

82



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA BREVE PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

HERNANDEZ GONZALEZ PEDRO LUIS



FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRINBERG

REVISORA: LIC. EVA MARIA ESPARZA MEZA

ASESOR ESTADISTICO: LIC. FELIX MARTINEZ SILVA



MEXICO, D. F.

2000

EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA

6/15/2000



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.

## Quiero dedicar el presente trabajo

A **Lea**, mi eterno amor, gracias por la oportunidad de caminar este largo sendero juntos; y a **Pamela**, con toda mi alma este trabajo es para ti. Las amo.

A mis padres **Pedro y Pita** quienes con su apoyo incondicional me enseñaron que lo más importante es seguir adelante. Gracias por darme las herramientas para llegar a esta meta.

A los **pacientes** de hemodiálisis, de quienes aprendí el valor de la vida. Gracias por ser la parte medular de este trabajo.

A ese gran **Ser** que me permitió estar en este tiempo y lugar precisos.

Quien cree haber llegado  
a la cima, en realidad  
ha empezado a declinar,  
ya que todo logro es una  
etapa en el arduo camino  
de la vida

Quiero agradecer infinitamente:

A mis hermanos: Letty, Toby y Carlos por apoyarme en todo momento. Inolvidables momentos he pasado junto a ustedes; los quiero mucho.

A mi Tío, a Coco, a José Luis, a Daniela y a Rodrigo porque su cariño alimenta constantemente mi alma.

A mi familia: Chalío, Luisa, Rosa, Noé, Hemman, Areli y Montse quienes me cobijaron con su incondicional cariño y apoyo. Gracias por todo.

Al “Programa para Optimizar la Profesionalización del Psicólogo Clínico” por ser parte fundamental en mi formación.

A la Dra. Bertha Blum por su paciencia, enseñanzas y motivaciones al dirigir esta tesis.

Al Lic. Fabián Martínez por su invaluable ayuda en la parte estadística.

A la Lic. Eva Esparza y a la Lic. Ana Lourdes Téllez por su valioso tiempo para revisar este trabajo y consejos para mejorarlo.

A la Profa. Rosario Muñoz por toda su ayuda en este difícil andar.

Al servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Instituto Nacional de Pediatría, en especial a la Psic. Catalina Piña por su apoyo y consejos en el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Samuel Zaltzman G. por su incondicional apoyo para realizar este trabajo y por permitirme ver el enorme corazón que posee.

Al servicio de Nefrología, a los médicos y enfermeras que me permitieron ser parte de su equipo.

A mis amigas y amigos que me motivaron a terminar este trabajo.

Hay peces, hay redes...

...sólo faltan pescadores.

## ÍNDICE

Introducción	. . . . .	.3
<b>Capítulo I.</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo II.</b>	<b>Marco Teórico</b>	
a) Depresión y Ansiedad.		
Depresión. . . . .		.13
Enfoque Psicoanalítico. . . . .		.17
Ansiedad . . . . .		.29
Enfoque Psicoanalítico. . . . .		.35
b) Aspectos Médicos.		
Fisiología del Riñón.. . . .		.40
Definición y Etiología de la I.R.C. . . . .		.41
Insuficiencia Renal Crónica. . . . .		.42
Tratamiento. . . . .		.45
Hemodiálisis. . . . .		.46
c) Aspectos Psicológicos.		
Hospitalización. . . . .		.51
Insuficiencia Renal Crónica. . . . .		.56
Hemodiálisis. . . . .		.62
Familia. . . . .		.68
d) Psicoterapia.		
Modelos Psicodinámicos. . . . .		.71
Psicoterapia Breve. . . . .		.72
Terapia Breve de Grupo. . . . .		.77
<b>Capítulo III</b>	<b>Metodología.</b>	
	Planteamiento y Justificación del Problema.	.83
	Objetivo. . . . .	.83

Hipótesis.	. . . . .	.84
Variables.	. . . . .	.84
Población.	. . . . .	.85
Sujetos.	. . . . .	.85
Muestreo.	. . . . .	.85
Tipo de Estudio.	. . . . .	.85
Diseño.	. . . . .	.85
Escenario.	. . . . .	.86
Instrumentos.	. . . . .	.86
Procedimiento.	. . . . .	.90
Análisis Estadístico.	. . . . .	.91
<b>Capitulo IV</b>	<b>Resultados.</b>	
	Análisis Cuantitativo. . . . .	.92
	Análisis Cualitativo. . . . .	.99
<b>Capitulo V</b>	<b>Conclusiones y Discusión</b>	<b>.104</b>
<b>Capitulo VI</b>	<b>Limitaciones y Sugerencias.</b>	<b>.110</b>
<b>Bibliografía</b>		<b>.112</b>
<b>Anexo</b>		<b>.120</b>

## INTRODUCCIÓN

Las repercusiones psíquicas que una enfermedad crónica produce en los niños y adolescentes que la padecen son muchas y de tal intensidad que interfieren directamente con el proceso de rehabilitación.

Para un niño comprender el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad como la insuficiencia renal crónica constituye una situación sumamente difícil. Por un lado, se genera en él una gran cantidad de angustia, frustración, e impotencia al saber que sus riñones ya no funcionan, por otro, siente cómo toda esta misma reacción se genera en sus padres por tener un hijo enfermo; ya que en la mayoría de las veces, se percibe a sí mismo como una pesada carga que sólo inflige dolores y preocupaciones.

El paciente y la familia ponen en marcha una serie de mecanismos con el objeto de defenderse del intenso dolor y angustia que esta situación les provoca, niegan la enfermedad, reaccionan con enojo y rebelión, pero la enfermedad avanza y es irreversible.

Ingresar al programa de hemodiálisis resulta crítico para él y su familia, ya que aparte de marcar la fase terminal del padecimiento, el paciente se ve ligado a una máquina y a un equipo médico para poder sobrevivir. Esta dependencia desencadena en el paciente mayor tensión, angustia y depresión ocasionando que su calidad de vida se deteriore. A esto se le suman las múltiples pérdidas que sufren: escuela, amigos, capacidades, logros y proyectos futuros; que lesionan en forma intensa su "sí mismo" dejando heridas muy profundas que disminuyen su autoestima y originan sentimientos de tristeza, vergüenza e inferioridad. Acomodarse a esta realidad, hacer el duelo por la salud y por las vitalidades perdidas no es tarea fácil.

Un claro ejemplo de ello está en que el riesgo de suicidio en estos pacientes es muy alto. Ante esta problemática, el psicólogo clínico emplea diferentes herramientas con el objetivo de que el paciente acepte su enfermedad, pero sobretodo que aprenda a vivir con ella y pueda así alcanzar una mejor rehabilitación. Dentro de estas herramientas, a la que mayor importancia se le ha dado en los últimos años, es a la psicoterapia. Debido a que es cada vez más numerosa la cantidad de personas que reconoce la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico, que la mayoría de estas personas no

pueden asumir los altos costos económicos de un tratamiento personal y ante el reto de resultar efectivos en un período de tiempo corto, sobre todo en las instituciones hospitalarias, se han ido desarrollando una serie de terapias breves de grupo.

Una revisión bibliográfica sobre este tipo de terapia sugiere que sus objetivos coinciden con los de otras formas de terapia. Típicamente tales objetivos son: a) reducir las molestias sintomáticas; b) restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente; c) favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente (por ejemplo, favorecer la adaptación, facilitar la reestructuración de los aspectos cognitivos y promover cambios de conducta y autoayuda) y d) incrementar la comprensión del paciente acerca de sus trastornos actuales y habilidad para manejarse en el futuro.

La presente investigación es el resultado del contacto que tuvimos en el Instituto Nacional de Pediatría con los pacientes con insuficiencia renal crónica que están bajo tratamiento de hemodiálisis, en ellos se observaron las repercusiones psíquicas antes mencionadas y se percató que durante su tratamiento permanecen en una inactividad total, en la que una vez conectados a la máquina prefieren dormirse alejándose así de toda la angustia que los embarga. Ante el cuestionamiento niegan cualquier clase de problema, no quieren platicar y no existe una adecuada comunicación entre ellos ni con el personal. Al mismo tiempo, empiezan a disfrutar de los beneficios secundarios de la enfermedad y a refugiarse frecuentemente en éstos, adaptándose a la situación de manera pasiva y dependiente. Esta modalidad regresiva y pasiva de los pacientes, en ocasiones sobrepasa en buena medida las limitaciones físicas y vitales impuestas por la enfermedad y la hemodiálisis. Dicha pasividad implica la renuncia a capacidades motrices e intelectuales que poseen y a actividades que podrían desarrollar.

Un hecho notorio, es que a pesar de que se cuentan con los espacios y tiempos para poder establecer este tipo de terapias, los pacientes no asisten, esto se debe a que no acuden al hospital fuera de sus sesiones de hemodiálisis porque viven muy lejos o fuera del D.F., y/o porque no cuentan con los recursos económicos para trasladarse; además cabe hacer mención que este tipo de pacientes crónicos son altamente defensivos.

Por esto proponemos un modelo de psicoterapia breve que se desarrolla en la misma área y tiempo de hemodiálisis, con el objetivo principal de disminuir (o al menos evitar que se incrementen) las repercusiones psicológicas como la ansiedad y la depresión, que se presentan en los pacientes como consecuencia de su enfermedad y del tratamiento mismo.

A continuación hacemos una pequeña descripción de las partes que integran esta tesis: En el capítulo I se muestra una perspectiva de la insuficiencia renal crónica y se realiza una breve revisión de las investigaciones que anteceden a este trabajo.

El marco teórico se desarrolla en el capítulo II. En un primer punto se revisan los conceptos de *Depresión* y de *Ansiedad*, y aunque esta tesis no pretende ser de corte psicoanalítico, se profundiza en este enfoque debido a que creemos que explica estos conceptos de la forma más adecuada para los fines de esta investigación. Posteriormente se exponen los aspectos médicos que giran en torno a la insuficiencia renal crónica y sus opciones de tratamiento, dando mayor énfasis a la hemodiálisis; más adelante se describen los aspectos psicológicos que acompañan a este tipo de padecimiento y por último, se hace una breve reseña de los modelos psicodinámicos de psicoterapia.

En el capítulo III se encuentra la justificación para realizar esta investigación y se expone la metodología utilizada en el presente trabajo; en el capítulo IV se presentan los resultados obtenidos; en el capítulo V las conclusiones que de ellos se extraen y en el capítulo VI se mencionan las limitaciones y sugerencias de esta investigación.

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES

Antes de la década de 1950 el paciente que padecía insuficiencia renal crónica estaba destinado a morir. Ante esta situación y con el fin de sobrellevar la etapa terminal se sugería administrar paraldehido, sustancia que aminoraba el sufrimiento del paciente.

Los avances médicos y tecnológicos que se han dado desde entonces permiten que en la actualidad el paciente con uremia alcance una rehabilitación integral.

En 1959 la diálisis peritoneal se comenzó a utilizar para el tratamiento de la insuficiencia renal aguda, para la década siguiente gracias al desarrollo de catéteres de tolerancia intracorporal permanentes y de técnicas quirúrgicas adecuadas, se empleó en pacientes con insuficiencia renal crónica.

En esta misma década también se hizo posible el empleo de la hemodiálisis para los pacientes de insuficiencia renal crónica debido a la evolución de las técnicas de acceso vascular permanentes. Cabe mencionar que la hemodiálisis ya se empleaba, pero sólo en pacientes con insuficiencia renal aguda, puesto que se “perdían” una vena y una arteria al instaurar la conexión extracorpórea.

A principios de los años 50's se realizaron una serie de trasplantes utilizando riñones de cadáveres, los que fueron rechazados, en breve tiempo, por los pacientes. Es hasta 1954 que se llevo a cabo con éxito el primer trasplante renal entre dos hermanos gemelos. Pero fue hasta finales de esta década y comienzos de la siguiente cuando se descubrieron y utilizaron sustancias que suprimían la respuesta inmunológica, logrando una mayor sobrevida del órgano trasplantado (Gordillo, 1996).

De estas tres técnicas de tratamiento, la que tiene mayor éxito es el trasplante renal debido a que el paciente alcanza un alto índice de rehabilitación, además se ha demostrado que proporciona una mayor calidad de vida (Koch, 1990; Blum, 1996). Cabe mencionar que independientemente del tratamiento sustitutivo empleado, un paciente rehabilitado es aquel que tiene una aceptación completa de todo su tratamiento con todas sus implicaciones. Ha

aprendido a vivir con su imagen corporal deficiente, con su problemática renal, con su fístula y ha aprendido a aceptar que su situación no es reversible.

Nuestro país tiene cerca de 90 mil personas con insuficiencia renal crónica (Amprac, 1999), sin embargo son muy pocos los que reciben un trasplante renal, gran parte de los pacientes se encuentra dentro de programas de diálisis peritoneal y de hemodiálisis, con la esperanza de recibir un trasplante, el cual tiene pocas probabilidades de realizarse. Es frecuente ver que los enfermos regresan a su casa donde irremediablemente perecerán, sólo hace falta observar datos como los descritos por Robles (1982) donde señala que hacia finales de los años 70's y principios de los 80's, 104 niños con insuficiencia renal crónica asistieron a consulta al departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México, de los cuales 80 regresaron a morir a sus casas.

Aún falta mucho por hacer para alcanzar niveles como los de E.U. o España. Un ejemplo es España en donde para finales de 1997, 25689 pacientes con insuficiencia renal crónica recibían tratamiento sustitutivo: 55% en hemodiálisis, 5% en diálisis peritoneal y 40% con trasplante renal funcionando. De estos 25689 pacientes, 289 pacientes son menores de 20 años de los cuales 27 están en hemodiálisis, 48 en diálisis peritoneal y 214 con trasplante renal. En 1997 fallecieron 2418 pacientes: 2012 en hemodiálisis, 227 en diálisis peritoneal y 179 con trasplante renal. Esto supone el 12.5%, 14.4% y 1.7% de fallecimientos de los pacientes prevalentes en cada una de las modalidades anteriores. En este mismo año, se realizaron 1858 trasplantes renales de los cuales sólo 60 son pacientes pediátricos (Registro de Diálisis y Trasplante, 1997).

