabaje sin prisa, pero hágalo lo mejor que pueda para darnos tantas respuestas como le sea posible. Un minuto le será dado para cada frase; al final de cada minuto le pediré que siga con la siguiente hoja. No trabaje mas de un minuto con ninguna frase y no se adelante a leer ni se regrese a otras después.

Una vez terminada esta tarea se les dio el instrumento creado para medir envidia, pidiéndoles que lean las instrucciones cuidadosamente, contestando lo que se les pide, recordándoles que no hay respuestas buenas ni malas, y en esta ocasión no hay un límite de tiempo establecido.

**ANALISIS DE DATOS:** Se realizó un Análisis Asociativo de Grupo, el cual es un método de análisis profundo para evaluar las percepciones, los significados psicológicos y actitudes que afectan el pensamiento y la conducta de grupos sociales o culturales específicos (Díaz Guerrero, Salay Lorand, 1993), también se realizó un análisis de frecuencias (Siegel, 1975) para ver la distribución de los datos sociodemográficos. Para la validez del instrumento se empleó el método de interjueces y validación divergente. Se utilizó para la confiabilidad de consistencia interna el alfa de Cronbach.

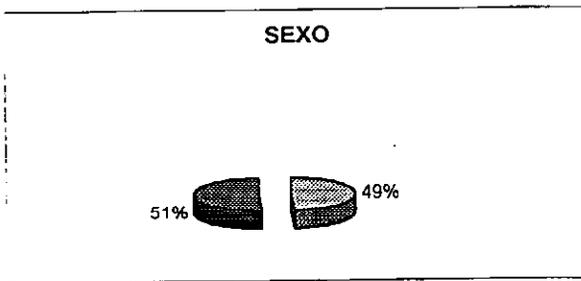
## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

De acuerdo con los datos obtenidos en la presenta investigación se realizó un análisis de frecuencias en cada una de las variables sociodemográficas estudiadas.

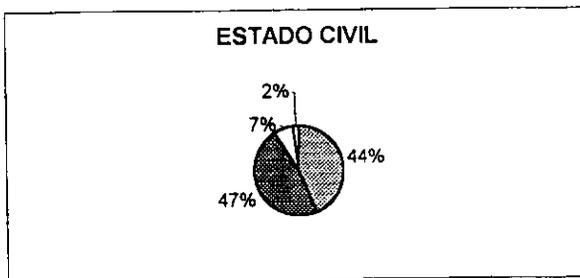
### SUJETOS

Fueron un total de 55 sujetos, 27 (49%) de ellos eran del sexo femenino y 28 (51%) del sexo masculino; las edades fluctuaron de los 15 a los 50 años , siendo la media de 33 años.



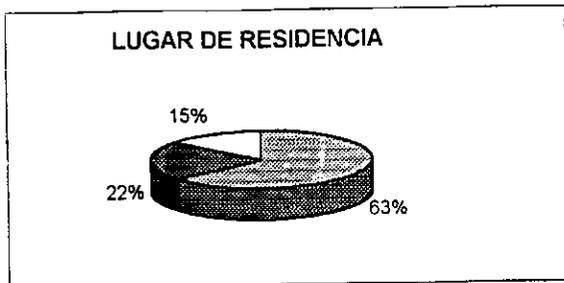
### ESTADO CIVIL

24 (44%) de los sujetos eran solteros, 26 (47%) casados, cuatro (7%) vivían en unión libre y uno (2%) era separado.



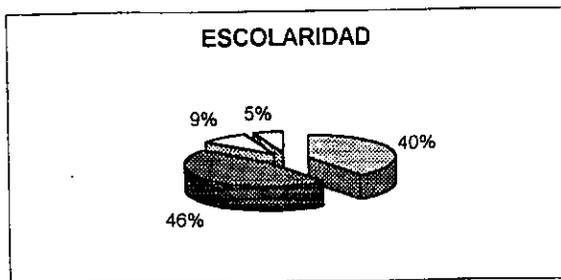
### LUGAR DE RESIDENCIA

Con respecto al lugar de residencia, 35 (63%) de ellos vivían en el D.F., 12 (22%) venían del Estado de México y ocho (15%) de otras partes de la República Mexicana.



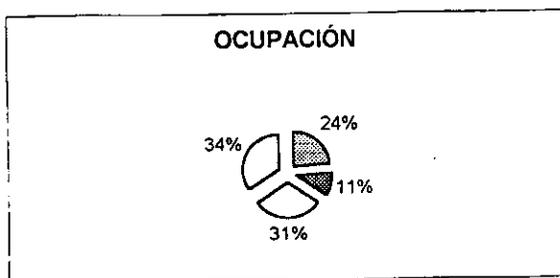
### ESCOLARIDAD

En cuanto a la escolaridad, 22 (46%) de los sujetos cursaron la primaria, 25 (40%) la secundaria, cinco (9%) la preparatoria y tres (5%) cursaron escuela superior.



### OCUPACIÓN

Tomando en cuenta su ocupación, 13 (24%) de los sujetos se dedicaban al hogar, seis (11%) estudiaban, 17 (31%) de ellos tenían otras ocupaciones, y 19 (34%) mencionaron que no hacían nada.



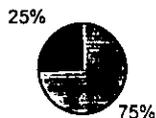
## TIEMPO DE DIAGNÓSTICO

26 de los pacientes fueron diagnosticados hace un año; 12, hace dos años; tres de ellos hace tres años; seis de los casos hace cuatro años; seis, hace cinco años y los últimos dos casos, hace siete años.

## TRATAMIENTO ACTUAL

Finalmente, en cuanto al tratamiento sustitutivo de la función renal, 41 (75%) de los sujetos se encuentran en Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) y 14 (25%) en hemodiálisis; en 38 de los casos era su primer tratamiento, nueve de ellos ya había estado anteriormente en DPI, dos en hemodiálisis y seis de ellos habían tenido un trasplante renal, no obstante, rechazaron el injerto.

## TRATAMIENTO ACTUAL



## INSTRUMENTOS

En la realización del instrumento se hicieron 15 historietas (anexo 1) en donde se plantearon diversas situaciones de la vida cotidiana, plasmándose momentos de envidia. Dichas historietas fueron presentados a 20 jueces expertos en el tema de la envidia, diciendo si la historieta medía o no esta emoción. A continuación se presentan los resultados de este proceso:

HISTORIETAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
% de acuerdo entre jueces de que el reactivo si mide envidia	30	70	65	60	70	80	55	70	35	15	25	60	70	20	90

Finalmente quedaron seis de las quince historietas, teniendo un acuerdo entre jueces del 75%; cada una de las historietas se encuentran divididas en dos partes, en la primera el sujeto tiene que contestar lo que cree que siente el protagonista, y en la segunda tiene que contestar lo que hubiera sentido él si hubiera vivido esa situación. El instrumento tuvo una presentación tipo likert (anexo 2).

A continuación se presentan los resultados de la validación divergente (en versión modificada) del instrumento de envidia:

TABLA 1

	1	2	3	4	5	6
CEL. PACIENTE ENV. PACIENTE	r =0.79 sigt =0.63	r =0.74 sigt =0.21	r =0.52 sigt =0.01	r =0.61 sigt =0.02	R =0.34 sigt =0.04	r =0.77 sigt =0.82
ENOJ. PACIENTE ENV. PACIENTE	r =0.16 sigt =0.01	r =0.58 sigt =0.58	r =0.79 sigt =0.08	r =0.22 sigt =0.19	r =0.37 sigt =0.60	r =0.77 sigt =0.18
ENV. PACIENTE MIED. PACIENTE	r =0.67 sigt =0.05	r =0.14 sigt =0.27	r =0.35 sigt =0.01	r =0.40 sigt =0.00	r =0.59 igt =0.00	r =0.21 sigt =0.04
CEL. PACIENTE ENV. PACIENTE	r =0.38 sigt =0.62	r =0.31 sigt =0.00	r =0.77 sigt =0.15	r =0.37 sigt =0.06	r =0.62 sigt =0.02	r =0.63 sigt =0.13
ENOJ. PACIENTE ENV. PACIENTE	r =0.14 sigt =0.95	r =0.53 sigt =0.01	r =0.67 sigt =0.24	r =0.42 sigt =0.05	r =0.70 sigt =0.01	r =0.93 sigt =0.00
ENV. PACIENTE MIED. PACIENTE	r =0.43 sigt =0.00	r =0.44 sigt =0.00	r =0.57 sigt =0.01	r =0.39 sigt =0.00	r =-0.00 sigt =0.00	r =-0.05 sigt =0.00

Los resultados muestran que de 36 posibilidades de comparar la envidia con otras emociones (celos, enojo y miedo), en cinco de ellas se perciben semejantes a los celos, probablemente porque ambas comparten la sensación de amenaza a la autoestima y tristeza (Schmitt, 1998); en siete se asocia como enojo, lo cual es una reacción normal típicamente producida por la envidia (Farber, 1976), y en sólo una ocasión es asociada con el miedo.

Con lo anterior se puede constatar que los celos, el enojo y el miedo son emociones que forman parte de la envidia (Foster, 1972) y que a pesar de ello el instrumento establece diferencias entre la envidia y los celos, la envidia y el miedo, la envidia y el enojo.

Se procedió a la realización del análisis factorial, observándose que se formaron dos subescalas (factores):

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT	ALFA	MEDIA	MODO
1	3.87	32.3	32.3	0.82	3.47	3
2	1.41	11.8	44.1	0.71	2.85	4

En el primer factor se asociaron los reactivos en los cuales la envidia que siente el paciente la refleja en el protagonista, teniendo un nivel alfa de 0.82 de confiabilidad; una media de 3.47, lo que indica que en promedio las respuestas de los pacientes estuvieron reportadas en la opción número tres del instrumento, siendo ésta opción la que con más frecuencia fue elegida.

En el segundo factor, se conformaron los reactivos en los que el paciente asume sentir la emoción de envidia en su persona, teniendo una confiabilidad alfa de 0.71; una media de 2.85, es decir, que la mayoría en promedio optó por la opción número dos, reportando con más frecuencia la opción número cuatro.