En México es difícil encontrar este tipo de estadísticas, pero se estima que cada año se presentan nuevos casos de insuficiencia renal en una proporción de 75 pacientes por cada millón de habitantes. La mitad de las personas con este problema son candidatos a un trasplante, por lo que se requieren en promedio 5 mil donantes de riñón; desafortunadamente sólo el 30% de los pacientes con insuficiencia renal obtienen ese beneficio (Amprac, 1999; Reforma, 1999).

El Instituto Nacional de Pediatría dentro de sus 29 años de experiencia ha realizado más de 210 trasplantes renales, actualmente tiene a 10 pacientes en su programa de hemodiálisis crónica (I.N.P.).

En la actualidad, México cuenta con pocas unidades de hemodiálisis y la mayoría se reservan principalmente para el grupo de pacientes trasplantables, lo que ocasiona que los pacientes no trasplantables pero sí rehabilitables, no sean atendidos en forma óptima. De hecho se estima que existen entre 400 y 500 riñones artificiales en nuestro país destinados a los 75 programas de trasplante renal, 25 de los cuales se localizan en el D.F. Con estas cifras es fácil suponer que muchos enfermos son tratados mediante diálisis peritoneal y se encuentran en manos de médicos no especializados en su manejo (Medica Sur, 1998).

El hecho de que México cuente con pocas alternativas para la rehabilitación de pacientes con insuficiencia renal crónica en fase terminal, plantea la gran necesidad de organizar programas especializados en el tratamiento de este problema. Es por esta razón que empiezan a abrirse espacios para este tipo de pacientes, ejemplo claro de ello es la conformación de la Asociación Mexicana Pro trasplante Renal A.C. (AMPRAC), fundada en 1997 en la Ciudad de México por personas trasplantadas de riñón, quienes además de hacer una campaña permanente a favor de la donación de órganos, orientan y brindan apoyo a enfermos renales. En este mismo año, también se consolida la Federación Nacional de Pacientes Renales (FENAPRE), fundada el 14 de abril en Monterrey N.L., con la participación conjunta de los Presidentes y Representantes de los Comités Regionales de Pacientes Renales de la República Mexicana; cuyo objetivo general es elevar al máximo la calidad de vida de los pacientes renales del país. A finales de 1999, el gobierno anunció que pondría en operación el Sistema Nacional de Trasplantes, que con el apoyo de un patronato y un fideicomiso fomentará la donación de órganos (Reforma, 1999).

Gracias a las alternativas de tratamiento se ha podido rehabilitar a los pacientes, pero diversos estudios han revelado que esta sobrevida se acompaña de una serie de problemáticas de carácter psicológico.

De acuerdo con Blum (1996) como respuesta a dicha problemática surgen los conceptos y especialidades de psiconefrología que estudia las complejas relaciones conscientes e inconscientes entre la psique y el soma de los pacientes, en tanto que la econefrología enfatiza el carácter de inter-

relacionalidad entre la enfermedad en su contexto significativo inmediato (familiar asistencial) y mediato (social-económico-cultural).

Algunos autores extranjeros como Korsch, Negrete, Rainbaunt y Levy han descrito la problemática psicosocial que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Abram, (1971) reporta que la incidencia de suicidios en esta población es 100 veces mayor que en la población en general. Si se incluyen variables como no continuar con el régimen o aquellos que no tienen seguimiento entonces la incidencia llega a ser 400 veces mayor. Siendo más frecuente entre hombres que entre mujeres.

Kaplan (1979) compara el ajuste de 18 adolescentes a la hemodiálisis crónica contra 63 adultos en hemodiálisis, encuentra que los adolescentes tienden a cumplir menos con el régimen médico, su rehabilitación profesional (de oficio) es significativamente más baja y sus actividades sociales son más restrictivas. Describe a los adolescentes como más hostiles y agresivos, señala que sufren más por los cambios en su funcionamiento corporal y apariencia. También encontró, lo que contrasta con otras investigaciones, que parecieron tener menos complicaciones psiquiátricas, en especial, menos ideación suicida. El autor sugiere que esta enfermedad crónica es especialmente difícil para el adolescente.

De los problemas psicológicos que presentan muchos de los pacientes sometidos a hemodiálisis, la depresión es la complicación más frecuente (62-70%). Es el reflejo de un alto grado de suicidio en estos pacientes. Otros problemas psicológicos vistos en estos pacientes son ansiedad, disfunciones sexuales, problemas relacionados con la dificultad de rehabilitación, el problema de los pacientes "no cooperativos" y psicosis. (Levy, N.B., 1979; Almanza, 1995).

Miñarro (1985) investigó sobre ansiedad en pacientes adultos sometidos a hemodiálisis, encontró que presentaban más ansiedad los sujetos de menor edad, entre los diez y veinte años, en comparación con el resto de las edades. Asimismo, las mayores puntuaciones en ansiedad se situaban en los primeros meses de permanencia en diálisis, entre el primer mes y el decimoquinto, en comparación con el resto de los períodos de tiempo en diálisis (tiempo

máximo, cuarenta meses). Además, halló diferencia significativa en el sentido de que tenían más ansiedad (rasgo) aquellos sujetos que no trabajaban, en comparación con los que trabajaban. A su vez, presentaban más ansiedad aquellos sujetos que no estaban informados de su enfermedad o proceso patológico. Al comparar sus resultados con los de pacientes que habían sido trasplantados encontró que los pacientes en diálisis presentaron mayor ansiedad.

De estos resultados se desprende que parece existir una elevada ansiedad inicial durante el primer año de diálisis, debido probablemente a la inseguridad física (orgánica) en la que se encuentra el sujeto, y así mismo por los cambios que tienen que asumir dentro de sus esquemas de valores, sociales, afectivos, etc. Cuando pasa este primer año, y ya en el transcurso del segundo, dicha ansiedad parece que desciende, ya que el sujeto ha tenido el tiempo suficiente como para poder adaptarse a esta nueva y permanente situación.

Se puede apreciar, cómo una serie de variables (la edad, el trabajo, la información, el tiempo en diálisis y el trasplante), intervienen en el aumento o no de la ansiedad de sujetos en hemodiálisis y trasplantados. Esta aportación es de gran utilidad a la hora de planificar una intervención psicológica efectiva sobre estos sujetos (Miñarro, 1985).

Otro estudio muestra que 19 mujeres sometidas a hemodiálisis tuvieron mayores índices de ansiedad, depresión, hostilidad y síntomas somáticos en comparación con un grupo control, incluso 2 de ellas tuvieron un criterio diagnóstico de un desorden depresivo mayor. (Fava, 1988).

De 20 pacientes revisados en una unidad renal de Nigeria, el 55% de los pacientes presentaron desórdenes psiquiátricos basados en el DSM-III-R. Entre los desórdenes psiquiátricos encontrados en esta población de hemodiálisis estaba el episodio depresivo mayor en un 35% y un desorden de ansiedad generalizada en un 20% (Aghanwa, 1997).

En México, quien más ha trabajado con las repercusiones que presentan los pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica en fase terminal es Blum y su equipo de colaboradores (1989), cuyos trabajos en el Hospital Infantil de México durante 10 años describen toda una serie de problemáticas que

incluían a la familia y al equipo asistencial. Este tipo de problemática se aborda más adelante.

En sus trabajos, Mejías (1988) obtuvo índices de depresión del 53% contra un 47% de pacientes considerados como normales en la escala HAD (The Hospital Anxiety and Depression Scale); en la escala Zung 70% deprimidos, 30% normales y; 64% deprimidos contra un 36% de no deprimidos en la escala de Beck. Tiempo después (1994), vuelve a reportar una frecuencia de depresión en pacientes sometidos a diálisis y hemodiálisis que fue del 70% en la escala de Zung y de 62% en la escala de Beck.

Todos estos datos nos deben servir de base para desarrollar trabajos que busquen contrarrestar tales efectos, diversos estudios resaltan la importancia del trabajo del Psicólogo Clínico como miembro del equipo interdisciplinario.

López Uriarte (1975) propone contar con la colaboración de un servicio de psiquiatría en donde se valoren periódicamente los pacientes y se les dé el apoyo y la orientación que requieran en las diferentes etapas de su tratamiento.

Zaltzman (1980) resume la participación del psicólogo dentro del protocolo de trasplante renal en el I.N.P. en donde se menciona que el estudio psicológico del paciente incluye inteligencia, personalidad, episodios previos de psicosis, estudios psicológicos del donador con el objeto de ver si la donación no le causará algún trauma de consecuencias irreparables y evaluación de la integración de la familia.

Blum (1989), para disminuir los conflictos que impedían la rehabilitación de los pacientes, en el período de 1982 a 1988 diseñó y aplicó un abordaje pluridimensional a fin de interrumpir los patrones de interacción patológica y transformarla en terapéutica. Este modelo incluyó intervenciones psicológicas, psicoterapia individual, grupal 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 fueron: disminución de la psicopatología de los niños y de los conflictos intra e intergrupales. 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 co-participes 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. Hay una disminución de la intensidad de la depresión, angustia y sobre todo de la regresión que se refleja en una actividad e interés creciente por el mundo que los rodea.

Heiblum y Sacal (1988), una vez analizada la problemática psicosocial y las limitaciones que tienen los pacientes de escasos recursos para acudir al hospital fuera de su sesión de hemodiálisis, proponen implantar una psicoterapia en las salas de hemodiálisis con el objeto de que estos pacientes tengan el medio para canalizar su estado emocional y puedan sobrellevar de manera digna su enfermedad.

En 16 examinados (8 en diálisis y 8 con trasplante) que asistieron a un campamento para adolescentes, con duración de una semana, se obtuvo una reducción significativa en la depresión pre-postest y en su seguimiento a un mes después. Cabe mencionar que también se presentaron menos indicadores de falta de esperanza. Esto refleja la respuesta positiva que los niños tuvieron seguida a su asistencia al campamento (Warady, 1992).

Levenson (1991) y Fricchione (1992) enfatizan la aplicación de estrategias amplias que incluyan terapia de grupo, apoyo social y familiar (citados por Almanza, 1995).

En este sentido, la experiencia de Blum también alude con énfasis a la necesidad de una formulación amplia e interdisciplinaria que permita acceder a las demandas que se plantean en el contexto existencial, familiar e institucional en relación a pacientes con uremia, en programa de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal.

Almanza (1995) presenta como alternativa de manejo en este tipo de pacientes, la psicoterapia de grupo breve interdisciplinaria. Este trabajo lo lleva a cabo con un grupo de 12 enfermos renales entre 15 y 30 años sujetos a hemodiálisis y en programa de trasplante renal, con diagnósticos predominantes de trastornos depresivos y de personalidad, en quienes se

implementó un proceso psicoterapéutico a un año, efectuándose 42 sesiones. Los resultados muestran mejoría clínica, evidenciada por una mayor adherencia terapéutica, disminución de conflictos interpersonales y familiares, así como un incremento en la red social de apoyo.

Considera de primera importancia que la psicoterapia de grupo breve interdisciplinaria se constituya en una de las modalidades de tratamiento imprescindibles, que a la par de la diálisis, las medidas dietéticas, las revisiones médicas rutinarias y demás exámenes, forme parte de la rehabilitación del paciente con enfermedad renal crónica.

En otro estudio, se trabajó con 6 personas entre 21 y 54 años que estaban en hemodiálisis, se les ofreció realizar gimnasia expresiva una vez por semana durante una hora y se les aplicó el cuestionario de autoconcepto de Piers y Harris. Un análisis detallado mostró que los únicos puntajes que variaron significativamente y que lograron el cambio en el puntaje total fueron las dimensiones de ansiedad y bienestar - satisfacción. En la dimensión ansiedad todos los sujetos aumentaron los puntajes (menor ansiedad). Además, se presenta un mayor puntaje hacia un mejor autoconcepto (Martorelli, 1998).

Vinnancia y cols. (1991) les enseñaron a 4 pacientes técnicas de autocontrol que incluían relajación, visualización y detención del pensamiento, antes del comienzo del tratamiento en hemodiálisis; 3 de los 4 pacientes mostraron una reducción de la ansiedad.

Finalmente es preciso señalar que a pesar de la dificultad existente para la investigación y tratamiento de sujetos con enfermedad renal crónica, en razón de la gran cantidad de variables que interaccionan en la enfermedad renal y aquellos que corresponden al proceso psico-grupal, este tipo de trabajos se erigen como un punto de partida que abre líneas de investigación.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### a) Depresión y Ansiedad

##### **Depresión**

Las más recientes consideraciones acerca de los desórdenes depresivos frecuentemente reflejan la herencia dejada por Freud y otros psicoanalistas, temas como el desengaño y la pérdida, la disminución de la autoestima, la dependencia oral, la necesidad de atención, la ira hacia uno mismo y/o los otros, la culpa y el castigo. También están los estudios con animales sobre los efectos de la separación en los muy jóvenes de Kaufman y Rosenblum; los estudios extensivos de los correlatos cognoscitivos de la depresión de Beck y las investigaciones experimentales de incapacidad adquirida de Selgman (Jackson, 1989).

La conceptualización de los términos de melancolía y depresión a lo largo de la historia ha generado distintas hipótesis y teorías que tratan de explicar la etiología del síndrome depresivo que a su vez determinan las medidas terapéuticas.

Al mismo tiempo surge la necesidad de definir los límites de los trastornos depresivos originándose las clasificaciones de la enfermedad, que apoyan las teorías y correlacionan o dirigen el tratamiento.

Uno de los problemas que se han presentado es la clasificación de los desórdenes melancólicos y depresivos. En 1893 Moebius introdujo la dicotomía: etiología endógena frente a etiología exógena como base para la clasificación de los desórdenes psiquiátricos. Posteriormente Gillespie distingue dos grupos principales de depresiones: autónomas y reactivas. Su grupo de depresiones "autónomas era muy semejante al de las "endógenas" de Kraepelin, por lo que la dicotomía "endógena - reactiva" pasó a ser la más utilizada (Jackson, 1989).