En la tabla 2 se muestran los resultados de las correlaciones del instrumento de envidia:

TABLA 2

	1	2	3	4	5	6
ENV. PACIENTE ENV. PERSONAJE	r=0.22 p=.011	r=0.35 p=0.00	r=0.31 p=0.01	r=0.45 p=0.00	r=0.30 p=0.02	r=0.31 p=0.02
CEL. PACIENTE CEL. PERSONAJE	r=0.70 p=0.00	r=0.56 p=0.00	r=0.79 p=0.00	r=0.10 p=0.46	r=0.72 p=0.00	r=0.46 p=0.00
ENOJ. PACIENTE ENOJ. PERSONAJE	r=0.52 p=0.00	r=0.41 p=0.00	r=0.55 p=0.00	r=0.54 p=0.00	r=0.82 p=0.00	r=0.51 p=0.00
CEL. PACIENTE ENV. PACIENTE	r=0.79 p=0.00	r=0.74 p=0.00	r=0.52 p=0.00	r=0.20 p=0.12	r=0.33 p=0.01	r=0.77 p=0.00
CEL. PACIENTE ENV. PERSONAJE	r=0.38 p=0.00	r=0.32 p=0.02	r=0.77 p=0.00	r=0.37 p=0.00	r=0.62 p=0.00	r=0.63 p=0.00

En los resultados obtenidos, las emociones más significativas que presentan los pacientes con Insuficiencia renal crónica son la envidia, los celos y el enojo, quedando excluida la emoción del miedo.

Como se muestra en la tabla 2, la envidia que cree el paciente que tiene el personaje de la historieta tiene una correlación altamente significativa (excepto en la historieta 1) con la envidia que reporta el paciente cuando se pone en el lugar del personaje.

Se observa también una correlación significativa entre los celos que cree el paciente que tiene el personaje y los celos sentidos por el propio paciente cuando se pone en lugar del personaje.

El enojo es otra de las emociones que tiene una correlación significativa con respecto a lo que dice el paciente que cuando se pone en lugar del personaje, así como el enojo que el paciente cree que siente el personaje.

Por lo que se puede observar en los resultados obtenidos, los celos y la envidia tienen entre sí una correlación altamente significativa.

Como se muestra en la tabla 2, en la historieta 1, los celos y la envidia que siente el paciente estando en el lugar del personaje y lo que creen que siente el personaje, al parecer se confunden, manifestándose los celos y la envidia como semejantes.

En la historieta 2, las emociones que se presentan como semejantes cuando el paciente se pone en el lugar del personaje son: los celos y la envidia ; el enojo y la envidia, por último, la envidia y el miedo.

En la historieta 3; el enojo y la envidia son la emociones que se manejan como semejantes cuando el paciente se pone en el lugar del personaje; mientras que los celos y la envidia; el enojo y la envidia, se manifiestan como semejantes cuando el paciente dice lo que cree que el personaje siente.

En la historieta 4, las únicas emociones que se presentan como semejantes son el enojo y la envidia cuando el paciente se pone en el lugar del personaje.

En la historieta 5 se manifiestan como semejantes el enojo y la envidia, los celos y la envidia; en las primeras emociones, se presentan cuando el paciente se pone en el lugar del personaje, en las segundas se presentan cuando el paciente menciona lo que cree que siente el personaje en la historieta.

Por último en la historieta 6, los celos y la envidia; el enojo y la envidia, se muestran semejantes cuando el paciente se pone en lugar del personaje; por otra parte los celos y la envidia parecen semejantes cuando el paciente dice lo que cree que siente el personaje.

A continuación se presentan los resultados del Análisis Asociativo de Grupos, en las listas de respuestas, cada una va acompañada por una puntuación numérica

(frecuencia), la cual indica cuán importante y qué tan sobresaliente es éste elemento en el significado psicológico que tiene el grupo de pacientes sobre cada uno de los conceptos . (En el anexo 3 se presentan en orden alfabético todas las palabras que asociaron los pacientes con cada uno de los conceptos):

#### INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

PALABRA	FRECUENCIA	CATEGORIA
EDAD	2	
AFECCION	2	
NORMAL	1	
DIABETES	5	<b>ENFERMEDAD</b>
DISFUNCION	4	
ENFERMEDAD	21	
ENFERMO	1	
PELIGROSA	2	
ORGANISMO	1	
<b>SUMA</b>	<b>39</b>	
AGUA	2	
ALIMENTACION	3	<b>ALIMENTACION</b>
DIETA	1	
LIQUIDOS	2	
SAL	1	
RETENCION	2	
<b>SUMA</b>	<b>11</b>	
BAÑOS	2	
DIALISIS	3	<b>DIALISIS</b>
LAVADOS	1	
TRASPLANTE	2	
TRATAMIENTOS	2	
<b>SUMA</b>	<b>10</b>	
CAMAS	2	
CONSULTAS	2	
CONTROL	2	
CUIDADOS	5	
CURACIONES	2	
HOSPITAL	2	
INACTIVIDAD	2	
LIMPIEZA	1	<b>MEDICINA</b>
MEDICAMENTOS	1	
MEDICINA	5	
MEDICOS	2	
OBSERVACION	2	
QUIROFANOS	2	

DONADOR		2
	<b>SUMA</b>	<b>32</b>

DOLOR		1
DOLORES		1
ESCALOFRIOS		3
HINCHAZON		2
INTOXICACION		2
MAREOS		3
NAUSEAS		2
PRESION ALTA		3
SINTOMAS		2
TOXICO		1
VOMITOS		2
ZUMBIDOS		3
PARALIZA		2
	<b>SUMA</b>	<b>26</b>

**SINTOMAS**

**DIALISIS PERITONEAL**

PALABRA	FRECUENCIA	CATEGORIA
24 HRS	1	<b>HORARIO</b>
HORA	2	
<b>SUMA</b>	<b>3</b>	
ABDOMEN	1	<b>ESTOMAGO</b>
ESTOMAGO	5	
PERITONEO	2	
<b>SUMA</b>	<b>8</b>	
ASCOS	2	<b>DOLOR</b>
DOLOR	8	
ESCALOFRIOS	1	
INFECCION	2	
OJOS LLOROSOS	2	
PERITONITIS	4	
PICAN	1	
PICANDO	1	
SINTOMAS	4	
TOXICO	1	
<b>SUMA</b>	<b>26</b>	
ENJUAGUE	2	<b>LAVADO</b>
BAÑOS	3	
LAVADOS	4	
<b>SUMA</b>	<b>9</b>	

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BOLSAS	9	
CAMBIOS	1	
CATETER	10	CATETER
LINEA	3	
LIQUIDOS	7	
MANGUERA	2	
RECICLADORA	2	
<b>SUMA</b>	<b>34</b>	
BUENA	2	
BUENO	2	RATAMIENTO
TRATAMIENTO	8	
<b>SUMA</b>	<b>12</b>	
CONSULTAS	2	
CUIDADOS	2	
CURACION	2	
DESINFECTAR	2	MEDICINA
MEDICAMENTOS	1	
MEDICAMENTOS	2	
MEDICINA	3	
OBSERVACION	2	
<b>SUMA</b>	<b>16</b>	
DESHECHO	1	
TOXINAS	2	TOXINAS
SAL	1	
<b>SUMA</b>	<b>4</b>	
INCOMODO	2	INCOMODO
MOLESTO	2	MOLESTO
<b>SUMA</b>	<b>4</b>	

#### TRAPLANTE RENAL

PALABRA	FRECUENCIA	CATEGORIA
AGUSTO	2	
NACIMIENTO	1	
NORMAL	2	
REPOSO	1	VIDA
SALUD	2	
SANO	4	
VIDA	13	
DIETA	2	
<b>SUMA</b>	<b>27</b>	

ANESTESIA	3
APARATOS	2
CAMBIAR	2
CAMBIO	1
QUIROFANOS	4
QUITAR	2
SANGRE	2
INSTRUMENTOS	2
<b>SUMA</b>	<b>18</b>

**QUIROFANOS**

BUENO	2
TRATAMIENTO	5
<b>SUMA</b>	<b>7</b>

**TRATAMIENTO**

CADAVER	1
COMPATIBLE	1
CONOCIDO	1
DONACION	1
DONADOR	5
DONAR	3
FAMILIAR	5
<b>SUMA</b>	<b>17</b>

**DONADOR**

AYUDA	5
CAMA	2
CONSULTAS	2
DOCTORES	2
HOSPITAL	1
MEDICAMENTO	2
MEDICINA	1
MEDICOS	3
OBSERVACION	4
CONSTANCIA	2
CUIDADOS	2
ANIMOS	1
<b>SUMA</b>	<b>27</b>

**MEDICINA**

CARO	1
COMPRAR	2
COSTOSO	3
<b>SUMA</b>	<b>6</b>

**COSTOSO**

PROBLEMAS	2
RECHAZO	9
<b>SUMA</b>	<b>11</b>

**RECHAZO**

HEMODIÁLISIS

PALABRA	FRECUENCIA	CATEGORIA
AGUA	4	
BOLSAS	2	
ENJUAGUE	2	<b>LAVADOS</b>
LAVDOS	8	
<b>SUMA</b>	<b>16</b>	
APARATOS	2	
CATÉTER	5	
FILTROS	2	<b>MAQUINA</b>
MANGUERA	2	
MÁQUINA	9	
<b>SUMA</b>	<b>20</b>	
CONSULTAS	2	
CONTROL	2	
CUIDADOS	3	
ENFERMERAS	2	
FRECUENCIA	2	<b>CUIDADOS</b>
OBSERVACIÓN	2	
PERSONA	2	
RESPONSABILIDAD	1	
RESPONSABLES	1	
PRESIONES	2	
<b>SUMA</b>	<b>19</b>	
CHUPA	1	
MALO	1	
MALA	1	<b>MALA, PELIGROSA</b>
PELIGROSA	1	
PELIGROSO	1	
SAL	1	
<b>SUMA</b>	<b>6</b>	
MEDICINA	1	
MEJORÍA	1	
SOBREVIVIR	1	<b>TRATAMIENTO</b>
TRATAMIENTO	16	
VIDA	4	
BUENO	4	
AYUDA	4	
<b>SUMA</b>	<b>28</b>	
SANGRE	16	

TRANSFUSIONES	2	<b>SANGRE</b>
CUERPO	2	
<b>SUMA</b>	<b>20</b>	

MI VIDA ES  
(Bienestar Subjetivo)

PALABRA	FRECUENCIA	CATEGORIA
---------	------------	-----------

ABURRIDA	4	
ANGUSTIADA	1	
COMPLICADA	1	
CORRER	2	
DEPRESIÓN	1	
DEPRESIVA	3	
DESDICHADA	2	
DESESPERANZA	1	
DESESPERACIÓN	1	
DESESPERADA	3	
DESGRACIADA	2	
INCIERTA	1	<b>TRISTE</b>
INFELIZ	1	
INTRANQUILA	1	
LLORAR	1	
MAL	2	
NERVIOSO	2	
PILTRAFIA HUMANA	1	
PROBLEMAS	3	
SOLA	1	
SOLEDAD	2	
TRISTE	12	
VACÍA	1	
<b>SUMA</b>	<b>49</b>	

AGUSTO	1	
ALEGRE	6	
BONITA	9	
CALMADA	2	
COMÚN	2	
DISFRUTAR	2	
DIVERTIDA	2	
EN PAZ	1	
FELIZ	9	<b>BONITA, FELIZ</b>
GANAS	2	
LÍBRE	2	
NORMAL	6	
PREPARAR	1	
PREPARACIÓN	1	
TRANQUILA	4	
VIDA	1	

VIVIR		4	
	<b>SUMA</b>	<b>55</b>	
CONVIVENCIA		2	
FAMILIA		2	
HIJOS		4	
NIÑOS		1	<b>HIJOS</b>
PASEOS		2	
CHIQUEAN		2	
	<b>SUMA</b>	<b>13</b>	
AGITADA		2	
DURA		2	
LIMITADA		4	<b>ENFERMEDAD</b>
ENFERMEDAD		5	
	<b>SUMA</b>	<b>13</b>	
FUTURO		4	
LUCHAR		1	
METAS		2	<b>FUTURO</b>
VISIÓN		1	
ESTUDIOS		2	
	<b>SUMA</b>	<b>10</b>	

En el cuadro siguiente se presentan las categorías en donde de acuerdo a las puntuaciones dominantes en cada una de las frases (IRC, HD, DP, TR y BS) presentadas a los pacientes, se revelan los significados psicológicos más importantes que el grupo otorga a cada una de éstas:

IRC	SUMA	DP	SUMA	TR	SUMA
1 Enfermedad	39	1 Catéter	34	1 Vida	27
2 Medicina	32	2 Dolor	26	2 Medicina	27
3 Síntomas	26	3 Medicina	16	3 Quirófanos	18
4 Alimentación	11	4 Tratamiento	12	4 Donador	17
5 Diálisis	10	5 Lavado	9	5 Rechazo	11
<b>PROMEDIO</b>	<b>23.6</b>	6 Estómago	8	6 Tratamiento	7
		7 Toxinas	4	7 Costoso	6
		8 Incómodo, Molesto	4	<b>PROMEDIO</b>	<b>16.4</b>
		9 Horario	3		
		<b>PROMEDIO</b>	<b>12.8</b>		

HD	SUMA	MI VIDA ES: (BS)	SUMA	CATEGORÍAS	PROMEDIO
1 Tratamiento	28	1 Bonita, feliz	55	1 BS	28
2 Máquina	20	2 Triste	49	2 IRC	23.6
3 Sangre	20	3 Hijos	13	3 HD	17.3
4 Cuidados	19	4 Enfermedad	13	4 TR	16.4
5 Lavados	16	5 Futuro	10	5 DP	12.8
6 Mala, peligrosa	16	<b>PROMEDIO</b>	<b>28</b>		
<b>PROMEDIO</b>	<b>17.3</b>				

Como se puede observar éste grupo de pacientes se encuentran mas preocupados por su bienestar subjetivo, seguido de la insuficiencia renal crónica y posteriormente por lo tratamientos de HD, TR y DP.

Por otra parte , en el bienestar subjetivo , tal como lo plantea Diener (1984), se observan claramente sus dos componentes, el afectivo en sus dos modalidades (positivo y negativo) y el cognoscitivo:

APECTIVO	SUMA	COGNOSCITIVO	SUMA
1 Feliz (positivo)	55	1 Bonita	55
2 Triste (negativo)	49	2 Hijos, enfermedad	13
		3 Futuro	10

## CAPÍTULO IX

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

#### DISCUSIÓN

En relación al primer objetivo, se discutirán las categorías formadas en orden de importancia psicológica ( este orden de importancia fue tomada en función de las prioridades psicológicas características de este grupo en particular, deducido por el número de respuestas dadas a las frases estímulo ) en cada una de las frases.

En la frase Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se formaron cinco categorías: enfermedad, medicina, síntomas, alimentación y diálisis.

En la frase Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) se formaron nueve categorías: catéter, dolor, medicina, tratamiento, lavado, estómago, toxinas, incómodo-molesto y horario.

En la frase Trasplante renal (TR) se formaron siete categorías: vida, medicina, quirófanos, donador, rechazo, tratamiento y costoso.

En la frase Hemodiálisis (HD) se formaron seis categorías: tratamiento, máquina, sangre, cuidados, lavados, mala-peligrosa.

En la frase "Mi vida es" (BS) se formaron cinco categorías: bonita-feliz, triste, hijos, enfermedad y futuro.

Con respecto a todas las frases estímulo, las de mayor importancia psicológica para el grupo de pacientes estudiados fue en primer lugar el bienestar subjetivo, seguida de la insuficiencia renal crónica, vale decir, la enfermedad misma, y posteriormente los tratamientos de hemodiálisis, trasplante renal y diálisis peritoneal intermitente.

Lo anteriormente descrito evidencia el impacto subjetivo que tiene la enfermedad renal en la vida de los pacientes , mostrando así mismo la preocupación que tienen hacia la incertidumbre de un futuro, empleando mecanismos de defensa del yo, que funcionan como protección de un "no querer saber" acerca de la enfermedad, de la muerte, de las debilidades, de las inseguridades y sobre todo de las realidades terribles de su mundo interno y externo, en este caso su enfermedad y todas sus implicaciones; de esta manera se protegen contra las tensiones y contra las angustias asociadas a situaciones inaceptables, amenazantes y atemorizantes (Freud, A., 1977).

Es probable que los pacientes hayan significado las palabras de las categorías "feliz y bonita" como un resultado de prestar atención en su circunstancia y su

acontecimiento como emoción de bienestar deseable para ellos (Ortony, Clore, Collins, 1998).

Muestran también la preocupación que tienen hacia sus hijos, dando un lugar importante a la familia y a las relaciones interpersonales (Díaz Guerrero, 1986). Los datos obtenidos muestran que la IRC representa la segunda característica de importancia psicológica para los pacientes, ya que como se ha evidenciado a lo largo de este recorrido por la enfermedad renal, éste padecimiento es progresivo, de larga duración e irreversible, limita la vida de las personas que la padecen; se hace necesario cambiar el estilo de vida, reorganizar las actividades, proyectos; se originan pérdidas en este proceso que consumen gran parte de su energía. Provocan a su vez daños no solamente orgánicos, también psíquicos, emocionales y sociales y causan un deterioro irreversible, que poco a poco conduce a un destino fatal.

Posteriormente se presta importancia a los tratamientos, en primer lugar a la hemodiálisis, ya que al ser uno de los métodos intrusivos psicológicamente más impactante que la diálisis peritoneal continua ambulatoria e intermitente (Blum y cols., 1984), atenta contra la integridad física. El paciente se ve invadido por una gran variedad de estímulos que no puede controlar ni procesar psíquicamente, quejándose frecuentemente de dolor y miedo, que posteriormente se convierte en sufrimiento, desamparo y agotamiento.

Luego sigue el trasplante renal como un anhelo de esperanza, ya que al ser uno de los tratamientos que ofrece los más altos niveles de calidad de vida (Christenesen, Holman, 1989), se vive como una de las mejores alternativas ante la enfermedad. No obstante, debido a las complicaciones que conlleva un trasplante es poco frecuente que en el Hospital General de México se lleven a cabo; el principal problema es la donación de órganos cadáver, y en segundo lugar la donación del órgano por parte de un familiar. Esto trae consigo repercusiones psicológicas para el donador, para el receptor, y para toda la familia, incluyendo al médico (Gordillo, Muñoz, Feiman; 1981).

Por último, la diálisis peritoneal que es uno de los tratamientos menos impactantes psicológicamente hablando, y permite por periodos de un año o más una calidad de vida aceptable (Bohorques, Rivas, Fernández, Martínez y Martínez, 1988).

Cualitativamente hablando hubo presencia de angustia, depresión, incertidumbre, desesperanza, soledad, tristeza, corroborando con esto los sentimientos encontrados en los estudios que realizaron con pacientes nefróticos Blum y cols. (1989); Otero y Verdes (1991); Pimienta, Pulido y García (1998).

Los pacientes con esta enfermedad tienen alteraciones importantes en su imagen corporal, tanto en forma integral como en partes específicas del cuerpo (Huazo, 1983). En esta investigación se reporta un caso, en donde el paciente se vivencia

subjetivamente como "una piltrafa humana", probablemente debido al daño orgánico y funcional, a los procedimientos intrusivos y las experiencias de dolor repetidas que han "agujereado" real e imaginariamente los límites corporales y personales de este paciente, produciéndose con esto alteraciones en el esquema e imagen corporal (Blum, Gordillo, y Grünberg, 1996).

En este estudio, los celos y el enojo tuvieron una alta correlación con la emoción de envidia, probablemente debido a que los sentimientos de envidia se relacionan con términos de descontento, anhelo, mala voluntad, sentimientos de inferioridad (Farber, 1976 y Foster, 1972) y cólera (Bacon, mencionado por Berke, 1989); mientras que los celos involucran sentimientos de ansiedad temor ante la pérdida, sospecha y enojo frente a la traición (Foster, op.cit., Hupka, 1984; Mathes , Adams y Davies, 1985).

Al igual que las investigaciones de Salovey y Rodin (1986), tampoco se encontró distinción entre la emoción de envidia y la de los celos, manejándose como semejantes ambas emociones, probablemente debido a la frecuencia de ocurrencia conjunta. Por ejemplo, cuando la pareja romántica presta atención a un rival atractivo , la persona puede sentirse celosa de la relación especial que mantiene con su pareja, y envidiosa del rival por ser tan atractivo (Schmitt, 1988); también puede deberse a alguna forma de hostilidad , ya que la envidia produce resentimiento y rencor, los celos pueden producir enojo ante la traición de la pareja, ambas comparten de alguna manera la sensación de amenaza a la autoestima y tristeza (la envidia por el sentimiento de inferioridad y anhelo, y los celos por el rechazo y la pérdida).

Culturalmente, en México, es "bien visto" hacer "lo que se debe" (La Rosa y Díaz Loving; 1988), y lo que se debe es no sentir envidia hacia los otros. Siendo la envidia más despreciable que los celos (Reidl, M., Guerrero, V., 1998 ) , ésta fue puesta en el personaje de la historia y no en el propio paciente cuando se ponía en el lugar del éste.

Es importante estudiar la emoción de envidia, ya que es una emoción que todos los seres humanos tenemos y en el caso de una enfermedad terminal se puede exacerbar y con esto obstaculizar la rehabilitación del paciente. Si se admite que se siente envidia, se pueden hacer reparaciones (Klein, 1975) y mejorar el bienestar psicológico, emocional y físico, lo cual repercutirá de manera favorable en la vida de quien padece la enfermedad renal, sobre todo si se considera la psicoterapia y actividades de grupo (sociales y educativas) , las cuales resultan técnicas muy adecuadas para éste fin (Gordillo, Blum y Grünberg, 1996).