Mientras tanto Edward Maphoter y Aubrey Lewis sostuvieron que las depresiones debían entenderse desde una perspectiva unitaria. Heron termina

sus estudios sobre la dicotomía endógeno - exógeno con la idea de que hay que reemplazar la palabra endógeno por primario, por lo que dio paso a que se formara una nueva dicotomía y que poco después surgiera la idea de las depresiones primarias y las depresiones secundarias.

También se han propuesto otros pares dicotómicos en los últimos tiempos: por ejemplo el tipo S (somático) frente al J (justificado), de Pollit; la depresión vital frente a la personal, de Van Praag; La depresión bipolar frente a la monopolar de Leonhard, par desarrollado unos años después por Perris y otros como depresión bipolar y unipolar (Jackson, 1989).

El primer sistema oficial de clasificación de América lo formuló la Asociación Médico-Psicológica Norteamericana.

En 1951, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales.

El American Psychiatric Association Commite on Nomenclatura and Statistic desarrolló una variante de la CIE-6; publicada en 1952 como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorder (DSM-I).

En el DSM-II, publicado en 1968, las reacciones afectivas eran ahora desórdenes afectivos graves, que incluían tanto la melancolía involutiva como la enfermedad maniaco - depresiva. La reacción depresiva pasó a ser neurosis depresiva.

El DSM-III incluía dentro de los desórdenes afectivos, desórdenes afectivos graves, subdivididos en desórdenes bipolares (mixtos, maníacos o deprimidos) y depresiones graves; otros desórdenes afectivos específicos, subdivididos en desórdenes ciclotímicos y desórdenes distímicos (neurosis depresivas), y desórdenes afectivos atípicos, subdivididos en desórdenes bipolares atípicos y depresiones atípicas. El enfoque general que se toma en esta clasificación del DSM-III, es el de utilizar la etiología como eje de clasificación sólo en el caso de que existan pruebas convincentes (Jackson, 1989).

A principios de 1987 se publicó el DSM-III-R (revisado) y aunque propone numerosas modificaciones, son relativamente menores y persiguen corregir imperfecciones técnicas y lógicas, teniendo en cuenta las críticas hechas al DSM-III y los trabajos empíricos de los últimos años (APA, 1988).

La cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) es publicada en 1994. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se realizaron infinidad de consultas con los realizadores de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas.

La mejor innovación del DSM-IV consistió no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica (APA, 1995).

Con lo que respecta a los trastornos del estado de ánimo, el DSM-IV presenta considerables modificaciones; como por ejemplo podemos citar que en el DSM-IV se ha modificado la organización y la terminología de los trastornos bipolares. El texto y los criterios correspondientes al trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias o debido a enfermedad médica, que se denominaba trastorno orgánico del estado de ánimo en el DSM-III-R se han incluido en esta sección; con la finalidad de facilitar el diagnóstico diferencial.

Por su parte, el programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. En la década de los setenta creció aún más el interés en todo el mundo por mejorar la clasificación psiquiátrica. Esta tendencia se vio favorecida por el aumento de los contactos internacionales, por la realización de varios estudios internacionales en colaboración y por la disposición de nuevos tratamientos (OMS., 1993).

La CIE 10 se publicó en 1993 y sus propuestas son un producto de la colaboración entre muchas personas e instituciones de numerosos países.

El DSM-IV y la CIE-10 son en la actualidad los dos principales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales que existen; hoy en día, se busca que exista la mayor compatibilidad entre ambos sistemas, pero aún presentan diferencias. La clasificación de los trastornos del estado del ánimo del DSM-IV consta de:

Una primera parte, en la que se describen los episodios afectivos que han sido incluidos por separado para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos como entidades independientes, sin embargo sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos anteriormente. La tercera y última parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes (APA, 1995).

### ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Como lo mencionamos anteriormente; las más recientes consideraciones acerca de los desórdenes depresivos, reflejan la herencia dejada por Freud y otros psicoanalistas, para fines de esta investigación adoptaremos este enfoque desarrollado por Hugo Bleichmar basado en los trabajos de Freud.

Se denomina depresión *"tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc., como al estado afectivo de la tristeza"* (Bleichmar, 1976).

Dentro de la depresión, la relación entre la tristeza, inhibición y autorreproches suele ser muy compleja, la copresencia dentro de un síndrome, no implica obligatoriamente causalidad. Mientras no se haga un análisis del origen y de la articulación de estos elementos, se continuará atribuyendo a uno u otro como determinante de los demás.

Lo que recibe el nombre de tristeza es un abanico de estados en que el dolor psíquico se desencadena por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto. Y si la significación está de por medio es porque en la

tristeza, obviamente el afecto está enlazado a un determinado tipo de ideas, constituyéndose así una estructura cognitiva - afectiva. Todos los individuos afectados de depresión (ya sea el adulto en duelo, el bebé en depresión anaclítica, el neurótico, el psicótico), sienten que algo se ha perdido. Esto es lo que Freud puso al descubierto cuando definió la depresión como la reacción a la pérdida de objeto.

En inhibición, síntoma y angustia (citado por Bleichmar, 1976), Freud consigna que el hecho de que la superación del duelo sea penosa se debe a la "no satisfacible carga de anhelo" que el deudo concentra en la persona muerta. Anhelo se refiere a una meta que no se alcanza, a un deseo de algo; por lo tanto no se trata simplemente de un afecto sino que está presente en el psiquismo como representaciones ideativas, de ahí que "carga de anhelo" sea una expresión que Freud se ocupó en caracterizar como imposible de satisfacer.

Si se ha convertido a la pérdida de objeto en la condición de la depresión, y a la imposibilidad de la realización de un deseo en su esencia, en el eje alrededor del cual giran los distintos cuadros depresivos, hay que aclarar cómo se constituye el objeto libidinal, qué relación guarda con el deseo, qué debe entenderse por pérdida de objeto y cuál es la razón por la cual la pérdida produce depresión.

Freud (citado por Bleichmar, 1976) denomina deseo al movimiento -proceso, tendencia hacia- que va del polo de displacer al del placer o más específicamente, como la carga mnésica de la "experiencia de satisfacción". El objeto de la experiencia de satisfacción será el objeto del deseo.

Cuando alguien se encuentra ante el hecho de que su objeto libidinal se encuentra perdido o muerto da muestras de agitación, llora, se le ocurre pensar que no está muerto, que sería posible recuperarlo. Se encuentra en ese período de ilusión en el cual fantasea desandar lo andado, rescatar de la muerte al ser querido. Reconoce que el objeto ya no está y al mismo tiempo reniega de ese conocimiento. En este período la pérdida de objeto ha puesto en marcha los mecanismos tendientes a reencontrarlo. El llanto no es simplemente la expresión de un estado afectivo doloroso sino que constituye un llamado, un mensaje dentro de una estructura intersubjetiva.

Pero si se pierde la esperanza de recuperar el objeto, desaparece la motivación que daba lugar a la actividad de la fase en que no se lo daba por irremediamente perdido. La desaparición de esta motivación se manifiesta por medio de la inhibición psicomotriz, que en su grado máximo puede llegar al estupor melancólico del individuo que se encuentra absolutamente inmóvil, sin llanto e incluso sin quejido. Así por ejemplo, como desarrollaremos más ampliamente en el capítulo correspondiente, al ingresar a hemodiálisis, el paciente sabe que ha perdido en forma definitiva la función de sus riñones, es común verlo apático y dormido durante toda la sesión, incluso cuando se le toman los signos vitales.

Lo notable de la inhibición depresiva es que no se restringe a los intentos con respecto al objeto perdido, sino que se extiende a todos los demás objetos. Esto se debe a que el deseo respecto del objeto perdido llena todo el horizonte mental del sujeto que no puede sino girar en torno a él. El sujeto está fijado a ese deseo y simultáneamente lo siente como irrealizable, de ahí la intensa carga de anhelo; como un ejemplo de esto, el paciente deja la escuela, el grupo de amigos, y hasta se aleja de algunos miembros de su familia.

La inhibición depresiva resulta de la convergencia de dos variables, en primer lugar, de que haya o no expectativa de recuperar el objeto perdido, y segundo, del grado de fijación, es decir, de la posibilidad - imposibilidad de pasar a otro objeto.

El afecto es de un orden diferente de la idea. Freud mantuvo esta dualidad a lo largo de toda su obra. Además señaló en repetidas oportunidades que la pulsión se expresaba en dos registros diferentes, el de los afectos y el de las ideas.

Si bien el número de afectos que puede experimentar un recién nacido es relativamente reducido, se va ampliando progresivamente a partir del nacimiento, surgiendo diferentes cualidades de afectos en correlación con determinadas ideas. Pero aunque los afectos se desarrollen en interdependencia con las ideas, transcurren dentro del orden de materialidad que le es propio, en el interior de la serie displacer-placer, sin que nunca se anule la distinción con las ideas, que integran otra serie de índole particular. Los afectos y las ideas constituyen así dos series entrelazadas que en determinados puntos se anudan y dan origen a estructuras cognitivo-afectivas

específicas, en las que un afecto dado remite a una clase de ideas en particular, y viceversa.

Freud no sólo dice que el afecto no puede ser inconsciente, sino que además, aclara que el afecto "...es suprimido, es decir, se le impide por completo desarrollarse". Y esto es lo fundamental, porque si lo anterior sucede, resulta que un tipo particular de ideas puede existir sin su correspondiente afecto.

Se podrá llegar entonces al cuadro de la depresión por dos vías: desde las ideas, y estamos de esta manera en el cuadro de las depresiones psicógenas, y desde los afectos, vía que corresponde a las depresiones que no sin razón, han sido llamadas orgánicas.

Desde el punto de vista de las génesis, un reducido número de depresiones - las llamadas endógenas- pueden comenzar por trastornos de la base material de los esquemas afectivos, en tanto la gran mayoría lo hace por el lado ideativo. Pero mientras que no se puede mantener un cuadro de tristeza sin que estén presentes ideas que le son correlativas, es posible encontrar la inversa.

Se concluye que el núcleo de la depresión, en tanto estado, no lo podemos buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos ellos pueden faltar, sino en el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente.

La representación de un deseo como irrealizable (en el caso de los pacientes, es recuperar su salud), deseo al que el sujeto está intensamente fijado, constituye pues el contenido del pensamiento del depresivo, más allá de las formas particulares que tenga. La tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento; la inhibición, la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo; el llanto, además de expresión de dolor, es el intento regresivo de obtener lo deseado; el autorreproche, la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo, por la frustración del deseo.

A grandes rasgos en el psicoanálisis actual hay dos grandes teorías sobre la depresión: 1) La depresión por descenso de la autoestima, que es la que sostienen autores como Fenichel o Bibring; y 2) La depresión como

consecuencia de los impulsos agresivos; en esta teoría se destaca el fundamental aporte de Melanie Klein (Jackson, 1989).

El descenso de la autoestima o la agresión no constituyen, cada uno de ellos, la explicación de la depresión, según Bleichmar, el elemento unificador no puede encontrarse ni en el nivel de uno ni en el de otro. Tiene que hallarse en otro nivel que permita abarcar las explicaciones parciales y que es el de la estructura del deseo.

Freud consideró que en la melancolía, el objeto perdido había sido elegido de acuerdo con el tipo de elección narcisista. Designa como elección narcisista de objeto la que se caracteriza por ser el objeto elegido conforme a cómo es el sujeto, cómo fue el sujeto o cómo el sujeto quisiera ser. Pareciera entonces que la elección narcisista se caracteriza porque en ella el objeto tiene una semejanza con el Yo que lo elige. Sin embargo también reconoce que la elección narcisista puede realizarse para elevar la propia autoestima, la vivencia de perfección, de completud, de omnipotencia; así alguien podrá hacer la elección, no por los atributos del objeto, porque éste sea semejante a él, sino porque convierte al individuo en un ideal. De esta manera, si el objeto perdido es de naturaleza narcisista, es decir aumenta la valoración del sujeto, su pérdida producirá una disminución de esta.

La construcción de la representación que el sujeto se hace de sí mismo (Yo representación) integra siempre elementos valorativos. Prácticamente, no existen rasgos del Yo que no esté en correlación con una escala de preferencias; aquellos que se ubican en el extremo de máxima valoración conforman un Yo ideal. Podemos definir entonces al Yo ideal como la representación de un personaje que poseería los atributos de máxima valoración. En realidad no hay un solo Yo ideal, sino que existen muchos, que corresponden a los diferentes rasgos.

Pero así como la escala de las valoraciones tiene puntos máximos, en los cuales está ubicado el Yo ideal, también posee puntos de mínima estimación. Para que pueda concebirse algo perfecto es necesario que se tenga una representación de lo que no lo es, de lo imperfecto. Sí, el Yo ideal implica la posibilidad de existencia de otro Yo que no sea ideal (lo llamaremos el negativo del Yo ideal) y que se caracterizaría por estar ubicado en el lugar de

la menor valoración de la escala (posición con la que se identifican la mayoría de los pacientes con I.R.C.).

El apartarse de la identificación con el Yo ideal (de perfección) puede ser vivido como la caída en la identificación con el negativo del Yo ideal. Para que se dé esto, se requieren dos condiciones: 1) que se funcione con la lógica binaria de las dos posiciones, 2) que se funcione con la lógica del rasgo único prevalente, rasgo que asume el valor total y elimina el examen de la valoración de los otros rasgos. En este último punto nos reencontramos con el concepto de objeto parcial de Klein: parcial en el sentido de que está escindido en bueno y malo, y en el de que se toma una parte del cuerpo por la totalidad. Entonces se puede considerar que si se ha caído en el negativo del Yo ideal es porque se funciona en términos de objeto parcial.

Si hay una caída desde la identificación con el Yo ideal a la identificación con el negativo del Yo ideal, es porque el primero pudo constituirse, y a su vez, el sujeto pudo identificarse con él. La constitución de un Yo ideal es por lo tanto la condición necesaria para la existencia del colapso narcisista, aunque no suficiente para que éste se produzca. Al respecto, cabe mencionar que la mayoría de los pacientes viven esta situación en términos de “antes y después” de la enfermedad.