Se ve que el camino que se recorre en la enfermedad renal todavía es muy largo, y aún existen muchas cosas por hacer. El médico, por su formación personal atiende a la enfermedad del paciente más no al enfermo; ya que es éste el profesional encargado de observar y diagnosticar el padecimiento. por medio de

signos objetivos y específicos, ayudándose en la mayoría de las veces por la tecnología. Pero, para tener una mejor comprensión de la enfermedad se deben también tomar en cuenta los síntomas subjetivos que reporta el paciente (ya que en muchas ocasiones, la enfermedad no necesita tratamiento, pero sí lo necesita el enfermo; Gordillo, 1983) para que ambos sean interpretados de acuerdo a un contexto determinado y encaminar de una mejor manera el tratamiento.

Por otra parte cabe señalar, que la utilización de la tecnología en la aplicación de los diferentes tratamientos dialíticos, es un factor que distrae la mirada del médico hacia el paciente, anulando el gesto del dolor, del sufrimiento, de la impotencia, del miedo; olvidando al mismo tiempo la angustia y desesperación de la familia. De lo anterior deriva la importancia de cuidar la relación médico-paciente, ya que como lo menciona Balint (citado por Gordillo, 1983) el médico, al igual que la institución hospitalaria, es una medicina, pero cuya nosología no aparece registrada en ninguna farmacología, por lo que es muy susceptible de llegar a ser yatrogénica. Su administración puede resultar muy escasa y por lo mismo, ser inoperante o puede ser exagerada y convertirse en tóxica.

## CONCLUSIONES

El significado de cualquier cosa, evento o acción, nunca se manifiesta en el vacío, si no en un entorno concreto, vale decir, una circunstancia (Medina, 1988) y un acontecimiento (Ortony, Clore y Collins, 1998).

La situación de los pacientes con respecto a su enfermedad, los coloca dentro de una circunstancia o ambiente (hospitalización) y un acontecimiento (enfermedad renal), lo cual determinó en gran medida los significados que otorgaron a los diferentes conceptos.

Se tiene entonces que para los conceptos o temas de insuficiencia renal crónica (IRC), hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal intermitente (DPI) y trasplante renal (TR), los pacientes significaron éstos en términos médicos, formando las categorías como producto del conjunto de significados construidos de acuerdo a éstos conceptos.

También las categorías que resultan del Bienestar Subjetivo (mi vida es) tuvieron una fuerte influencia del entorno ambiental, es decir, de la circunstancia de hospitalización de la propia enfermedad renal que enfrenta el paciente.

Se ve en esta investigación que efectivamente, como menciona Diener (1984), en la medición del bienestar subjetivo aparecen los componentes: cognoscitivo y afectivo en sus dos modalidades, positivo y negativo.

En las emociones están involucrados conceptos y creencias que se aprenden en determinadas culturas y en formas diferentes, por ejemplo, situaciones que en nuestra sociedad provocan celos, envidia, llanto, dolor o tristeza, pueden no provocarlas en otras, además la forma de expresarlas y canalizarlas también difiere.

La manera en que se expresan o se dominan las emociones depende del significado y de la importancia que la cultura otorgue a las acciones del sujeto en el entorno social; así pues, se tiene que las emociones son el resultado de las interpretaciones, de la importancia (Lazarus y Folkman, 1991; Ortony, Clore, Collins, 1998), de la circunstancia (Medina, 1998), del acontecimiento (Ortony y cols, op.cit) y el significado personal de una transacción (Lazarus y col. op.cit.).

El lenguaje (verbal y no verbal, compuesto por símbolos, signos y señales) es exclusivamente de la especie humana, es un medio por el cual se pueden expresar ideas, pensamientos, emociones, etc., y es justamente en la comunicación en donde los significados se van construyendo, en donde se arman y en donde radican los significados de lo que son las cosas, los valores, los sentimientos, las intenciones, la identidad, la ciencia y en general...la vida. Y es justamente este discurso el que da cuenta de las percepciones y vivencias psicológicas de bienestar subjetivo que experimentan las personas; en este caso, una población tan particular como los son los pacientes con una enfermedad crónica terminal, es decir, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

El significado psicológico, igual que la emoción es inseparable de una circunstancia (Medina, 1998) y/o de un acontecimiento (Ortony, Clore, Collins, 1998) de significación en donde éste se realiza. Por lo cual, los pacientes con esta enfermedad crónica pertenecen a un grupo particular de una población específica, lo cual explica la convencionalidad (Medina, L., 1998) en los sistemas simbólicos que emplearon para expresar los significados de la Enfermedad Renal, así como de la vivencia de Bienestar Subjetivo ante ésta.

Se observa que las "fuerzas culturales" (tales como los valores, compromisos, y creencias compartidos por los miembros se derivan en parte de las reglas e instituciones sociales que determinan modelos transmitidos de generación en generación., Kemper, 1978), tuvieron una fuerte influencia, ya que al ser la envidia y los celos sentimientos socialmente indeseables (Reidl, Guerrero, 1998) para los pacientes es más fácil decir que están celosos, que admitir que sienten envidia hacia las personas sanas que pueden realizar actividades que ellos no pueden realizar.

Se ha visto a lo largo de la investigación la importancia que tiene la medicina sobre el conocimiento de la enfermedad, de la anatomía y fisiología en el ser humano, pero sobre todo se ha **resaltado** la importancia que tiene el conocimiento de la noción subjetiva del paciente ante la enfermedad a través del

significado psicológico que le otorga, ya que de esto depende en gran medida el cómo vive y enfrenta su enfermedad. Teniendo el conocimiento de la vivencia subjetiva del sujeto, su puede realizar una intervención psicológica (además de los tratamientos fisiológicos) orientada a un cambio de la posición subjetiva en pro de un bienestar integral.

La subjetividad versa primeramente en la posición subjetiva que tienen los pacientes ante un hecho, ante la vivencia de éste; después ante el hecho mismo y sus tratamientos derivados.

Como se ha visto en el recorrido de este estudio, existe controversia entre lo subjetivo y lo objetivo y la manera en que cada una explica lo observado.

Parece ser que la dificultad de no contar con recursos teórico metodológicos válidos científicamente, conduce a veces a empobrecer los hallazgos del encuentro con el campo de investigación, queriendo brindar a los relatos coherencia y estructura, siguiendo inconsciente un criterio de autoridad que rige la manera de hacer ciencia. Aparece aun en la escritura la necesidad de hablar en tercera persona como si el relator no pudiera apropiarse de su palabra sin ser censurado. La voz del autor cuando aparece en la investigación y es parte de la misma, es rechazada.

Por último cabe mencionar que el Análisis Asociativo de Grupos (AAG) es una buena técnica para conocer la subjetividad de los grupos a través de los significados psicológicos de temas particulares. Es OTRO método de aproximación científico que permite observar el fenómeno de diferente manera y, que dada su naturaleza (no sigue el rigor científico) no deja de ser válido y confiable.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones de esta investigación radica en el acceso a los pacientes con trasplante renal que se dificulta debido al gran problema de donación de órganos en México, principalmente por autorizar la donación de órganos de un familiar cuando le han diagnosticado muerte cerebral, puesto que aún no han cesado totalmente sus signos vitales; entre otros obstáculos se encuentran (Mansur, 1990):

1. El desconocimiento que los familiares tienen de la voluntad de su pariente de donar sus órganos.
2. El temor a violar la voluntad del familiar por el desconocimiento de su propósito de ser donador.
3. El temor de mutilar al ser querido.

4. La falta de información sobre el marco jurídico que regula la donación, procuración y disposición de órganos.
5. La circulación de rumores negativos sobre el destino de los órganos.

Y por otra parte se encuentran también las vicisitudes (dificultades físicas, psicológicas, emocionales y morales) que enfrenta la familia y sobre todo el pariente que va a ser el donador vivo relacionado.

Otra limitante de la investigación con respecto a la muestra, es que no se estudió a la población en diálisis continua ambulatoria (DCA), ya que el Hospital General de México no cuenta con ese servicio.

Se sugiere que en futuras investigaciones se tome en cuenta la población en este tratamiento sustitutivo de la función renal, así como aquellos que lograron un trasplante renal.

También se sugiere investigar el significado psicológico de la enfermedad renal, los diferentes tratamientos, del personal médico y asistencial, así como la envidia en población infantil, y sobre todo cómo perciben psicológicamente su vida; ya que sabiendo estos datos se puede dar una mejor orientación en la rehabilitación del paciente.

Aunque en general, las decisiones del hombre son conscientes, se debe tener presente, que una parte de los mecanismos psíquicos de regulación de la personalidad resultan imperceptibles para el sujeto y para el investigador, por lo que pueden ser estudiados a través de la actividad que ellos generan de modo de vida característico de cada persona. Por ejemplo, no tener consciencia de rasgos negativos como la agresividad o la inseguridad, es una cualidad psíquica que al realizarse en actividad vital del individuo en un determinado modo de vida, puede originar comportamientos y formas de adaptación muy disímiles. Por tanto, es recomendable orientar la investigación en la búsqueda de la correlación entre los mecanismos psíquicos de regulación de la personalidad y la actividad vital o modo de vida característica de los grupos y los individuos.

Llegar a conocer la interacción entre la personalidad y el modo de vida, puede brindar una importante información para una dirección científica del modo de vida y la educación de la personalidad, que determinen un adecuado estado de salud físico, psíquico y emocional.

## R E F E R E N C I A S

- Andrews, F. (1981). Objective Social Indicators, and social account systems. Social accounting systems. New York:Academic Press, Inc.
- Andrews, F., Inglehart, R. (1979). The structure of the subjective Well-being in nine western societies. Social Indicators Research. Vol. 6 (1):73-90
- Andrews, F., Withey, S. (1976). Social Indicators of Well-being :American's perceptions of quality of life. New York:Plenum.
- Basch, S. (1973). Tehe intrapsichic integration of a new organ. A clinical study of kidney transplatation. Psychoanalitic quarterly. Vol. 42 (3):364-384.
- Basch, S., Brown, F., Cantor, W. (1981). Observations on body image in in renal patients.Plenum medical book company. Pag. 93-100.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. Suplement Medical Care . 27: 3 148-156.
- Bergner, M., Bobitt, R. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med. Care. Vol.(19):787-805.
- Berke, J. (1989). El mal de ojo. Clínica y Análisis Grupaf. Vol. 11:349- 367
- Billin, M. (1987). Arguing and Thinking. A rhetorical Approach to Social Psychology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blum, G., Gordillo,P., Robeles de Fabre, T., Huazo, C. (1982). Fantasías de muerte en un grupo de niños urémicos. Boletín . Médico del Hospital Infantil de Mexico. Vol.39 (3)
- Blum, G., Gordillo,P.(1989) Problemática psicosocial del niño con enfermedad cronica. Boletín . Médico del Hospital Infantil de Mexico. Vol. 46:352
- Bohorques, R., Rivas, R., Fernández, O., Martínez, A. , Martínez, I. (1988). Diálisis peritoneal en los urémicos diabéticos y no diabéticos. Nefrología Mexicana. Vol. 10 (3):97-102.
- Bradburn, N (1969). The structure of the Psychological Well-being. Chicago:Aldine.
- Bradley, A., Beverly, C., Stanley, H., Uri, A. (1992). Residential Summer Camp for children with end-stage renal disease. Child Nephrology and Urology. 12:212-215.