El colapso es el resultado de una comparación, de una distancia entre el Yo ideal y el negativo. En caso de darse éste o ante la inminencia del mismo; la identificación con el negativo del Yo ideal constituye una situación de tensión dolorosa, ante la cual el sujeto tiende a identificarse con el Yo ideal.

Frente a la “tensión narcisista” se pueden poner en juego defensas para evitar la caída en el colapso narcisista, éstas defensas pueden ser de dos órdenes: a) específicas por el narcisismo: son las del orden de las compensaciones, aquellas en que se adquiere un atributo positivo que permite identificar imaginariamente el sujeto con el Yo ideal; b) no específicas: podemos enumerar en ellas los distintos mecanismos de defensa.

Si las compensaciones frente a la tensión narcisista o los distintos mecanismos de defensa fracasan por algún motivo, se produce entonces el colapso narcisista el cual es causa de la depresión.

La agresión desempeña un papel importante en la génesis de la depresión, no solo se caracteriza por sus efectos sino también por motivación subjetiva desencadenada. De este modo se define a la agresión como la intencionalidad de provocar daño o sufrimiento, ya sea físico o moral, por el placer que ello implica.

Una vez constituido el Yo ideal y vivenciada la tensión narcisista ante la caída en la identificación con el negativo del Yo ideal, el individuo puede satisfacer su intencionalidad agresiva a través del sufrimiento que alguien experimenta al sentirse inferior, malo. En estas condiciones la palabra constituye el instrumento privilegiado de ataque al narcisismo, aún cuando no sea el único. Es común ver a los pacientes agrediendo por cualquier motivo a sus madres.

Cuando la agresión está dirigida contra el propio sujeto, cuando éste no se ama sino se odia a través del eslabonamiento agresión-desvalorización-colapso narcisista, puede caer en la depresión.

Así como el narcisismo es el amor por el propio Yo, la autoagresión es una relación del individuo consigo mismo en el que el Yo es tomado como objeto de odio. Se abre así toda la posibilidad de analizar la relación de odio consigo mismo como la interiorización de una relación intersubjetiva. Los pacientes, continuamente transgreden y se agreden, incumpliendo sus restricciones dietéticas, o la ingesta de sus medicamentos.

Ahora bien, toda esta agresión que el sujeto vierte hacia el objeto o hacia sí genera culpa. Es decir, siente pena por él, experimenta remordimientos y deseos de repararlo, esto resulta de la adquisición por parte del individuo de las categorías que le aporta la cultura, categorías en las que se determina que el que atacó es malo, que el objeto sufre, que debe repararlo, etc.

La agresión está relacionada con el hecho de ver al otro como dañado, de sentirse responsable de ello, de experimentar pena por él, de desear darle una reparación, etc., y en esa estructura cognitiva-afectiva la agresión aparece como un antecedente lógico, o sea, como un pre-requisito, no como un antecedente cronológico o genético, sino como condición causal.

Alguien se puede sentir culpable no por lo que hizo o fantaseó sino por dos órdenes de condiciones: a) Identificación con la imagen que otro le da de sí, imagen en la que aparece como culpable. b) Identificación con otro que se siente culpable.

Si alguien se siente dañado, malo, culpable; entonces deducirá, sacará como conclusión, que tiene que haber herido, agredido, ya que aquello implica esto último; En vez de ser la culpa una consecuencia de la agresión, se deduce que ésta ha tenido que ocurrir porque existe aquella (situación que se puede percibir en algunos pacientes).

Hay que reconocer la existencia de un modo de funcionamiento del psiquismo en el cual en vez de proceder de las condiciones singulares hacia lo que aparece como una consecuencia, o sea de lo particular a lo menos particular, sucede todo lo contrario, y lo que en la estructura fundante es consecuencia, en la conciencia aparece como causa.

Al hombre se le proporcionan conceptos con los que piensa la realidad que lo circunda y lo mismo se hace con la representación que tiene de sí mismo. Es identificado como malo, bueno, inteligente o tonto, en actos de captación totalizadora por parte del adulto que profiere esos juicios.

El niño toma entonces del adulto los conceptos, la representación de sí mismo, y, principalmente, las estructuras del pensamiento, un modo de razonar, de implicar lógicamente, de organizar los datos.

Más allá del contenido específico se le brinda al niño un modo de construir representaciones totalizadoras de sí mismo tomando por base un dato aislado, una manera de descargar un estado emocional penoso mediante el ataque a la representación del otro (pero que también se usará para la propia representación).

Si no es obligatorio que encontremos la razón de la imagen que alguien tiene de sí, en cuanto a su contenido específico, en el individuo que es el portador de la misma, tampoco es necesario fundar el sentimiento de culpabilidad en los impulsos agresivos del sujeto que padece de él.

Un temor no se crea por la realidad empírica sino por la forma en que éste es condicionado. No solo el deseo del niño es el deseo del otro, sino que también su temor es el temor del otro imaginario.

Hay que distinguir entre identificarse con un rasgo e identificarse con la imagen que el otro tiene del sujeto que sufre la identificación. El sujeto es, pero a la vez se representa, y esta representación de sí no tiene por qué describir adecuadamente lo que el sujeto es.

Es precisamente la discontinuidad entre el ser y la representación que alguien tiene de sí mismo lo que explica por qué consideramos como simplificante el haber hecho derivar el sentimiento de culpabilidad de los impulsos agresivos exclusivamente. En efecto, se pensó que como alguien se representa tal como es, en caso de sentirse culpable, esto sería la consecuencia de que realmente es agresivo. Pero si, por el contrario, existe una discontinuidad radical entre el ser y la forma en que alguien se representa a sí mismo, un individuo puede considerar culpable, sentir culpa, sin haber agredido.

El autorreproche constituye la respuesta agresiva a la representación que el sujeto se hace de sí mismo como agresor. El autorreproche es así un tipo de castigo que alguien se aplica por no ser como debería en el ideal de la norma moral (recalcamos aquí las constantes transgresiones de los pacientes en hemodiálisis).

Los autorreproches pueden revestir contenidos temáticos diversos, no solamente el de que se ha agredido. Puede tomar la forma de críticas que el individuo se hace a sí mismo por considerarse un incapaz, un estúpido, un inútil, todo lo cual constituye por lo tanto la respuesta agresiva a la frustración de no cumplir en el Yo ideal narcisista.

Son dos las concepciones que se han expuesto en la teoría psicoanalítica respecto a la génesis del autorreproche: 1) El autorreproche es el efecto del desplazamiento de otro reproche que permanece fuera de la conciencia y que se justificaría por la naturaleza de su contenido. 2) El autorreproche es en realidad un reproche dirigido contra un objeto externo, con el que el Yo está identificado, tras la pérdida del mismo.

ambas explicaciones se basan en el mismo principio: un reproche, dirigido contra sí mismo o contra otro, no es aceptado y entonces, mediante determinados mecanismos inconscientes, se logra eliminar la percatación inconsciente de lo que sería la causa legítima y verdadera.

constituida entonces la estructura en la que existe: a) alguien que critica; b) alguien que es criticado, y c) temas de la crítica, su mantenimiento estará asegurado por el hecho de que todos los datos serán organizados bajo la forma de alguien criticando a otro. El Yo puede quedar identificado con una de ellas: Quedar fijado en la posición de criticado, es el caso de la melancolía, por el contrario en la posición del que critica, es el caso de la reivindicación narcisista. El ingreso a hemodiálisis significa ingresar a un sistema que va a restringir más la vida del paciente, que provocará que éste caiga en la posición de criticado.

Si el Yo queda fijado en la de criticado, haga lo que haga siempre estará mal. No es solamente que la conciencia moral critica porque se infringe la norma o no se cumple con el ideal, sino que se acerca al objeto o al Yo en una actitud hostil, creando la distancia, la diferencia entre el ideal y lo que se supone que es. Esa diferencia la produce activamente, ya sea modificando el ideal o la valoración de sí mismo.

Un paciente melancólico está escindido. Sucede como si contuviera simultáneamente a dos personas: una que ataca, busca ocasionar sufrimiento, humillaciones, y otra que reacciona ante lo anterior dando muestras de dolor y pidiendo clemencia a través del llanto, que tiene el carácter de técnica placatoria, inspiradora de lástima. Decir que se trata de dos personas en una sola constituye una simple metáfora, ya que refleja la puesta en acción en un individuo de estructuras cognitivo-afectivas que en algún momento correspondieron a dos personas en relación, es decir que constituyen la posteriorización de un vínculo intersubjetivo.

Lo que vemos que cualquier circunstancia en que un deseo sea entrevisto como realizable, que no se logre algo anhelado y se cumpla la condición de que se mantenga la fijación al deseo, podrá desembocar en una depresión. Lo anhelado que se siente como inalcanzable podrá ser tanto el seguir teniendo al ser amado, verlo como vivo, sano y feliz, como él sentirse admirado o preferido frente a un rival. Lo anhelado se convierte así en un ideal, en el

sentido de meta a alcanzar, y los diferentes tipos de depresión se podrán caracterizar de acuerdo con el tipo de ideal en juego.

Si el ideal es de perfección narcisista, con la connotación que hemos dado de esta, su no logro dará lugar a la categoría “depresión narcisista”; si el ideal es el de “no dañaras” y de que el objeto esté indemne y se siente que se infringió al primero en la realidad o en la fantasía, la consecuencia podrá ser que se sienta al objeto como dañado y al sujeto como malo. Esto último diferencia esencialmente la “depresión culposa” de aquella otra en que, el objeto puede verse como dañado y de ahí la pena y la depresión pero sin que exista el sentimiento de responsabilidad.

Para aquellas depresiones en que el centro no es la “tensión narcisista” ni el sentimiento de culpabilidad creemos que cuadra que se le llame “depresión por pérdida simple de objeto”.

En el caso de la depresión narcisista la diferencia entre el Yo ideal -el modelo- y el Yo considerado como real puede ser creada por lo elevado de las metas o por la minusvalía del “Yo representación”

Una tercera condición se da cuando el sujeto (caracterizado por una conciencia crítica) manifiesta su intencionalidad agresiva contra sí mismo a través de construir un ideal que no es que sea elevado de por sí, sino que se hará tan elevado como sea necesario con la finalidad de que la brecha nunca se cierre, o también mediante la desvalorización del “Yo representación” tanto como sea necesario para que no alcance la fusión con el Yo ideal.

La depresión culposa puede ser producida por a) Elevados ideales de no agresión y de bienestar del objeto, visibles en personas que por ser máximo el ideal de no agresión, cualquier cosa que hagan las ubica como agresivos, y por lo tanto culpables. b) Los que quedan identificados con la representación de sí como la de alguien malo, agresivo y que por lo tanto deducen a posteriori que deben de haber agredido. Aquí se abren dos subclases; alguien puede sentirse malo: 1) por estar identificado con figuras culposas y 2) por identificarse con la representación inducida por figuras culpógenas, c) Por último tenemos aquellos casos en que por la agresividad de la conciencia crítica, ésta crea siempre una brecha entre el ideal de no agresión y la representación del Yo como trasgresor de la norma.

Cada subclase de la depresión culposa articulará por un lado el elemento representación del Yo como agresivo o no, y por el otro la representación del objeto como dañado o no.

El mejor ejemplo de la depresión por pérdida simple del objeto lo constituye el duelo normal por la muerte de un ser querido. Aún cuando en todo duelo se pasa por momentos en que hay sentimientos de culpabilidad estos son microepisodios melancólicos dentro de un proceso en que lo central es el penar porque el objeto ya no está más.

Como la depresión narcisista y la culposa dependen de una misma condición: la estructura del Superyó, diferenciándose en el tipo de ideal en juego se entiende por qué es tan frecuente que coexistan en un mismo individuo. Cuando el Superyó se caracteriza por la tendencia a construir ideales elevados o por el sadismo de la conciencia crítica, ese superyó severo podrá tomar a uno o a ambos de los tipos de ideal señalados como base para la exigencia respecto del Yo.

Lo anterior evidencia que la depresión narcisista y la culposa tiene un elemento básico que permite oponerlas a la depresión por pérdida simple de objeto: la patología del Superyó.

Predispondrán a una depresión narcisista crónica todos los factores que tienden a crear un elevado ideal narcisista, una aspiración de Yo ideal que se ofrezca siempre como meta inalcanzable. El Yo ideal de completud y perfección que los padres desean que sean sus hijos se convertirá en la pesada carga que éstos llevarán sobre sí. La transmisión de un Yo ideal de tales características, a través de la identificación con el deseo de los padres, hará del individuo un eterno insuficiente con relación a aquél. La construcción de una representación desvalorizada de sí empujará también hacia la depresión narcisista.

Los factores que coadyuvan a: 1) incrementar la agresividad del sujeto; 2) favorecer que ésta se vuelque sobre sí mismo; 3) que se exprese en forma de conciencia crítica, y 4) privilegiar como forma de agresión el ataque al narcisismo, todos ellos serán precondiciones para la depresión narcisista. Para el primero -incremento de la agresividad- las frustraciones reiteradas y la

identificación con el agresor son importantes. Para el segundo -vuelta de la agresión contra sí mismo- los sentimientos de culpabilidad y la excesiva persecución real o fantaseada que hace que la respuesta agresiva en vez de ser descargada hacia el objeto se canalice hacia el Yo, con la finalidad inclusive de aplacar al objeto perseguidor, merecen tenerse en cuenta.

Las condiciones que conducen a la depresión aguda, la del colapso narcisista por ejemplo, son aquellas en que habiéndose constituido en el sujeto la identificación del Yo representación con el Yo ideal -a diferencia de las depresiones crónicas en que esto no sucedió- por un acontecimiento determinado se pasa de ser el Yo ideal a convertirse en el negativo del Yo ideal. Cuanto más fantástica sea la identificación con el Yo ideal tanto más factible será el colapso. Muchas depresiones en los momentos de cambio durante el ciclo vital: ingreso de la escolaridad, pasaje a la adolescencia, enfermedad, jubilación, etc., tienen lugar cuando, alteradas las circunstancias en que se era el Yo ideal, las nuevas condiciones enfrentan a la persona con la imposibilidad de mantener tal identidad (Jackson, 1989).