- Braier, L. (1979). Diccionario Enciclopédico de Medicina. Barcelona, España. Ed. JIMS
- Brenner, S., Bartell, R (1983). The psychological impact of unemployment : A structural analysis of cross-sectional data. Journal of Occupational Psychology. Vol. 56: 129-136.
- Brief, A., Brucher, A., George, J., Link, K. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective Well-being: The case of health. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 64: 646-653.
- Bruner, J. (1990). Actos de Significado. Más allá de la Revolución Cognitiva. Madrid:Alianza. 1991. Trad.: Gómez, C., Linaza, J.
- Bruner, J. (1990). Acts of Meaning. Cambridge, Mass: Harvard University Press
- Bryant, F., Marquez, J. (1986) . Educational Status and the structure of subjective Well-being in men and women. Social Psychology Quarterly. Vol. 49:142-153.
- Bombardier, C., Russel, J. (1986). Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Journal Medical. Vol. 81:565-578.
- Campbell, A. (1981). The sense of Well-being America. New York: McGraw Hill.
- Cantril, H. (1967). The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University. Press.
- Cecil-Loeb. (1968). Tratado de Medicina Interna. México:Interamericana
- Christensen, A. , Turner, C., Smith, o., Holman, J. (1991). Health Locus of Control and Depression in End-Stage Renal Disease.
- Coates, A., Gebski, V. (1987). Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. Engl. Medical. (317):1490-1495.
- Cobos, B. (1996). Calidad de vida en el paciente con psoriasis. Tesis de Maestría. UNAM.
- Cole, M. , Scribners. (1977). Cultura y pensamiento. México: Limusa p. 38-40.

- Costa, P., McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective Well-being: Happy and unhappy people. Journal and social Psychology. Vol. 38:668-678.
- Costa, P. , McCrae, R. (1984). Personality as a Lifelong Determinant of Well-being. Emotion in Adult Development. Beverly Hills: Sage.
- Costa, P., Zonderman, A., McCrae, R., Corino-Huntley, J., Loke, B., Barbano, H. (1987). Longitudinal Analysis of Psychological Well-being in a National Sample:Stability of Mean Levels. Journal of Gerontology. Vol. 42:50-55.
- Croog, S., Levine, S. (1986). The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. Engl. Medical. (314): 1657-1664.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow: The psychology of optimal experience. New York:Harper Perennial.
- De Haes, J. Van, K. (1985). The quality of life of cancer patients. Areview of the literature.Soc. Sci. Med.. Vol. 20:809-817.
- Díaz Guerrero, R. , Salay ,L. (1993). El mundo subjetivo de mexicanos y norteamericanos. México:trillas
- Díaz Guerrero, R. , Salas M. (1975). El diferencial semántico del idioma español. México: Trillas .p 28-37.
- Diccionario Enciclopédico de Medicina. (1989).España:JIMS.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1980). México: Salvat . 609, 333.
- Downie, N. (1970).Basic Statistical Methods. New York: Harper & Row Publishers INC.
- Enciclopedia Salvat Monitor (1966). Pamplona España: Salvat. P. 708
- Evans, D., Burns, J., Robinson, W. , Garrett O. ( 1985). The Quality of life Questionnaire: a multidimensional measure. American Journal Community Psychology. 13: 305-322
- Farber, L (1976). Living, despair, jealousy, envy, sex, suicide, drugs, an the goos life. Nueva York: Basic Books.
- Feiman,R., Mena, C., Gordillo, P.(1981). Diálisis Peritoneal Crónica en la infancia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. México (38). No.3.

- Feinstein, A. (1987). Clinimetric perspectives. Journal Chronic Disease. 40: 635-640
- Figueroa, J., González, E., Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: Las redes semánticas. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 13 (3):447-458.
- Finlay, A., Coles, E. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. Clin. Dermatol. Vol. 19 (3).210-216.
- Foster, G. M. (1972) . The anatomy of envy: A study in symbolic behavior. Current Anthropolgy. Vol. 13 : 165-202.
- Freud, S. (1913-1914). El interés Psicológico. Obras Completas. Vol. 13. Ed. Amorrortu.
- Fried, A ., Fried, F. (1981). Biochemical Correlatos of Depression in hemodialysis patients. Dialysis and transplantation. (9) 4: 364-373.
- Frost, R., Green, M. (1982). Duration and post-experimental removal of Velten mood induction procedure effects. Personality and Social Psychology Bulletin. Vol. 8: 341-347.
- García, S. (1993). El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental. Tesis de maestría. UNAM.
- Gelber, R. , Goldhrisch , A. , Cavalli, F. (1991). Quality of life adjusted evaluation of adjuvant therapies for operable breast cancer. Annals Intern Medicine, 114:621-628.
- Gerrod, P., Smith, R. (1993). Distinguishing the experiences of envy and jealousy. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 64 (6):906-920.
- Gerger, K. (1991). El Yo saturado. Dilemas de la identidad en el Mundo Contemporáneo. Barcelona:Paidós. Trad.: L. Wolfson.
- Gerger, K. (1994). Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la Construcción Social. Barcelona:Paidós. 1996 Trad.: F. Meier Ortí.
- Gill, M. , Feinstein, A. (1994). Valoración Crítica de la calidad de los instrumentos de medición de la calidad de vida. JAMA , 272: 235-244.
- Gordillo, P. (1983). La percepción de la dolencia y el diagnóstico de la enfermedad. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Vol 40 (6):293-295.

- Gordillo, P., Muñoz, R., Feiman, R. (1981). Diálisis Peritoneal Crónica. Sesión de sesiones clinicopatológicas del Hospital Infantil de México. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. México. Vol 38 (2)
- Granados, M. (1996). Elaboración de un instrumento para evaluar las percepciones del paciente con trasplante renal. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Guyatt, G., Cook, D. (1994). Calidades de vida: las que se relacionan con la salud y las demás. JAMA. (273):224-225.
- Guyatt, G., Thompson, P. (1985). How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease?. JChron Dis. Vol. 38:517-524.
- Harré, R., Guillet, G. (1995). He Discursive Mind. Londres: Sage
- Hamburger, J., Crosmier, J., Grunfeld, J. (1982). Nefrología. Ed. Científico Técnica. Cuba.
- Headey, B. (1981). The quality of life in Australia. Social Indicators Research. Vol. 9 (2): 155-182.
- Hernández, M., Grau, A., Valdéz, M. (1987). La atención psicológica y psiquiátrica al paciente trasplantado. Acta Médica. 1 (1):65-73.
- Huazo, V. (1983). Imagen corporal en niños urémicos. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Kaes, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., Vidal, J. (1987).
- L' institution et les institutions. Paris. Ed. bordas.
- Kammann, R., Farry, M., Herbinson, P. (1984). The analysis and Measurement of Hapinnes as a Sense of Well-being. Social Indicators Resesarch. Vol 15:91-115.
- Kemper, T. (1978). A social interaction theory of emotions. Nueva York. Wiley.
- Klein, M. (1975). Envidia y Gratiud. Obras Completas. Vol.3 . Buenos Aires: Paidós
- Kozma, A., Stones, M. (1980) The Measurement of Happiness: Development of the Memorial University of Newfoudland Scale of Happiness (MUNSH). Journal of Gerontology. Vol 38: 626-628.

- Kozma, A., Stones, M., McNeil, J. (1991). Psychological Well-being in Later life. Toronto: Butterworths Canada Ltd.
- Larsen, R., Diener, E., Emmons, R. (1986). Affect intensity as an individual difference characteristic. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 51:803-814.
- Lanch, F., Valderraban, F. (1990). Diálisis y trasplante renal. México: Norma . p. 1064.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Center Morale Scale: A revision. Journal of Gerontology. Vol. 30:85-89.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1991). Passion and Reason. Nueva York: Oxford University Press.
- Legrain, M., Suc, J. (1983). Manual de nefrología. 2ª edición. México: Masson.
- Levine, Z. (1987). Manual del cuidado del paciente renal. México: Interamericana
- Loke, B. (1975). An essay concerning human understanding. Oxford, England: Oxford University Press.
- Lucas, R., Diener, E., Suh, E. (1996). Discriminant validity of Well-being measures. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 71:616-628.
- Maher, B. (1983). Psychosocial aspects of chronic hemodialysis. Kidney International. (23) 13:50-57
- Mansur, B. (1990). Donación de órganos en México. Ed. Fundación Mexicana para la Salud.
- Maslow, A. (1963). Motivación y Personalidad. Barcelona: Sagitario.
- McGill, V. (1967). The idea of happiness. New York: Praeger.
- Medina, L. (1997). La dimensión sociocultural de la enseñanza. La herencia de Vigotsky. México: Organización de los Estados Americanos- Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa.
- Medina, L. (1998). Cultura, Mente y Significado. La Psicología social en México. Vol. VII:445-449

- Melchor, J., Gracida, C., López, A., Ibarra, A. (1997). Evolucion de 45 pacientes con disfunción crónica del trasplante renal. Revista Mexicana de Nefrología México. (18).No. 2, 115-126
- Michalos, A. (1980). Satisfaction and happiness. Social Indicators Research. Vol. 8: 385-422.
- Michalos, A. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). Social Indicators Research. Vol. 16 (4): 347-414.
- Murray, H. (1958). Explorations in Personality. New York: McGraw Hill
- Neugarten, B., Havighurst, R., tobin, S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. Journal of Gerontology. Vol. 16:134-146.
- O'Bryant, S., Morgan, L. (1989). Finantial Experience and Well-being among mature widowed women. The Gerontologist. Vol. 29:245-251.
- Olsson, G., Lubsen, J. (1986). Quality of life after myocardial infarction: Effect of long term metoprolol on mortality and morbidity. Engl. Journal Medical. (292):1491-1493.
- Ostron, T. (1969). Ther relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. Journal of Experimental Psychology. Vol. 5:12-30.
- Otero, M., Verdes, C. (1990). Atención Psicológica a pacientes con Insuficiencia renal crónica. Revista Cubana de Psicología. Vol VII (2): 105-108.
- Parducci, A. (1982). Toward a relational theory of happiness. Ponencia presentada en la XC Convención Anual de la Asociación Americana de Psicología. Washington, D.C.
- Pastrana, C. (1992). Factores emocionales asociados al proceso de trasplante renal. Tesis de licenciatura, Universidad Iberoamericana.
- Parfrey, P., Vavasour, H., Bullock, M., Henry, S., Harnett, J., Gault, M. (1989). Development of a Health Questionnaire Specific for End-Stage Renal Disease. Nephron, 52:20-28
- Reidl, M. (1985). Diferencias culturales y sexuales en la pareja: celos y envidia. México-URSS. Tesis no publicada. Maestría. UNAM.
- Reidl, M., Lara, D., Sierra, O. (1998). Celos y envidia. Su asociación con otras emociones. La Psicología Social en México. Vol. 7:210-215.