## **ANSIEDAD**

La obra de Freud en alemán se encuentra la palabra "angst", ésta al español se traduce como angustia y al inglés como anxiety, en los dos casos las podemos considerar como sinónimos; pero al incrementarse las publicaciones en idioma inglés -de 37 en 1950 a 5,000 en 20 años y a 3,500 más en 1980-, resulta difícil decidir si podemos seguir considerando como sinónimos las palabras angustia y ansiedad (Garrabé, 1993).

La mala traducción de la palabra anxiety al español por ansiedad (Aguilar, 1992) nos presenta un problema de ambigüedad entre la palabra angustia y ansiedad, aún en el idioma inglés encontramos una falta de claridad en la traducción de la palabra anxiety, a tal grado que Lewis (1970) la califica como "la palabra ambigua" y la define como "un estado emocional en el cual existe una experiencia subjetiva de -terror, horror, alarma, miedo, pánico- acompañado de alteraciones corporales y que no guarda relación con el estímulo peligroso". Si comparamos esta definición con la descripción que hace Freud de la angustia como un estado de miedo en el que se producen alteraciones fisiológicas principalmente en el aparato respiratorio y cardiovascular y con una percepción displacentera de dichas alteraciones y

que puede o no guardar relación con un estímulo peligroso, concluimos que no existe una diferencia clara entre ansiedad y angustia. En base a lo anterior y con los fines que para esta investigación se necesitan, tomaremos como sinónimos las palabras ansiedad y angustia.

En 1860, Morel es el primero que identifica en una clasificación a las “fobias y otras neurosis” bajo el epígrafe de *délire émotif*. En 1896, Kraepelin, en la sexta edición de su libro, clasifica los trastornos psiquiátricos en trece categorías, de las cuales la IX, bajo el rótulo “Neurosis Psicógenas”, incluye la “psicosis epiléptica”, la “psicosis histérica” y la “schreckneurose” (schreck equivale a la sensación de terror ante una situación inesperada). Son las primeras aproximaciones a la clasificación de los trastornos ansiosos y otros trastornos menores en psiquiatría (Diez, 1990).

Beard en 1868, utiliza por primera vez el término “neurastenia”, reconociendo hasta cincuenta síntomas distintos integrantes del síndrome, que engloba fundamentalmente a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos.

En 1894, Freud define nosológicamente la “neurosis de ansiedad”, derivada del concepto más amplio de “neurastenia”, que abarca todas las formas de ansiedad patológica, elevando, por tanto, la ansiedad, hasta entonces concebida como inespecífica y generalizada a un sin número de trastornos, a la categoría de síndrome, aunque todavía concibiéndola como un todo unitario y como la base de sustentación del resto de la psicopatología.

Hasta 1952, siguiendo las innovaciones de Freud, aunque dividiendo ya el grupo general de neurosis de ansiedad, se aceptaba generalmente un esquema nosográfico que se resume a continuación:

- 1) “Neurosis de ansiedad”. El conflicto interno no se transforma, ni se desplaza ni se simboliza, apareciendo sólo síntomas ansiosos. Incluye a los pacientes estrictamente ansiosos.
- 2) “Histeria de ansiedad”. Aquí el sujeto utiliza mecanismos de defensa, como los de proyección y fijación, apareciendo, por tanto, otros síntomas además de la propia ansiedad. Incluye fundamentalmente a los pacientes fóbicos.

Manteniendo este mismo enfoque, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) (1952) clasifica a los ansiosos en:

- 1.- Reacción de ansiedad que equivale a la neurosis de ansiedad previa.
- 2.- Reacción fóbica que equivale a la historia de ansiedad. Es la primera vez que se reconocen las fobias como una entidad diagnóstica independiente.

El Manual of the International Statistical Classification of Diseases (ICD-6) (1951) de la OMS por primera vez incluía la patología psiquiátrica.

Posteriormente el DSM-II (1968) presenta una amplia subdivisión del concepto genérico de neurosis clasificándolas en:

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1) Neurosis de ansiedad           | 2) Neurosis histérica           |
| 3) Neurosis fóbica                | 4) Neurosis obsesivo-compulsivo |
| 5) Neurosis depresiva             | 6) Neurosis hipocondríaca       |
| 7) Neurosis de despersonalización | 8) Neurosis neurasténica        |

El ICD-8 no aportaba variaciones significativas con respecto a ediciones anteriores.

La psiquiatría europea se basaba en una serie de acuerdos tácitos, tales como que la ansiedad era un estado o respuesta afectiva en relación, por tanto, con los trastornos depresivos, como los polos de un continuo, y que la ansiedad normal y patológica sólo se diferenciaban cuantitativa pero no cualitativamente. Fuera del mundo anglosajón, las crisis de pánico o ansiedades paroxísticas no recibían ninguna importancia. En Europa se había relegado a los neuróticos, ansiosos, hipocondríacos, histéricos y fóbicos, en un mismo cajón de sastre, de categoría inferior. Todavía la ansiedad se sigue concibiendo como un proceso unitario, idéntico al miedo normal.

Fueron los británicos los que empezaron a individualizar los trastornos ansiosos, separaban ansiedad de depresión en función de la sintomatología actual, la historia familiar, la personalidad premórbida, el momento de inicio y la evolución.

Mientras tanto, la escuela francesa mantiene la estructura de los cuatro

grandes grupos de neurosis, es decir, la neurosis de ansiedad como neurosis indiferenciada, y las neurosis fóbica, histérica conversiva y obsesiva como las altamente diferenciadas en función de los mecanismos de defensa establecidos. La neurosis fóbica, por su parte puede subdividirse sobre la base de la presencia de tres grandes grupos de miedos: el miedo de los espacios, los miedos sociales y los miedos de animales. Por otra parte, esta escuela reconoce la existencia de reacciones neuróticas agudas, secundarias a desencadenantes ambientales, lo que equivale a la neurosis traumática.

En 1972 aparecen los criterios diagnósticos del grupo de St. Louis y en 1975, los Research Diagnostic Criteria (RDC) tratando de tomar de nuevo el modelo médico de enfermedad psiquiátrica, y utilizando por primera vez criterios diagnósticos operativos. La clasificación RDC recoge una serie de trastornos como el trastorno por angustia, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos fóbicos. Tanto el trastorno por angustia como los trastornos fóbicos son diagnósticos jerárquicamente superiores a la ansiedad generalizada, pero inferiores al resto de trastornos, en especial los depresivos.

El DSM-III abandona definitivamente el término “neurosis”. Las distintas neurosis en el DSM-II se transforman en diversos síndromes o trastornos que van a parar bajo varios epígrafes.

La ICD-9 distingue entre estados de ansiedad, estados fóbicos, reacción aguda al estrés, reacción adaptativa y trastorno mixto de la conducta y las emociones, así como la disfunción fisiológica por factores mentales. La ICD-9 persiste en la no inclusión de criterios diagnósticos, constituyéndose en una nosología más que en una nosografía.

Sheehan propone los términos “ansiedad endógena” y “ansiedad exógena”, clasifica los trastornos según su gravedad, que sean crónicos o no y si hay ansiedad fóbica. La ansiedad endógena estaría constituida por las tres cuartas partes de los trastornos por ansiedad generalizada, casi todos los síndromes de despersonalización, hipocondría, ansiedad infantil, trastornos por angustia y fobias no simples. La ansiedad exógena se nutriría de los trastornos adaptativos, fobias simples y una cuarta parte aproximadamente de los trastornos por ansiedad generalizada. Las ansiedades endógenas tienen un predominio en mujeres y se caracterizan por la presencia de crisis espontáneas, fobias múltiples, síntomas obsesivos e histéricos (Diez, 1990).

El DSM-III-R permite hacer varios diagnósticos simultáneamente; unifica todos los trastornos ansiosos en un grupo sin subdivisiones en el que define, en primer lugar, el trastorno por angustia. Dentro de éste, y de forma novedosa, se incluye también la agorafobia. Las fobias ya no se basan sólo en las conductas de evitación, sino también en el temor o ansiedad fóbica ante las situaciones, aunque sean afrontadas.

En la ICD-10 los trastornos obsesivos siguen independientes del resto de los trastornos ansiosos, mientras que dentro de éstos, los cuadros fóbicos se sitúan en una jerarquía superior, quedando los trastornos sin conductas fóbicas clasificados bajo el epígrafe de “otros” trastornos ansiosos. Estas diferencias jerárquicas y de ubicación quedan compensadas por una similitud cada vez mayor en la descripción de los síndromes concretos (Diez, 1990).

En el DSM-IV se ha modificado la definición de agorafobia para subrayar que los temores agorafóbicos implican típicamente un conjunto característico de situaciones. Dentro del título “Trastornos de ansiedad” se describen: trastornos de angustia con y sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo - compulsivo, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, es por eso que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se exponen por separado (APA, 1995).

En sí, entre los grandes problemas con que nos encontramos para la descripción clínica de los fenómenos ansiosos patológicos, y por lo tanto, en su clasificación están:

- 1.- La gran ubicuidad de la sintomatología ansiosa en todo tipo de trastornos psiquiátricos, desde las psicosis esquizofrénicas a los trastornos de carácter, pasando, por supuesto, por el amplio abanico de trastornos depresivos, fóbicos, obsesivos, disociativos, conversivos y orgánicos. También emerge en numerosos trastornos médicos tanto en concepto de sintomatología propia de los mismos, como de reacción ante la experiencia de enfermedad. Y sin olvidarla como reacción normal o fisiológica en determinados periodos de la vida, ya que los síntomas fóbicos y ansiosos son casi universales en la

infancia, desapareciendo progresivamente con la edad, y reapareciendo habitualmente en la adolescencia, en la que predomina la ansiedad de tipo social, y en el climaterio de la mujer y el periodo involutivo del varón.

2.- Los problemas semánticos y etimológicos, que hacen difícil en ocasiones la equiparación de las descripciones clínicas en idiomas diferentes. En la mayoría de las lenguas caucásicas hay una gran cantidad de vocablos y expresiones idiomáticas que describen estados intrapsíquicos y corporales que sólo son facetas diferentes de una misma experiencia ansiosa.

3.- El marcado distanciamiento entre las distintas escuelas de pensamiento aparecidas en los dos últimos siglos, y que se han mantenido hasta hace pocos años, y en ocasiones hasta la actualidad. Así, a partir de las formulaciones iniciales de Freud, a finales del siglo XIX, nacía la escuela psicodinámica, basada primariamente en las descripciones clínicas, y secundariamente en las interpretaciones patogénicas. Esta corriente venía a completar el escaso interés que por los fenómenos ansiosos demostraba la psiquiatría clásica europea, anclada en los nosocomios, y a los que adjudicaba un lugar secundario en la clasificación de las enfermedades neuróticas y de las reacciones anormales de la personalidad. Por otra parte, la psicología experimental profundizaba en nuevas facetas del problema ansioso, sobre todo de tipo conductual. En una vía más filosófica y menos científica, pero no por eso menos importante, en cuanto a la fenomenología de la ansiedad, se movían los existencialistas, desde la obra de Sören Kierkegaard, con amplia influencia en el movimiento cognitivista. Con un contacto mucho más directo con la realidad, los médicos generales, y en especial los cardiólogos, describían en el período entre ambas guerras mundiales, un gran número de trastornos, hoy en día de reconocido fundamento ansioso. Y ya por último, en las últimas décadas, el esfuerzo nosotáxico de base empírica realizado por los psiquiatras norteamericanos. Este caos teórico y práctico no puede dejar de influir negativamente en una descripción y clasificación de los fenómenos ansiosos que sea generalmente aceptada (Diez, 1990).

Cabe recordar que independientemente del enfoque teórico, la ansiedad puede ser causada por situaciones externas como: ser intervenido quirúrgicamente, sufrir alguna enfermedad, estar frente alguna experiencia estresante donde se dañe física o emocionalmente a la persona, pero también puede activarse por estímulos internos como: pensamientos, impulsos, necesidades biológicas,

etc., que varían de sujeto a sujeto y dependen de su experiencia previa en dichas situaciones.

Al respecto López Escalante (1988) menciona que en estos casos la ansiedad puede funcionar como una reacción somática o psicológica ante un estímulo interno o externo y a la vez, como una señal de alarma ante la integridad física o emocional que activa las defensas del organismo. Este es el sentido útil de la ansiedad pero también puede llegar a ser patológica a través del autoreforzamiento y manifestarse desmedidamente ante cualquier evento. Llegando a formar parte de enfermedades psíquicas como la psicosis o la neurosis.

### **ENFOQUE PSICOANALÍTICO**

Para K. Horney la ansiedad es una respuesta emotiva al peligro, la cual puede ir acompañada de sensaciones físicas. La génesis se encuentra en toda situación de conflicto entre la necesidad de depender de otros (padres en la infancia), y la hostilidad que despierta esta situación, cuando la hostilidad ha sido reprimida surge la ansiedad. La ansiedad, es una reacción ante una amenaza de un valor vital y es diferente para cada individuo, por sí sola la inhibición no provoca ansiedad, mientras no compromete ese valor vital (Reyes, 1983).

Melanie Klein (1988) expone que en el inconsciente hay un temor a la aniquilación de la vida. Analiza que si se supone la existencia de un instinto de muerte, también se debe suponer que en las capas más profundas de la mente hay una reacción a este instinto, la cual se da como este temor a la aniquilación. Así, el peligro que surge del trabajo interno del instinto de muerte es la primera causa de ansiedad; además como la lucha entre los instintos de vida y muerte persiste a lo largo de la vida, esta fuente de ansiedad nunca se elimina e interviene como factor constante en todas las situaciones de ansiedad. El punto de vista de que la ansiedad se origina en el temor a la aniquilación deriva de la experiencia reunida en análisis de niños pequeños.

Establece una diferenciación entre dos formas principales de ansiedad - ansiedad persecutoria y ansiedad depresiva- pero la distinción entre estas dos no está claramente delimitada.

La ansiedad persecutoria se relaciona principalmente con la aniquilación del yo, la ansiedad depresiva se relaciona con el daño hecho a los objetos amados internos y externos por los impulsos destructivos del sujeto. La ansiedad depresiva tiene múltiples contenidos, tales como: el objeto bueno está dañado, sufre, está deteriorándose, se convierte en el objeto malo, está aniquilado, perdido, y nunca más aparecerá. La ansiedad depresiva está estrechamente ligada con la culpa y con la tendencia a la reparación (Klein, 1988).

Por su parte, Freud desde un principio definió a la angustia como un estado afectivo, como una reunión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer con las correspondientes inervaciones de descarga y su percepción. Distinguió entre angustia realista y angustia neurótica; siendo la primera una reacción que parece lógica frente al peligro, a un daño esperado de afuera, mientras que a la segunda la definió enteramente enigmática, como carente de fin. En un análisis de la angustia realista, la redujo a un estado de atención sensorial incrementada y tensión motriz, a la que llamó apronte angustiado y que a partir de este estado se desarrolla la reacción de angustia, dándose dos posibles desenlaces en él. O bien el desarrollo de angustia se limita a una señal y se reacciona adaptándose a la nueva situación de peligro, ya sea desembocando en la huida o en acciones destinadas a ponerse a salvo, o bien lo antiguo prevalece, toda la reacción se agota en el desarrollo de angustia, y entonces el estado afectivo resulta paralizante y en desacorde con el fin.

Observó también a la angustia neurótica bajo tres clases de constelaciones. En primer lugar como un estado de angustia libremente flotante, general, pronto a enlazarse de manera pasajera con cada nueva posibilidad que emerja. En segundo lugar, ligada de manera firme a determinados contenidos de representación en las llamadas fobias. En tercero y último término, la angustia en la histeria y otras formas de neurosis graves, que acompaña a síntomas o bien emerge de manera independiente como ataque o como estado de prolongada permanencia, pero siempre sin que se le descubra fundamento alguno en un peligro exterior.

Basado en la experiencia clínica de sus pacientes, encontró que la causa más común de la neurosis de angustia era la excitación frustrada, es decir, se provocaba una excitación libidinosa, pero no se satisfacía; entonces ésta libido desviada de su aplicación se convertía en angustia. Este análisis fue lo

que constituyó la base de su primera teoría: la libido insatisfecha se muda directamente en angustia. Esta concepción halló apoyo en ciertas fobias que eran muy comunes en los niños pequeños.

Posteriormente Freud al elaborar los conceptos de “ello”, “yo” y “superyó”, se ve obligado a adoptar también una nueva orientación en el problema de la angustia, la cual desarrolla en su trabajo “inhibición, síntoma y angustia” de 1926. Con la tesis de que el Yo es el único semillero de la angustia, que sólo él puede producirla y sentirla, Freud se sitúa en una nueva y sólida posición desde la cual muchos planteamientos cobran un aspecto diferente. Aunque no era desconocida, con esta nueva concepción pasó al primer plano la función de la angustia como señal para indicar una situación de peligro; perdió interés la pregunta por el material con que está hecha la angustia; y los vínculos entre angustia realista y neurótica se aclararon y simplificaron de manera sorprendente.

Indagando el modo en que se genera la angustia en ciertas fobias, encontró que no es la represión la que crea a la angustia, sino que la angustia está primero ahí, es la angustia la que crea a la represión. Pero, ¿qué clase de angustia será? Sólo la angustia frente a un peligro exterior amenazante, es decir, una angustia realista. Siendo la angustia frente a la castración uno de los motores más frecuentes e intensos de la represión y, con ello, de la formación de neurosis. Desde luego que la castración no es un peligro objetivo, ya que esta no se lleva a cabo, pero esto no es lo importante, lo decisivo es que el peligro amenace de afuera y el niño crea en él, y es en el curso de su fase fálica, en la época de su onanismo temprano donde muchas veces se le amenaza con cortarle el miembro.

Esta angustia de castración no es, desde luego, el único motivo de la represión; en su lugar aparece la angustia a la pérdida de amor, que puede explicarse como una continuación de la angustia del lactante cuando hecha de menos a la madre. Si la madre está ausente o ha sustraído su amor al hijo, la satisfacción de las necesidades de este ya no es segura, y posiblemente queda expuesto a los más penosos sentimientos de tensión.

En la búsqueda de los lazos entre angustia y represión, Freud describió que el Yo nota que la satisfacción de una exigencia pulsional emergente convocaría una de las bien recordadas situaciones de peligro. Por lo tanto, esa investidura

pulsional debe ser sofocada de algún modo, cancelada, vuelta impotente. Sabemos que el Yo desempeña esa tarea cuando es fuerte e incluye en su organización la respectiva moción pulsional. Ahora bien, la represión tiene lugar cuando la moción pulsional sigue siendo nativa del Ello y el Yo se siente endeble.

El Yo anticipa así la satisfacción de la moción pulsional dudosa y le permite reproducir las sensaciones de displacer que corresponden al inicio de la situación de peligro temida. Así se pone en juego el automatismo del principio de placer-displacer, que ahora lleva a cabo la represión de la moción pulsional peligrosa.

Entonces son posibles diversas reacciones o una mezcla de ellas en montos variables. O bien el ataque de angustia se desarrolla plenamente y el Yo se retira por completo de la excitación chocante, o bien, en lugar de salirse al encuentro con una investidura tentativa, el Yo lo hace con una contrainvestidura, y esta se conjuga con la energía reprimida para la formación de síntomas o es acogida en el interior del Yo como formación reactiva, como refuerzo de determinadas disposiciones, como alteración permanente. Mientras más pueda limitarse el desarrollo de la angustia a una mera señal, tanto más recurrirá el Yo a las acciones de defensa equivalentes a una ligazón psíquica de lo reprimido, y tanto más se aproximará el proceso a un procesamiento normal, desde luego que sin alcanzarlo.

Esperamos, entonces, que la represión conlleve muy diversos resultados, más o menos vastos. En muchos casos quizá la moción pulsional reprimida retenga su investidura libidinal, persista inmutada en el Ello, si bien bajo la presión permanente del Yo. Otras veces parece sobrevenirle una destrucción completa, tras la cual su libido es conducida de manera definitiva por otras vías.

Hemos dicho que el Yo es endeble frente al ello, es su fiel servidor, se empeña en llevar a cabo sus órdenes, en cumplir sus reclamos. No obstante, por el otro lado, ese yo es la parte del ello mejor organizada, orientada hacia la realidad. No debemos sorprendernos de que el Yo consiga a su vez influir sobre los procesos del Ello. El Yo ejerce ese influjo cuando por medio de la señal de angustia pone en actividad al casi omnipotente principio de placer-displacer. Es verdad que inmediatamente vuelve a mostrar su endeblez, pues

mediante el acto de la represión renuncia a un fragmento de su organización, se ve precisado a consentir que la moción pulsional reprimida permanezca sustraída a su influjo de manera duradera.

La angustia neurótica se ha mudado en angustia realista, en angustia ante determinadas situaciones externas de peligro. Lo esencial en cualquier situación de peligro, es que provoque en el vivenciar anímico un estado de excitación de elevada tensión que sea sentido como displacer y del cual uno no pueda enseñorearse por vía de descarga. Llamemos factor traumático a un estado así, en que fracasan los empeños del principio de placer; entonces, a través de la serie angustia neurótica-angustia realista-situación de peligro llegamos a este enunciado simple: Lo temido, el asunto de la angustia, es en cada caso la emergencia de un factor traumático que no pueda ser tramitado según la norma del principio de placer.

Solo la magnitud de la suma de excitación convierte a una impresión en factor traumático, paraliza la operación del principio de placer, confiere su significatividad a la situación de peligro.

Sólo las represiones más tardías muestran el mecanismo en que la angustia es despertada como señal de una situación anterior de peligro; las primeras y originarias nacen directamente a raíz del encuentro del yo con una exigencia libidinal hipertrófica proveniente de factores traumáticos; ellas crean su angustia como algo nuevo. Un origen doble de la angustia: en un caso como consecuencia directa del factor traumático, y en el otro como señal de que amenaza la repetición de un factor así.

En resumen se puede decir que en la primera teoría de la angustia de Freud, la angustia era causada por la represión; en la segunda teoría la angustia es preexistente a la represión y ésta, a su vez es causada por la angustia. Freud reconoce varios tipos de angustia: tres que pertenecen a la represión secundaria y se dan ante las demandas del “Ello”, del “Yo” y del “Superyó” y la angustia que surge de las represiones primarias más tempranas y que nacen directamente de instantes traumáticos en el choque del “Yo” con una exigencia libidinosa de primera magnitud que rebasa al “Yo” y produce angustia de por sí (Freud, 1925).

Según Freud la angustia original fue causada por la invalidez o impotencia

ante una amenaza arcaica de castración, que da origen a la represión primaria y la angustia que se presenta posteriormente, se puede decir que es una angustia menor que surge ante las demandas del “ello” y del “Superyó”. Así, lo que desde la teoría se puede pensar es que fortaleciendo el “yo”, disminuyendo su invalidez y actualizando sus circunstancias, es posible disminuir la angustia (Garza, 1996).

## b) ASPECTOS MÉDICOS

### **FISIOLOGÍA DEL RIÑÓN.**

El Dr. Gordillo (1996) nos define de una manera clara y sencilla al riñón: “es el principal órgano que regula la composición del medio interno”.

Los riñones controlan la composición y volumen de nuestros 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 nuestro corazón bombea, y de ésta, filtra también la quinta parte, dejando los productos indeseados en la orina (Zaltzman, 1996).

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

Nuestros 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., ambos 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 (Venkatachalam, 1984; Campo, 1987; Mota, 1991).

La unidad funcional del riñón se denomina nefrona y cada uno de nuestros riñones contiene alrededor de 1,200,000, que 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 (Campo, 1987).

### **DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL.**

Existen padecimientos de naturaleza muy variada que pueden afectar las diferentes estructuras anatómicas de los riñones o su hemodinamia, provocando que la filtración se reduzca; cuando este trastorno es de inicio súbito, transitorio y reversible se conoce como insuficiencia renal aguda. Otros padecimientos, que generalmente son de naturaleza evolutiva, pueden afectar las diversas funciones renales y estructuras de manera progresiva, hasta provocar la incapacidad total para mantener el equilibrio interno, a esto se le denomina insuficiencia renal crónica (Gordillo, 1996).

Como lo acabamos de mencionar, las enfermedades renales son de naturaleza muy variada: se puede nacer con una patología renal determinada genéticamente, que aparece de inmediato o varias décadas más tarde; se puede tener un trastorno del desarrollo embrionario o fetal en los riñones, o bien, infecciones urinarias de repetición que ocasionan el deterioro progresivo del riñón (Gordillo, 1996).

También afectan al riñón: traumatismos, neoplasias, radiaciones e infecciones. Otras enfermedades genéticas o adquiridas pueden producir trastornos funcionales y tubulares que impiden mantener el equilibrio hídrico y ácido básico. Hay afecciones adquiridas como la glomerulonefritis y el lupus eritematoso generalizado, que son enfermedades de causa inmunológica, que afectan a los glomérulos. Otras causas secundarias que pueden afectar a los riñones son la diabetes y la hiperuricemia. En resumen, la reducción de la masa nefronal puede ser primaria por enfermedad esencialmente renal, o secundaria cuando se debe a enfermedades sistémicas con repercusión renal. (Ledingham, 1981; Zaltzman, 1996).

Estas causas pueden variar de acuerdo a los grupos étnicos, el sexo, la localización geográfica, el nivel socioeconómico, etc. En los niños la etiología se correlaciona con la edad del paciente a la que se detecta por primera vez la insuficiencia renal. En los niños menores de 5 años de edad, la insuficiencia renal crónica se debe con frecuencia a la existencia de malformaciones renales congénitas, mientras que después de los 5 años de

edad, predominan como causa las enfermedades glomerulares adquiridas o los trastornos hereditarios. En general, se ha visto que las causas etiológicas más importantes son las glomerulopatías, las uropatías y las displasias (Repetto, 1992; Bergstein, 1992).

### **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

“La insuficiencia renal crónica es un síndrome clínico complejo que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal” (Gordillo, 1996).

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).

Desgraciadamente, la presentación de las manifestaciones clínicas y bioquímicas de la insuficiencia renal, ocurre hasta después de la destrucción de más del 50 por ciento de la masa renal. Gordillo (1996) clasifica las pérdidas progresivas de la función renal en varias etapas clínicas, cada una con características que se relacionan con la proporción de la función renal residual.

En una primera etapa, describe, el riñón se encuentra funcionando entre el 50 y 80 por ciento de su capacidad normal, a este nivel, no se observan manifestaciones clínicas, (excepto ocasionalmente microalbuminuria). La segunda etapa corresponde a la reducción de la función renal entre el 25 y 50 por ciento de su capacidad normal, en ella se inician los cambios de concentración plasmática de creatinina, se reduce la absorción de calcio y se observa detención del crecimiento.

En la tercera etapa la insuficiencia renal se encuentra ya, bien establecida, la función renal es inferior al 30 por ciento 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 por ciento de su

capacidad, se trata ya de un estado de intoxicación permanente que requiere para su control el empleo de procedimientos de diálisis. “El término uremia significa “orina en la sangre” y expresa exactamente lo que le ocurre al paciente en esta etapa de su evolución” (Gordillo, 1996).

Conforme avanza la enfermedad y se deteriora la función renal, el organismo pone en marcha mecanismos compensadores en las nefronas restantes, mecanismos que tienen como objetivo primordial, mantener la composición del medio interno dentro de los límites normales. En éste caso, las nefronas sanas intensifican su trabajo filtrando mayor cantidad de sangre, pero esta “hiperfiltración”, aparentemente beneficiosa, puede lesionar a 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).

Desafortunadamente, la insuficiencia renal crónica 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 esto, que no es raro ver que los pacientes ingresan al hospital por primera vez, cuando la enfermedad se encuentra ya en su fase terminal. Esta situación hace que el diagnóstico temprano sea muy difícil de realizar, y que la prevención sea prácticamente imposible (Sánchez de Ita, 1996).

Entre las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica se encuentran: osteodistrofias, anemia, hipertensión arterial, alteraciones neurológicas, náuseas y vómitos.