- Reidl, M., Guerrero, V. (1998). Deseabilidad social de las emociones de celos y envidia. La Psicología Social en México. Vol. 7:204-209.
- Romero, P., Pulido, G., García G.(1998). Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Nefrología Mexicana. Vol 19 (3):110-111.
- Roos, J. (1988). Behind the Happiness Barrier. Social Indicators Research. Vol. 20:141-164.
- Salay ,L. , Bryson, A. (1974). Psychological meaning: Comparative analysis and theoretical implications. Journal of personality an social psychology. (30) 6:860-870.
- Salovey, P., Rothman, A. (1991). Envy and jealousy: Self and society. Nueva York: The Guilford Press.
- Sánchez, J. C. (1996). El autoconcepto del adolescente con trasplante renal. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Schain, W., Edwards,b. (1983). Psychosocial and physical aoutcomes of primary breast cancer therapy: Mastectomy versus excisional biopsy and irradiation.Engl. Journal Medical. (3):377-382.
- Scitovsky, T. (1976). The joyless economy. Oxford: Oxford University Press.
- Selby, P., Chapma,J., Etazadi-Asmoli, J. (1984). The development of a method of assessing the quality of life for cancer patients. Br. Journal Cancer. 50. 13-22.
- Shotter, J. (1993). Conversational Realites. Constructing Life Through Language. Londres: Sage.
- Siegel, S. (1975). Estadística no paramétrica. México:Trillas.
- Silver, M., Sabini, J. (1978). The perception of envy. Social Psychology. Vol. 41:105-117.
- Stein, J. (1984). Medicina Interna. Ed. Científico Técnica. Cuba.
- Stones, M., Kozma, A. (1986). Happy Are Those Who Are Happy...: A Test between Two Causal Models of Relationships Between Happiness and its Correlates. Experimental Aging Research. Vol 12:23-29.

- Strack, F., Argyle, M., Schwartz, N. (1991). Subjective Well-being: An interdisciplinary perspective. Oxford: Pergamon Press.
- Streizer, I. (1984). Comprehensive Model for Providing Psychosocial Services to dialysis and trasplant progrmas. Dialysis and Trasplantation. ( 13 ) 2: 92-97.
- Sugarbaker. Barofsky, I. (1982). Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma clinical trials. Surgery. )91(: 17-23.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S . , Triandis, H. (1997). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions vs. Norms. Journal of Personality ans Social Psychology.
- Teasdale, J. Russell, M. (1983). Differential Effect of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. British Journal of Clinical Psychology. Vol. 22: 163-171.
- Thomas, M., Alvan, R., Feinstein. (1994). Valoración crítica de la calidad de vida de los instrumentos de medición de la calidad de vida. JAMA. (272):619-626.
- Towne, W., Alexander, L y Burns, J. (1980). Psychological correlates of emotional adjusment in hemodialysis and transplantation Kidney international. (9) 4: 364-373
- Usui, W., Keil, T.(1987). Life Satisfaction and age concentration of the local area. Psychology and Aging. Vol. 2: 30-37.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: Clasical topics, modern answers, blind spots. Subjective Well-being: An interdisciplinary perspective. Oxford: Pergamon Press.
- Velten, E. (1968). A laboratory task for induction of mood states. Behavior Research and Therapy. Vol. 6: 476-482.
- Verdes, M., Otero, M. (1990). La enfermedad crónica y el conflicto con la vida en pacientes jóvenes portadores de insuficiencia renal terminal. Revista Cubana de Psicología. Vol. 2 (2)
- Wahba, M., Bridwell, L. (1976). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. Organizational Behavior and Human Performance. Vol. 15: 212-240.
- Weerd, I. , Visser, A. , Kok, G. , Weerd, O. (1991). Randomized controlled multicentre evaluation of an education programme for insulin-treated diabetic

patients: effects on metabolic control, quality of life, and costs of therapy. Diabetic Medicine . 8: 338-345.

- Whitworth, J. , Lawrence, J. (1990). Enfermedades Renales. México:Manual Moderno
- WHO (1947): The constitution of the World Health Organization. WHO Chron . 1:29
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. Psychological bulletin. Vol. 67:294-306.

# GLOSARIO

**Acidosis:** Estado anormal derivado de la disminución de la reserva alcalina. Se observa en la nefritis crónica en fases avanzadas, esclerosis renales, etc. Se debe a la pérdida de la capacidad normal del parénquima renal para eliminar los ácidos, con pérdida excesiva de sodio en la orina y acumulación de aumento de cuerpos cetónicos en la sangre, como en las acidocetosis.

**Adenoma:** Neoformación epitelial benigna de punto de partida glandular, cuyos elementos reproducen más o menos exactamente la textura de las glándulas de procedencia.

**Alopurinol:** Derivado de la 6-mercaptopurina. Posee la propiedad de reducir la producción de ácido úrico.

**Astenia:** Sensación de fatigabilidad neuromuscular general, muy parecida a la que fisiológicamente se produce después de un ejercicio físico excesivo.

**Asterixis:** Síntoma que se presenta en pacientes con alteraciones metabólicas graves, especialmente en la encefalopatía hepática, caracterizado por la interrupción brusca y breve de la contracción muscular que produce sensación de un temblor ondulatorio.

**Azoopermia:** Falta de espermatozoides en el semen.

**Barbitúricos:** Grupos de sustancias derivadas del ácido barbitúrico, depresores del sistema nervioso central, ampliamente empleados como hipnóticos, anestésicos, anticonvulsivos, etc.

**Binefrectomía:** Extirpación de ambos riñones.

**Carotinemia:** Presencia de caroteno en la sangre, su exceso puede producir una forma de pseudoictericia con coloración amarillenta de la piel.

**Cistina:** Dicisteína, aminoácido azufrado que da lugar a la cisteína, la glutatión y a la taurina, que se une al ácido cólico para formar ácido taurocólico de la bilis.

**Cistinosis:** Perturbación del metabolismo de los aminoácidos dibásicos: cistina, lisina, arginina y rinitina. En la forma homocigota existe una tendencia a la formación de cálculos urinarios de cistina. Se presenta como una afección genética, hereditaria y familiar.

**Creatinina:** Anhídrido de la creatina, que presenta un producto excrementicio no utilizado por el organismo, que se elimina normalmente por la orina a una concentración constante.

**Dializante:** Sustancias cristalinas disueltas a través de membranas permeables, lo que permite separarlas de las sustancias coloides que las acompañan.

**Eritropoyectina:** Factor termostable y libre de proteínas. Es un derivado lipoideo, transportado en el plasma junto con una proteína inerte: se ha postulado la existencia de una eritropoyectina de origen renal.

**Estrógenos:** Término general para las sustancias productoras de estro, naturales o sintéticas. Estimulan el crecimiento del endometrio y la proliferación en la fase folicular de la menstruación, estimulan también el crecimiento del útero durante el embarazo, desarrollan los caracteres secundarios femeninos etc.

**Glomerulonefritis:** Formas caracterizadas por una reacción inflamatoria, con infiltración de leucocitos y proliferación celular de los glomérulos, exudación de leucocitos, eritrocitos y proteína plasmática en el espacio Bowman.

**Hematíes:** Nombre dado al glóbulo rojo de la sangre, pero el de eritrocito es más correcto etimológicamente.

**Hematuria:** Presencia de sangre en la orina, debida a lesiones renales, uretrales, vesicales, o estados hemorrágicos.

**Hemostasia:** Detención espontánea o artificial de un flujo sanguíneo o hemorragia.

**Hepatitis:** Inflamación del hígado aguda o crónica, infecciosa y tóxica.

**Hiper calciuria:** Aumento de calcio en la sangre.

**Hiperfosfatemia:** Exceso de fosfato en la sangre. Se observa en casos de tetania paratiroidea, nefritis con retención azoada (uremia), fracturas extensas, sarcomas óseos y acromegalia.

**Hiperleucocitosis:** Exceso de leucocitos circundantes.

**Hiperlipidemia:** Exceso de lípidos en la sangre. Se observa en las anemias graves, nefosis, diabetes no tratadas, hipotiroidismo, embarazo y lactancia, intoxicación fosfórica, narcosis, etc.

**Hipernatremia:** Incremento en la producción de sodio en el suero sanguíneo. Casi siempre es precedida de una deficiencia de primitiva de agua.

**Hiperparatiroidismo:** Afección causada por la hipertrofia e hiperplasia de las paratiroides, o por un adenoma de estas glándulas de causa primitiva o secundaria a ciertos tipos de enfermedad renal, raquitismo . Existe hipercalcemias, hiperfosfatemia, incremento en la fosfatasa alcalina del suero e hipercalciuria.

**Hiperuricemia:** Exceso de ácido úrico en la sangre. Se observa en la nefritis, gota aguda, eclampsia, leucemias, tuberculosis, neumonías, etc.

**Nefritis:** Inflamación o afección de la nefrona

**Nefrona:** Unidad funcional del riñón, que lleva a cabo la labor más importante del sistema urinario.

**Nefropatía periférica:** Afección del nervio periférico.

**Uremia:** Enfermedad producida por niveles altos de urea en la sangre que originan diversas molestias

**A N E X O S**

# ANEXO 1

## INSTRUMENTO PILOTO

Esta es una investigación en donde se desea saber si la gente siente envidia o no, para ello se plantean diversas situaciones cotidianas en donde el sentimiento de la envidia está disfrazada. Por favor tache con una "X" la palabra SI o NO, según crea si en la situación que se presenta hay o no envidia, partiendo de la siguiente definición:

"La envidia es un sentimiento de rabia contra otra persona que posee o goza de algo deseable, siendo el impulso envidioso el de quitárselo o dañarlo" (Klein, 1968).