Existe una repercusión muy importante sobre el estado nutricional en los niños; ésta se acentúa cuando los pacientes padecen una desnutrición calórica-proteica previa a la evolución de la insuficiencia renal crónica; repercusión muy frecuente dentro de nuestra población (Gordillo, 1996).

Los pacientes están habitualmente sedientos y a menudo se quejan de un desagradable sabor metálico constante (aliento urémico) (Ledingham, 1981).

La piel, frecuentemente se encuentra seca y escamosa, tiene un color amarillo pajoso que, junto con la palidez de la anemia urémica, ofrece un aspecto característico (Gordillo, 1996).

Se presenta un importante decaimiento físico, los niños ya no desean hacer ni colaborar en nada, se interesan poco en lo que los rodea e incluso dejan de jugar (Ochoa, 1991).

La mayoría de los pacientes son hipertensos, algunos se encuentran en la fase acelerada con dolores de cabeza, trastornos visuales llegando algunas veces, a una encefalopatía hipertensiva (Ledingham, 1981).

El retardo del crecimiento constituye uno de los índices más sensibles y más afectados dentro de las manifestaciones clínicas de la insuficiencia renal crónica, principalmente si ésta aparece antes de los 2 años 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 en el desarrollo psicomotor (Gordillo, 1996).

No es nada raro que los pacientes padezcan de anemia, en primera instancia por las condiciones socioeconómicas de nuestra población, y en segundo término, debido a que se da una disminución en la producción de eritropoyetina, la cual se produce en los riñones, y es la responsable de la producción de los glóbulos rojos en la médula ósea (Repetto, 1992).

Los pacientes pueden llegar a presentar úlceras gastrointestinales con tendencia al sangrado (Ochoa, 1991).

Las complicaciones cardiovasculares son determinantes de la sobrevida a largo plazo de niños con insuficiencia renal crónica, dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran la miocarditis y la pericarditis, pudiendo llegar a la insuficiencia cardíaca (Ledingham, 1981; Gordillo, 1996).

Una de las manifestaciones más comunes es la retención excesiva de sal y agua, los pacientes suelen “hincharse” debido a la acumulación de éstos,

aparte de los problemas de hipertensión e insuficiencia cardiaca que esto acarrea, puede llegar a ocasionar una acumulación de líquidos en los pulmones (edema pulmonar); padecimiento que de no tratarse inmediatamente, suele ser mortal (Ledingham, 1981).

Debido a la alta concentración de toxinas en la sangre, pueden producirse alteraciones neurológicas que van desde la somnolencia e irritabilidad, hasta los estados delirantes, confusión y desorientación, pudiendo incluso, llegar a la inconsciencia y hasta el estado de coma. Entre los síntomas neuromusculares que se presenten con frecuencia están los calambres, también puede llegar a ocurrir, aunque es raro, un síndrome convulsivo. Los dolores óseos y las deformidades esqueléticas suelen presentarse continuamente debido a la descalcificación que produce la enfermedad (Ledingham, 1981; Gordillo, 1996).

Desde las etapas iniciales de la uremia es común que el enfermo pierda el apetito, conforme ésta avanza suele incrementarse a tal grado, que se cae en la anorexia, explicada generalmente por factores como la depresión, la anemia, la administración continua de medicamentos y las fuertes restricciones dietéticas, especialmente de sal. Las náuseas y vómitos también se presentan frecuentemente (Gordillo, 1996).

Una vez instalada la insuficiencia renal crónica, la intervención del pediatra está dirigida a controlar en lo posible, los efectos que se tienen por el déficit de función sobre los diversos sistemas y aparatos mencionados anteriormente (Repetto, 1992).

Finalmente, cuando el filtrado glomerular ha descendido a menos del 5 por ciento de su nivel normal, se torna imposible mantener un estado de salud compatible con la vida, por lo que es fundamental que se planteen terapéuticas substitutivas (procedimientos dialíticos) (Gordillo, 1996).

## **TRATAMIENTO**

Hasta la década de 1950 todos los procedimientos terapéuticos con que se contaban para atender a los enfermos de insuficiencia renal crónica eran muy rudimentarios. Los grandes avances tecnológicos que se han dado en las últimas décadas han permitido el desarrollo y perfeccionamiento de la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal; convirtiéndolas en la

actualidad como los tratamientos de reemplazo utilizados. De éstos, el trasplante renal constituye el tratamiento óptimo debido a que alcanza la rehabilitación integral del paciente urémico mejorando por ende, su calidad de vida (Ochoa, 1991; Bergstein, 1992; Ferraris, 1992; Gordillo, 1996).

Para la elección adecuada del tratamiento es necesario tomar en cuenta tanto la situación médica y clínica del paciente como factores psicológicos, económicos y sociales para que las posibilidades de éxito del tratamiento sean lo más altas posibles (Sánchez de Ita, 1996).

## **HEMODIÁLISIS**

Es una depuración sanguínea que se realiza fuera del cuerpo en una máquina que se conoce como riñón artificial. Kolff comenzó a utilizarla en la década de 1940 a 1950 sólo que su empleo estuvo limitado a casos con insuficiencia renal aguda debido a que “se sacrificaban” una arteria y una vena cada vez que se utilizaba. Fue hasta 1960 en que la hemodiálisis se aplicó a enfermos de insuficiencia renal crónica, debido a que en ésta época se desarrollaron técnicas que permitían el acceso permanente a una vena y a una arteria, ya sin la necesidad de sacrificarlas (Zaltzman, 1976; Gordillo, 1996).

La primera de éstas técnicas, desarrollada por Quinton y Scribner (citado por Gordillo, 1996), consistía en fijar quirúrgicamente en un brazo, un catéter a una arteria, otro a una vena subyacente y los extremos libres se conectaban entre sí mediante un conector de silastic removible; de esta manera, cada vez que se requería la hemodiálisis, se desconectaban los catéteres entre sí y se conectaban al riñón artificial, una vez terminada la misma, los catéteres se desconectaban del riñón artificial y se conectaban entre sí para restablecer la circulación intracorporal.

La otra técnica fue desarrollada por Brescia y Cimino (citado por Gordillo, 1996) y consiste en unir quirúrgicamente una vena y una arteria con el fin de “arterializar” la vena, a este procedimiento se le conoce como fistula arteriovenosa y se realiza generalmente en la muñeca o en el pliegue del codo; Una vez que se arterializó la vena y cicatrizó la herida, puede emplearse la hemodiálisis; para esto, se punciona tanto para obtener la sangre como para regresarla.

La fistula arteriovenosa es la vía de acceso preferible para programas de hemodiálisis a largo plazo, debido a que no tiene riesgos de infección, trombosis y hemorragia por desprendimiento del dispositivo conector, como lo tiene la técnica descrita anteriormente. En caso de necesitarse urgentemente la hemodiálisis, puede ponerse al paciente el catéter de Mahurcar, el cual cuenta con vía aferente y eferente y se coloca en la vena subclavia (García de la Puente, 1991; Gordillo, 1996).

En un principio, fue difícil usar la hemodiálisis en pacientes pediátricos, debido a las dificultades técnicas derivadas de la falta de equipo adecuado al tamaño de los niños, pero actualmente, desde que se generalizó el uso de diferentes fistulas y debido al gran avance tecnológico; un número creciente de niños son dializados y los problemas técnicos de este método en pediatría, son cada vez más manejables. (Zaltzman, 1976; López-Uriarte, 1983).

Con el fin de explicar con mayor precisión cómo funciona la hemodiálisis, describiremos algunos de los procesos fisicoquímicos que en ella se llevan a cabo, empezando, primero que nada, con la definición que nos da el Dr. Zaltzman (1976) de la diálisis: “es la difusión pasiva de agua y solutos a través de una membrana semipermeable colocada entre dos soluciones” .

Cuando la concentración de solutos es igual en ambos lados de una membrana, nos explica, éstos la atravesarán en ambos sentidos y a la misma velocidad, por lo que no se dará una transferencia neta de los solutos hacia algún lado de la membrana. En cambio, cuando la concentración del soluto es mayor en un lado de la membrana, habrá una difusión de ese soluto hacia la solución con menor concentración (Zaltzman, 1976).

La ósmosis es el movimiento de agua que se establece entre dos soluciones debido a la presencia de gradientes de concentración y/o de presión. En la hemodiálisis es más complicado el manejo de gradientes de concentración, por lo que para eliminar el agua se establece una diferencia de presión, denominada hidrostática, con lo que éste líquido pasará del sitio de mayor presión al de menor; este procedimiento recibe el nombre de “ultrafiltración” (Zaltzman, 1976; García de la Puente, 1991).

Estos conceptos son los que se aplican al realizar la hemodiálisis y se llevan a cabo dentro del hemodializador (o riñón artificial). Este se compone

básicamente de 2 compartimentos que se encuentran separados por una membrana semipermeable, la cual debe permitir el paso de agua y solutos pero no el de proteínas, elementos de la sangre, bacterias y/o virus. En uno de los compartimentos circula la sangre del paciente y en el otro, el “líquido de diálisis”; el cual tiene la característica de tener una concentración de electrolitos semejante a la de la sangre humana. Así, la elevada cantidad de urea y de otros metabolitos que circulan en la sangre del paciente, pasarán a través de la membrana semipermeable hacia el líquido de diálisis donde no existen, buscando de este modo, un equilibrio en ambos lados de la membrana. Para la extracción del exceso de agua, como lo mencionamos anteriormente, se utiliza la ultrafiltración, en este caso se puede aumentar la presión del lado sanguíneo (presión positiva), o bien, disminuir la del líquido de diálisis (presión negativa); aunque también está la posibilidad de emplearse una combinación de ambas (Zaltzman, 1976; García de la Puente, 1991).

Los riñones artificiales cuentan con un sistema de circulación sanguínea, un dispositivo dializador y un sistema de circulación del líquido de diálisis. El sistema de circulación sanguínea consiste en una línea arterial que recibe la sangre de la fistula o catéter del paciente, ésta es impulsada por una bomba y llevada al dializador donde es depurada y después, regresada por la vía venosa a la fistula o catéter; una trampa colocada en la línea venosa, impide un posible ingreso de burbujas de aire a la circulación del paciente. Por otra parte, el líquido de diálisis es impulsado por otra vía que va dirigida al dializador en sentido contrario al de la sangre, una vez que pasó por el dializador es descartada y se drena al exterior del riñón artificial (Gordillo, 1996).

Para evitar la coagulación dentro del sistema de hemodiálisis se utiliza la heparina (anticoagulante), la cual se administra en una dosis inicial y posteriormente en dosis de mantenimiento cada hora para tener un tiempo de coagulación entre 30 y 60 minutos. En caso de que haya un sangrado activo o cuando hay peligro de hemorragia, se practica la heparinización regional; administrando la heparina de modo constante en la línea arterial y neutralizándola en el lado venoso con sulfato de protamina así, de esta forma, el paciente no sufre efecto anticoagulante (Zaltzman, 1976; García de la Puente, 1991; Gordillo, 1996).

La aplicación más importante de la hemodiálisis es en la insuficiencia renal crónica terminal; sin embargo también se puede emplear en enfermos de insuficiencia renal aguda, como método de preparación para poner y mantener en óptimas condiciones a los pacientes que van a recibir un trasplante renal y en personas que hayan sufrido intoxicaciones principalmente con barbitúricos y salicilatos, debido a que estos tóxicos son de bajo peso molecular y no circulan en la sangre unidos a proteínas (Zaltzman, 1976).

Habitualmente se ha intentado utilizar por períodos cortos en niños que van a ser sometidos a trasplante renal; sin embargo, por diversos factores relacionados principalmente con la obtención de riñones para el trasplante, es frecuente que los enfermos permanezcan por un tiempo indefinido con este tratamiento (López-Uriarte, 1983).

Por lo general, el momento para que el paciente ingrese a un programa de hemodiálisis crónica, es cuando presenta una depuración de creatinina por debajo de 5 ml./min. o cuando tiene síntomas atribuibles a la uremia (Zaltzman, 1976).

Idealmente, un paciente debe hemodializarse para mantenerse asintomático, la mayoría de ellos necesitan entre 10 y 15 horas de diálisis a la semana, que se dividen en partes iguales en varias sesiones. El tiempo depende del tamaño corporal, función renal residual, consumo dietético, tipo de dializador y presencia de complicaciones (Zaltzman, 1976; Carpenter, 1987).

La hipotensión arterial es una complicación frecuente en hemodiálisis, casi siempre se debe a la extracción exagerada de líquido por ultrafiltración y va precedida de náuseas, vómitos, dolores de cabeza, taquicardia, sudoración y desvanecimiento. El síndrome de desequilibrio osmolar (o de diálisis), se presenta por lo regular al final de la hemodiálisis o algunas horas después de que haya terminado. Se debe a una remoción brusca de urea del plasma y de otros solutos osmóticamente activos a una velocidad mayor de la que pueda tener el paso de dichos solutos a través de la barrera hematoencefálica. (Gordillo, 1996).

García de la Puente (1991) muestra en forma breve, una lista con las complicaciones que se pueden dar en hemodiálisis:

*A. Del dializador.*

1. Ruptura.
2. Coagulación.

*B. Del sistema proporcionador del líquido de diálisis.*

1. Modificaciones en la concentración del líquido de diálisis.
2. Fallas técnicas (temperatura, luz, agua, etc.).

*C. De la hemodiálisis.*

1. Reacción por pirógenos.
2. Fluctuaciones en el volumen sanguíneo del paciente.
3. Hemorragia (por heparinización o por desconexión del sistema de diálisis).
4. Infección (local o sistémica).
5. Hepatitis.
6. Síndrome de desequilibrio de diálisis.

*D. De la insuficiencia renal crónica y de la hemodiálisis periódica.*

1. Insuficiencia cardíaca.
2. Pericarditis.
3. Infarto de miocardio.
4. Hiperkalemia.
5. Edema pulmonar.
6. Anemia.
7. Síndrome hipertensivo.
8. Osteopatía.
9. Problemas sociales.
10. Problemas psicológicos.
11. En niños retraso en crecimiento y desarrollo.
12. Neuropatía periférica.