### SITUACIONES:

1. Antonio se encuentra hospitalizado por tener cáncer, su compañero de junto se llama Pedro, él también tiene cáncer. Cuando platicaban, Antonio le comentó a Pedro que estaba muy agripado, en ese momento Pedro deseó tener gripa y no sida. Pedro sintió diferentes emociones hacia Antonio, ya que aunque los dos tenían cáncer, Antonio tenía gripa, una enfermedad no tan grave como el sida.

SI                      NO

2. José es una persona que por motivos de trabajo se cambió de casa, viviendo muy lejos de su familia. Él observa que a su vecino Gonzalo lo visitan muy seguido sus familiares. A pesar de que los dos se llevan muy bien, José no puede evitar tener diversos sentimientos hacia Gonzalo.

SI                      NO

3. Jaime y Andrés son hermanos, ambos se enfermaron de hepatitis, por lo cual el doctor les recomendó reposos; desgraciadamente sus padres tenían que salir urgentemente por razones de trabajo; así que llamaron a Anita quien era una amiga de la familia y además una enfermera muy prestigiada en la colonia, ella con muchísimo gusto cuidaría de los niños. Ambos hermanos, la quieren mucho, pero cuando Anita se acercaba a atender a Jaime, Andrés sentía diferentes cosas hacia su hermano.

SI                      NO

4. Pedro y Luis son dos hermanos que se quieren mucho, Luis quiere ser veterinario cuando sea grande y Pedro quiere ser arquitecto como su papá. Luis piensa que su papá congenia más con Pedro porque siente que le pone más atención y además comparten los mismos intereses.

Luis tiene diferentes afectos hacia su hermano.

SI                      NO

5. Daniel y Germán son buenos amigos y ambos necesitan trabajo. Cierta día se les presenta la oportunidad para trabajar dentro de una empresa muy prestigiada de cosméticos. Había dos vacantes en el área de cómputo, justo el área que ellos dominaban, además el sueldo era muy atractivo. Cuando se presentaron a los exámenes médicos, Daniel comentó que tenía la columna desviada; el doctor al revisarlo concluye que no puede ser contratado, ya que el trabajo solicitado se realiza en la mayor parte del tiempo sentado, motivo por el cual le traería consecuencias graves para Daniel. Germán por su parte sí consiguió el trabajo, pero aún la empresa tenía disponible otra vacante. Daniel experimentó ciertos sentimientos hacia Germán.

SI                      NO

6. Martha es una chica muy alegre y estudiosa, tiene la inquietud de hacer una especialidad en Estados Unidos. Cuando va a realizar su solicitud de beca para estudiar en el extranjero, también acuden otras dos chicas. Después de algunos meses van a ver si consiguieron la beca. Las tres fueron aceptadas en el programa de becas, éstas consisten en el pago de transporte, alimentación y hospedaje durante dos años, tiempo que dura la especialidad, no obstante, el dinero se les brindaba una vez que concluyan sus estudios en el extranjero, mientras tanto ellas tenían que financiarse todo. Martha se puso muy triste porque no contaba con los recursos económicos para financiarse su especialidad, las otras dos chicas por el contrario, provenían de una buena posición socioeconómica, Martha tuvo diferentes afectos hacia las dos chicas.

SI                      NO

7. Alejandro y Alberto son seleccionados nacionales de México para participar en los próximos juegos olímpicos en la especialidad de trampolín de 10 metros. En una de las prácticas Alejandro tuvo una caída y desafortunadamente se lesionó la rodilla derecha, poniendo fin a su carrera deportiva. Alejandro era vecino de Alberto y lo veía todos los días salir de su casa para asistir a los entrenamientos. Alejandro sentía diferentes emociones hacia Alberto.

SI                      NO

8. Angélica y Graciela son dos amigas que ganaron un viaje con todos los gastos pagados por una demana a Cancún. Emocionadas fueron a comprar su ropa de playa; ya en la tienda, mientras que Angélica compraba bikinis muy sexis, Graciela compraba ropa muy larga que cubriera su cuerpo, pués hace varios años en un accidente sufrió quemaduras de tercer grado que la dejaron marcada para toda su vida.

En la playa Graciela miraba a su amiga lucir su cuerpo sin ninguna marca, ella sentía diferentes emociones hacia Angélica.

SI NO

9. José y Alejandra son esposos y se quieren mucho, él trabaja como gerente en un centro comercial, y ella es supervisora en una empresa de aliemntos, ambos llegan muy cansados a su casa y a caso no se ven pero a pesar de sus múltiples ocupacioens todos los fines de semana salen juntos de paseo. Marcos, su vecino seguido se los encuentra en el cine, él cuando los mira siente diferentes cosas hacia ellos, ya que su esposa se encuentra de viaje y no regresará en siete meses.

SI NO

10. Jéssica es una ama de casa que se encuentra en el séptimo mes de embarazo, éste es riesgoso , el doctor ordenó reposo absoluto: ella tiene otros dos hijos de 1 y 3 años de edad, en estos momentos no los puede atender ni cuidar como quisiera, ni tampoco hacer las labores domésticas de su casa. Su hermana Silvia muy amablemente se ofreció a ayudarla a cuidar a sus hijos y a realizar las labores de su hogar. Jéssica observa a su hermana con qué cuidados y paciencia atiende a sus hijos, así como la agilidad y rapidez que tiene para realizar el quehacer. Jéssica siente diferentes afectos haica Silvia.

SI NO

11. Hace dos días le realizaron a Janette una operación para corregir una malformación en la boca; el doctor le prohibió comer alimentos sólidos en 30 días. Hoy en la noche su mamá preparó la cena favorita de su papá, que es también la favorita de Jannette, ella, al verlos comer sintió hacia su familia difrentes afectos.

SI NO

12. Gerardo y Mauricio son dos amigos que se fueron de vacaciones a Acapulco, en la carretera tuvieron un accidente, ambos quedaron inválidos; sin duda fue un golpe muy duro para ellos y para sus familias. Los jóvenes tenían un excelente futuro como basquetbolistas. Gerardo no se dio por vencido y aún en su estado se metió a un equipo de basquet para discapacitados, su equipo

quedó en primer lugar a nivel nacional. Mauricio cuando vio sus triunfos sentía ciertas emociones hacia Gerardo.

SI NO

13. La familia Gómez el día de hoy salió de paseo al parque. Pablo el niño más pequeño pidió un helado y se lo compraron, su hermano Alberto también quería un helado, pero sabe que le hace daño, pues está enfermo de la garganta. Alberto cuando ve a su hermano comer su delicioso helado sintió ciertas emociones hacia él.

SI NO

14. Pedro es un niño de once años, quien por estar jugando con sus amigos se cayó por las escaleras, sufrió varios golpes y se tiró cuatro dientes. Al día siguiente su papá lo llevó al dentista para que le hicieran los dientes que le faltaban. En la sala de espera del consultorio conocieron a doña Paquita, una simpática ancianita que iba para que le pusieran una dentadura completa. El dentista le informó a doña Paquita que desafortunadamente no podía ponerle una dentadura postiza, ya que no tenía ningún diente de donde sujetar la dentadura, y no la podía operar, puesto que era muy riesgoso a su edad. Tiempo después la ancianita se encontró en un cine a Pedro y a su papá, ella observó que el chico ya tenía los dientes que le faltaban, en ese momento sintió diferentes cosas hacia Pedro.

SI NO

15. Alma y Eliza son hermanas; Alma es muy tímida, casi no tiene amigos y no sale de su casa a no ser que sea absolutamente necesario; por el contrario, Eliza es muy sociable, tiene muchos amigos y un novio a quien adora. A Alma le gustaría tener novio y cuando ve a su hermana y a su pareja juntos siente diferentes emociones hacia Eliza.

SI NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

# ANEXO 2

## INSTRUMENTO FINAL

:Esta es una investigación en donde se desea averiguar cuales son las asociaciones que se hacen frente a varias frases relacionadas con la enfermedad renal y con la vida, para averiguar cómo son percibidas, con el objetivo de brindarles una mejor rehabilitación en los diferentes tratamientos. Los datos que se proporcionen son anónimos y confidenciales, sólo serán empleados en la investigación.

### CUESTIONARIO:

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_
4. Lugar de Pcedencia: \_\_\_\_\_
5. Escolaridad: \_\_\_\_\_
6. Ocupación: \_\_\_\_\_
7. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_
8. Tratamiento actual: \_\_\_\_\_
9. Tratamiento (s) anterior (es): \_\_\_\_\_

A continuación se le presentará de un grupo de hojas, cada una de las cuales contiene una frase diferente enumerada varias veces, seguida de líneas en blanco, ponga sobre éstas todas las palabras que se le ocurran relacionadas con cada frase, es importante que sea **una** sola palabra en cada línea. Tendrá un minuto para contestar en cada una de las hojas. No hay respuestas buenas ni malas, por lo tanto escriba espontáneamente en el orden en que se le ocurran. Sus respuestas son completamente anónimas y usted es libre de dar todas las palabras que pueda asociar en cada frase.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

(IRC)

IRC \_\_\_\_\_

DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE  
(DPI)

DPI \_\_\_\_\_

HEMODIÁLISIS  
(HD)

HD \_\_\_\_\_

TRASPLANTE RENAL  
(TR)

TR \_\_\_\_\_

MI VIDA ES:  
( M V E )

M V E: \_\_\_\_\_

A continuación se le presentarán unas historietas, marque con una "X" cuantos celos, envidia, enojo y miedo cree que sienta el protagonista de las historias.

1. José es una persona que por motivos de trabajo se cambió de casa, viviendo muy lejos de su familia. Él observa que a su vecino Gonzalo lo visitan muy seguido sus familiares. A pesar de que los dos se llevan muy bien, José no puede evitar tener diversos sentimientos hacia Gonzalo. Lo que José sintió hacia Gonzalo fue:

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )

Si usted estuviera en el lugar de José que sentiría:

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )

2. Daniel y Germán son buenos amigos y ambos necesitan trabajo. Cierta día se les presenta la oportunidad para trabajar dentro de una empresa muy prestigiada de cosméticos. Había dos vacantes en el área de cómputo, justo el área que ellos dominaban, además el sueldo era muy atractivo. Cuando se presentaron a los exámenes médicos, Daniel comentó que tenía la columna desviada; el doctor al revisarlo concluye que no puede ser contratado, ya que el trabajo solicitado se realiza en la mayor parte del tiempo sentado, motivo por el cual le traería consecuencias graves para Daniel. Germán por su parte sí consiguió el trabajo, pero aún la empresa tenía disponible otra vacante. Daniel experimentó ciertos sentimientos hacia Germán. Lo que sintió Daniel hacia Germán fue:

	POCO		REGULAR		MUCHO
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )

Si usted estuviera en el lugar de Daniel que sentiría:

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )

3. Martha es una chica muy alegre y estudiosa, tiene la inquietud de hacer una especialidad en Estados Unidos. Cuando va a realizar su solicitud de beca para estudiar en el extranjero, también acuden otras dos chicas. Después de algunos meses van a ver si consiguieron la beca. Las tres fueron aceptadas en el programa de becas, éstas consisten en el pago de transporte, alimentación y hospedaje durante dos años, tiempo que dura la especialidad, no obstante, el dinero se les brindaba una vez que concluyan sus estudios en el extranjero, mientras tanto ellas tenían que financiarse todo. Martha se puso muy triste porque no contaba con los recursos económicos para financiarse su especialidad, las otras dos chicas por el contrario, provenían de una buena posición socioeconómica, Martha tuvo diferentes afectos hacia las dos chicas. Lo que Martha sintió hacia ellas fue:

	POCO		REGULAR		MUCHO
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )

CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )

Si usted estuviera en el lugar de Martha que sentiría:

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )

4. Angélica y Graciela son dos amigas que ganaron un viaje con todos los gastos pagados por una demana a Cancún. Emocionadas fueron a comprar su ropa de playa; ya en la tienda, mientras que Angélica compraba bikinis muy sexis, Graciela compraba ropa muy larga que cubriera su cuerpo, pues hace varios años en un accidente sufrió quemaduras de tercer grado que la dejaron marcada para toda su vida. En la playa Graciela miraba a su amiga lucir su cuerpo sin ninguna marca, ella sentía diferentes emociones hacia Angélica.

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )

Si usted estuviera en el lugar de Graciela que sentiría:

	POCO		REGULAR		MUCHO
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )

5. La familia Gómez el día de hoy salió de paseo al parque, Pablo el niño más pequeño pidió un helado y se lo compraron, su hermano Alberto también quería un helado, pero sabe que le hace daño, pues está enfermo de la garganta. Alberto cuando ve a su hermano comer su delicioso helado sintió ciertas emociones hacia él. Lo que experimentó alberto hacia su hermano fue:

	POCO		REGULAR		MUCHO
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )

Si usted estuviera en el lugar de Alberto que sentiría:

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )

6. Alma y Eliza son hermanas; Alma es muy tímida, casi no tiene amigos y no sale de su casa a no ser que sea absolutamente necesario; por el contrario, Eliza es muy sociable, tiene muchos amigos y un novio a quien adora. A Alma le gustaría tener novio y cuando ve a su hermana y a su pareja juntos siente diferentes emociones hacia Eliza. Lo que sintió Alma hacia su hermana fue:

	POCO		REGULAR		MUCHO
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )

Si usted estuviera en el lugar de Alma que sentiría:

	POCO		REGULAR		MUCHO
MIEDO	( )	( )	( )	( )	( )
ENVIDIA	( )	( )	( )	( )	( )
ENOJO	( )	( )	( )	( )	( )
CELOS	( )	( )	( )	( )	( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## ANEXO 3

### INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Afección	Edad	Mareos
Afección	Edad	Mareos
Agua	Enfermedad	Mareos
Agua	Enfermedad	Medicamentos
Alimentación	Enfermedad	Medicina
Alimentación	Enfermedad	Medicina
Alimentación	Enfermedad	Medicina
Baños	Enfermedad	Medicina
Baños	Enfermedad	Medicina
Camas	Enfermedad	Médicos
Camas	Enfermedad	Médicos
Consultas	Enfermedad	Nauseas
Consultas	Enfermedad	Nauseas
Control	Enfermedad	Normal
Control	Enfermedad	Observación
Cuidados	Enfermedad	Observación
Cuidados	Enfermedad	Organismo
Cuidados	Enfermedad	Paraliza
Cuidados	Enfermedad	Paraliza
Cuidados	Enfermedad	Peligrosa
Curaciones	Enfermedad	Peligrosa
Curaciones	Enfermedad	Presión alta
Diabetes	Enfermo	Presión alta
Diabetes	Escalofríos	Presión alta
Diabetes	Escalofríos	Quirófanos
Diabetes	Escalofríos	Quirófanos
Diabetes	Hinchazón	Retención
Diálisis	Hinchazón	Retención
Diálisis	Hospital	Sal
Diálisis	Hospital	Síntomas
Dieta	Inactividad	Síntomas
Disfunción	Inactividad	Tóxico
Disfunción	Intoxicación	Trasplante
Disfunción	Intoxicación	Trasplante
Disfunción	Lavados	Tratamientos
Dolor	Limpieza	Tratamientos
Dolores	Líquidos	Vómitos
Donador	Líquidos	Vómitos
Donador		Zumbidos
		Zumbidos
		Zumbidos

## DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE

24 Hrs.	Desinfectar	Manguera
Abdomen	Desinfectar	Medicamento
Ascós	Dolor	Medicamentos
Ascós	Dolor	Medicamentos
Baños	Dolor	Medicina
Baños	Dolor	Medicina
Baños	Dolor	Medicina
Bolsas	Dolor	Molesto
Bolsas	Dolor	Molesto
Bolsas	Dolor	Observación
Bolsas	Enjuague	Ojos llorosos
Bolsas	Enjuague	Ojos llorosos
Bolsas	Escalofríos	Peritoneo
Bolsas	Estómago	Peritoneo
Bolsas	Estómago	Peritonitis
Bolsas	Estómago	Peritonitis
Bolsas	Estómago	Peritonitis
Buena	Estómago	Peritonitis
Buena	Estómago	Peritonitis
Bueno	Hora	Pican
Bueno	Incómodo	Picando
Cambios	Incómodo	Recicladora
Catéter	Infección	Recicladora
Catéter	Infección	Sal
Catéter	Lavados	Síntomas
Catéter	Línea	Tóxico
Catéter	Línea	Toxinas
Catéter	Línea	Toxinas
Catéter	Líquidos	Tratamiento
Consultas	Líquidos	Tratamiento
Consultas	Líquidos	Tratamiento
Cuidados	Líquidos	Tratamiento
Cuidados	Líquidos	Tratamiento
Curación	Líquidos	Tratamiento
Curación	Líquidos	Tratamiento
Deshecho	Manguera	Tratamiento

## HEMODIÁLISIS

Agua	Consultas	Tratamiento
Agua	Control	Tratamiento
Agua	Control	Tratamiento
Agua	Cuidados	Tratamiento
Bolsas	Cuidados	Tratamiento
Bolsas	Cuidados	Vida
Enjuague	Enfermeras	Vida
Enjuague	Enfermeras	Vida
Lavados	Frecuencia	Vida
Lavados	Frecuencia	Bueno
Lavados	Observación	Bueno
Lavados	Observación	Bueno
Lavados	Persona	Bueno
Lavados	Persona	Ayuda
Lavados	Responsabilidad	Ayuda
Lavados	Responsables	Ayuda
Aparatos	Presiones	Ayuda
Aparatos	Chupa	Sangre
Catéter	Malo	Sangre
Catéter	Mala	Sangre
Catéter	Peligroso	Sangre
Catéter	Peligrosa	Sangre
Catéter	Sal	Sangre
Filtros	Medicina	Sangre
Filtros	Mejoría	Sangre
Manguera	Sobrevivir	Sangre
Manguera	Tratamiento	Sangre
Máquina	Tratamiento	Transfusiones
Máquina	Tratamiento	Transfusiones
Máquina	Tratamiento	Cuerpo
Consultas	Tratamiento	Cuerpo

## TRASPLANTE RENAL

Agusto	Quirófanos	Cama
Agusto	Quirófanos	Consultas
Nacimiento	Quitar	Consultas
Normal	Quitar	Doctores
Normal	Sangre	Doctores
Reposo	Sangre	Hospital
Reposo	Instrumentos	Medicamento
Salud	Instrumentos	Medicamento
Salud	Bueno	Medicina
Sano	Bueno	Médicos
Sano	Tratamiento	Médicos
Sano	Tratamiento	Médicos
Sano	Tratamiento	Observación
Vida	Tratamiento	Observación
Vida	Tratamiento	Observación
Vida	Cadáver	Observación
Vida	Compatible	Constancia
Vida	Conocido	Constancia
Vida	Donación	Cuidados
Vida	Donador	Cuidados
Vida	Donador	Anónimos
Vida	Donador	Caro
Vida	Donador	Comprar
Vida	Donador	Comprar
Vida	Donar	Costoso
Vida	Danar	Costoso
Dieta	Donar	Costoso
Dieta	Familiar	Problemas
Anestesia	Familiar	Problemas
Anestesia	Familiar	Rechazo
Anestesia	Familiar	Rechazo
Aparatos	Familiar	Rechazo
Aparatos	Ayuda	Rechazo
Cambiar	Ayuda	Rechazo
Cambiar	Ayuda	Rechazo
Cambio	Ayuda	Rechazo
Quirófanos	Ayuda	Rechazo
Quirófanos	Cama	Rechazo

MI VIDA ES:  
( BIENESTAR SUBJETIVO )

Aburrida	Desgraciada	Mal
Aburrida	Disfrutar	Metas
Aburrida	Disfrutar	Metas
Aburrida	Dura	Nervioso
Agitada	Dura	Nervioso
Agitada	En paz	Niños
Agusto	Enfermedad	Normal
Alegre	Estudios	Normal
Alegre	Estudios	Paseos
Angustiada	Familia	Paseos
Bonita	Familia	Piltrafa humana
Bonita	Feliz	Preparación
Bonita	Feliz	Preparar
Bonita	Feliz	Problemas
Bonita	Feliz	Problemas
Bonita	Feliz	Problemas
Bonita	Feliz	Sola
Bonita	Feliz	Soledad
Bonita	Feliz	Soledad
Calmada	Feliz	Tranquila
Calmada	Futuro	Tranquila
Chiquean	Futuro	Tranquila
Chiquean	Futuro	Tranquila
Complicada	Futuro	Triste
Común	Ganas	Triste
Común	Ganas	Triste
Convivencia	Hijos	Triste
Convivencia	Hijos	Triste
Correr	Hijos	Triste
Correr	Hijos	Triste
Depresión	Incierta	Triste
Depresiva	Infeliz	Triste
Depresiva	Intranquila	Triste
Depresiva	Libre	Triste
Desdichada	Libre	Triste
Desdichada	Limitada	Vacía

Desesperación	Limitada	Vida
Desesperada	Limitada	Visión
Desesperada	Limitada	Vivir
Desesperada	Llorar	Vivir
Desesperanza	Luchar	Vivir
Desgraciada	Mal	Vivir