La supervivencia de las personas en hemodiálisis periódica es variable, depende del hospital, del tipo de pacientes que recibe y del diagnóstico etiológico de la insuficiencia renal. Los pacientes que tienen pronóstico más reservado son aquellos con diabetes o con enfermedades sistémicas con repercusión renal como la poliarteritis o el lupus eritematoso diseminado. La morbilidad durante la hemodiálisis periódica es elevada; sin embargo, durante los últimos años se ha reducido gracias al mejoramiento en la técnica de la hemodiálisis y

al mejor control médico y dietético que se tiene con los pacientes; en la serie Krumlousky (citado por García de la Puente, 1991) donde se compara la morbilidad y la mortalidad en hemodiálisis periódica y trasplante renal, se observa que la sobrevida es levemente inferior en hemodiálisis que en trasplante renal de donador vivo y muy superior cuando se compara con trasplante de donador cadavérico.

### c) ASPECTOS PSICOLÓGICOS

#### LA HOSPITALIZACIÓN

La enfermedad es un episodio normal e inevitable en la vida de todo niño y como muestra están las enfermedades llamadas "infantiles"; además, dentro del espíritu del niño, la enfermedad y el médico ocupan un lugar muy importante; ¿cuántos niños no hemos visto que juegan "al doctor"?, este es uno de los juegos que se encuentran constantemente en las actividades espontáneas de los niños. Del estudio de las características de la imagen del médico, ya sea a través de estos juegos o de dibujos, frecuentemente encontramos que el galeno posee los atributos del conocimiento y la autoridad; y que generalmente ocupa una posición activa contraria a la sumisa y pasiva que tiene el pequeño paciente. No es raro ver que su actuación se tiña de agresividad, llegando muchas veces al sadismo (el piquete) (Ajuriaguerra, 1982).

La enfermedad constituye también, muy frecuentemente, un motivo de tensión para todos los niños. Además son muchos los que sufren graves accidentes y operaciones. Podemos constatar que al llegar a la mayoría de edad, la mayor parte de la población ha tenido alguna relación con el hospital, ya sea por la misma presencia de una enfermedad, para el control de síntomas, tratamientos de secuelas, intervenciones quirúrgicas o rehabilitación (Mesa, 1991).

El hablar de una enfermedad involucra un daño orgánico fantasmaticado psíquicamente, casi siempre está cargado de diferentes significados subjetivos y objetivos, tanto conscientes como inconscientes (curable - incurable - vergonzoso - desvalorizante - contagioso - mortal, etc.) por parte del sujeto que la padece, de su familia, del equipo de salud y del entorno sociocultural (Blum, 1996).

Como hemos visto, la hospitalización representa un suceso traumático para un niño o un adolescente por diversas razones. Primero que nada, sabe que inevitablemente se le van a realizar tratamientos para su salud y que quizá algunos de estos procesos sean dolorosos. Además, pueden quedarle dudas acerca de su salud futura, y por si fuera poco, existe una inquietud muy importante relacionada a su separación de la familia (Raney, 1997).

La hospitalización puede ocasionar reacciones inmediatas en el mismo momento de la separación (gritos, llantos, negativas a quedarse en el hospital) o bien, actitudes de castigo, de rechazo, de regresión y hasta reacciones que pueden aparecer después de la hospitalización. Los problemas alimenticios, las perturbaciones del sueño, una regresión esfinteriana, estados depresivos y/o trastornos del comportamiento son los más frecuentes (Ajuriaguerra, 1973).

La intensidad y los tipos de reacción que tenga el niño ante tal situación, van a depender en gran medida, del grado de información que se le proporcione sobre su hospitalización; de su edad y grado de desarrollo; de la duración de la hospitalización; de su personalidad; del tipo de relación que tenga con sus padres, de la reacción de sus mismos padres ante la hospitalización; de las hospitalizaciones recurrentes; del historial relativo al estrés familiar, sea del tipo que sea; y de la actitud del personal hospitalario (Ajuriaguerra, 1973; 1982; Mesa, 1991; Raney, 1997).

Los bebés menores de 7 meses no suelen inquietarse en el hospital ni reaccionan con ansiedad a las separaciones breves (una semana). Generalmente lloran algo más que en casa, pero responden a las "personas extrañas" que les atienden, de modo similar a como lo hacen con sus propias madres cuando van a verlos y, cuando éstas tienen que regresar a casa, o no protestan o lo hacen moderadamente, reaccionando pronto al consuelo (Mesa, 1991).

Los riesgos por los problemas psicológicos aumentan a partir de los 7 meses. En este período los niños están más inquietos, lloran más a menudo y más intensamente y, además, reaccionan con ansiedad cuando se les acerca un rostro que desconocen, extraño, apegándose a su madre durante las horas de visita. Es lógica esta reacción debido a que en esta edad, los niños ya han realizado el proceso de identificación de la madre, y en consecuencia, han

establecido una relación de apego. Es por esto que el niño es sensible a la separación, al dolor y a las amenazas que representan los medios de diagnóstico y terapéuticos; pudiendo llegar a presentar una sintomatología de hospitalismo. A veces se da cuenta de que está gravemente aquejado, siente la necesidad de ser asistido y acepta notablemente las molestias del tratamiento (Ajuriaguerra, 1973 , 1982; Mesa, 1991).

Cabe afirmar que estos niños reaccionan mal no sólo al hecho de estar enfermos y hospitalizados, sino al hecho mismo de la separación materna, por lo que no son tanto las palabras o las actitudes positivas de la madre el factor tranquilizante, sino su presencia misma y real. El niño por sí solo, no puede dominar su ansiedad debido a que su desarrollo psicológico aún no ha logrado resolver, a dicha edad, este problema. También carece de estrategias de afrontamiento eficaces y, por lo general, puede sentir súbitos ataques de terror y de destrucción, ya que su limitada capacidad mental no comprende lo que pasa y le resulta sumamente difícil comunicar sus necesidades. Si la hospitalización es superior a una semana, las muestras de ansiedad ante la separación materna duran por lo general entre 8 y 10 días, disminuyendo luego progresivamente. El margen superior de edad para manifestar reacciones intensas al estrés de la hospitalización, se sitúa en torno a los 3 - 4 años (Ajuriaguerra, 1973; Mesa, 1991).

Los niños entre 4 y 9 años habitualmente entienden y explican su enfermedad desde un punto de vista animista, vivenciando su situación como un castigo por haberse portado mal, por no querer a sus padres, etc. Si comprendemos el hecho, también puede comprenderse lo difícil que resulta encontrar soluciones válidas para estos problemas y a esta edad. Entre los 3 y 6 años, el niño está preocupado por su integridad y teme por la mutilación corporal. Además, como esta etapa emocional coincide con la etapa animista, desde el punto de vista cognitivo, tiende a interpretar sus dolencias y el ingreso al hospital en términos mágicos y morales: los métodos dolorosos son considerados como castigos y provocan más sentimientos de culpa y más ansiedad que en etapas posteriores del desarrollo. Los niños que provienen de hogares muy sobreprotectores, incluso pueden sufrir mayores problemas de adaptación al hospital, aunque se trate de una hospitalización de una semana o un poco más, éstas dificultades, aumentan en relación proporcional al estado de ánimo habitual de la madre, generalmente ansioso e hipersensible a cualquier aspecto relacionado a la salud (Mesa, 1991).

Ajuriaguerra (1982) confirma que entre los 4 y 10 años, la enfermedad es ante todo, como cualquier episodio agudo, la ocasión para una regresión más o menos profunda y prolongada; y que la misma experiencia de la enfermedad remite al niño a diversos mecanismos psicoafectivos:

1) La regresión acompaña casi siempre a la enfermedad: retorno a una relación de cuidados corporales de dependencia, semejante a la del lactante.

2) El sufrimiento, por estar ligado a una vivencia de castigo o a un sentimiento de falta; la culpabilidad se infiltra frecuentemente en la vivencia del niño enfermo y puede estar reforzada por el discurso familiar, pero también encuentra su origen en la vida fantasmática del menor.

3) El deterioro del esquema corporal depende de la gravedad y alternativas de curación y se manifiestan como cuerpo imperfecto, débil, defectuoso. En función del tipo de conflicto, la historia y momento del desarrollo, se focalizará en fantasmas de castración o una herida narcisista más o menos profunda.

4) La muerte aparece insinuada por la enfermedad crónica, aunque tanto el niño como su familia hablen poco de ella.

Frecuentemente habíamos visto que los instrumentos utilizados en el adulto eran adaptados para los niños, sin que se considerara la receptividad emocional, psíquica y social del paciente a dichos procedimientos. Afortunadamente, gracias al adelanto tecnológico, en la mayoría de las instituciones existen materiales e instrumentos adecuados a su tamaño. Estas "adaptaciones" llegaban a desencadenar en el niño perturbaciones psíquicas, emocionales y de conducta que resultaban más graves que la propia enfermedad (Grunberg, 1976).

Como hemos visto, las hospitalizaciones y las intervenciones del personal sanitario crean una serie de situaciones - reales, potenciales e imaginarias - amenazantes para el niño y el adolescente. Dichas amenazas pueden ser calificadas, siguiendo a Madelon (citado por Mesa, 1991) en seis categorías generales, cada una de las cuales implica a su vez, una serie de necesidades:

- 1) El daño físico en cuanto a incomodidad, malestar, dolor, mutilación o muerte.
- 2) La separación de los padres y la ausencia de personas de confianza, especialmente amigos.
- 3) Los extraños, los desconocidos y la posibilidad de sorpresa que implica el entorno hospitalario.
- 4) La incertidumbre y la duda sobre los límites y las expectativas comportamentales aceptables en ese entorno.
- 5) La pérdida de control, autonomía y competencia.
- 6) El miedo a la anestesia y la intervención quirúrgica.

Por su parte, Raney (1997) nos propone varios factores que ayudan a aliviar las experiencias traumáticas potenciales del hospital:

- 1) Contacto familiar frecuente con estancia de uno de los integrantes junto al paciente (si es posible y apropiado, dependiendo de la edad del niño).
- 2) Explicación adecuada de la enfermedad y procedimientos en un lenguaje que sea adecuado para el desarrollo del paciente.
- 3) Atención adecuada a la ansiedad de los padres con explicaciones en cuanto a la enfermedad y procedimientos. Con frecuencia vemos que los niños son orientados por los padres de qué tan ansiosos deben estar.
- 4) Disponibilidad de actividades recreativas, si es posible.
- 5) Tomar en cuenta que al ser el médico tratante, no se está en la mejor posición para valorar de manera adecuada el grado de trauma de un diagnóstico, pronóstico o procedimiento en particular, debido a la tendencia natural de alejarse del aspecto traumático de la intervención que el médico realiza.

Como hemos visto, son muchos los niños que han estado y/o están hospitalizados y por ello, han estado en contacto con muchos profesionales de la salud: médicos, enfermeras, auxiliares de clínica..., pero rara vez con psicólogos.

Naturalmente, esta es una curiosa paradoja, porque como hemos estado revisando, toda vivencia relativa a la hospitalización puede afectar al desarrollo psicológico del niño (Mesa, 1991).

### **LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

El conocer el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad terminal como lo es la insuficiencia renal crónica, constituye una situación sumamente difícil; el problema, es siempre doble: por un lado, toda la angustia, la frustración, la impotencia, toda esa concentración de energía por parte del niño, debido a un cuerpo cuyo funcionamiento es amenazado o es defectuoso; y por el otro, toda esta misma reacción por parte de los padres, por tener un niño enfermo (Ajuriaguerra, 1982; Blum, 1996).

Blum (1996) describe que en un primer momento, enfermo y familiares se defienden de la inmensa angustia y dolor que les causa, negando su existencia. Ellos escuchan pero no oyen ni entienden. Nada tiene sentido, muchas veces les parece un mal sueño. En estas condiciones no es raro que a pesar de la información y recomendaciones recibidas, la familia se lleve al niño, alejándose temporal o definitivamente del médico y de la institución hospitalaria. Es la época de las deserciones o de un gran número de descuidos e incumplimientos.

Cuando el paciente se queda, rehuye a la limitación impuesta por la enfermedad o los cuidados, es un desafío al tratamiento que puede ir acompañado de actitudes provocativas, en ocasiones peligrosas. En este caso se rehúsa a comer o a seguir las indicaciones médicas. No se adhiere al tratamiento. Su comportamiento parece una autodestrucción que le causa aún mayores sufrimientos a él y a su familia. Lo malo aún no termina, ya que ante la reacción del paciente, viene la reacción de la familia y del equipo terapéutico. Por lo general se le insiste más. Se le reta. Se le amenaza. Y si no come se le llega a poner una sonda. Todo esto promueve aún más el deterioro, las agresiones cruzadas, el infinito dolor. Es un proceso macabro,

estereotipado, un girar tormentoso en un mismo lugar (Ajuriaguerra, 1982; Eustace, 1986; Blum, 1996).

En un segundo momento, ya que la uremia avanza y sus signos y síntomas son cada vez más claros y persistentes, la negación ya no resulta eficaz como defensa. Entonces comienzan las reacciones de enojo y rebelión. Vivencian a sus cuerpos y entornos como ajenos y extraños, no entienden los nuevos códigos y reglas que rigen y otorgan sentido a su organización y funcionamiento. Sensaciones de confusión, persecución, despersonalización y desrealización suelen presentarse como corolario (Blum, 1996).

La enfermedad puede acompañarse de una vivencia depresiva que se manifiesta en forma de vergüenza de su cuerpo y de sentimientos de culpa. La inhibición que presentan puede ser física, caracterizada por la pasividad y aceptación de la dependencia, o psíquica, con una inhibición intelectual cuya traducción más inmediata es la incapacidad para comprender la enfermedad. Esta inhibición corre el peligro de acabar en el fracaso escolar, que por desgracia es lo que pasa comúnmente dentro de nuestra población.

Después, a medida que transcurre el tiempo, los enfermos empiezan por un lado, a entender y hacer suyos los cambios (internos y externos) que sufren, y por el otro, a deprimirse y aceptar su padecimiento. Lo más difícil de comprender y “digerir” es la irreversibilidad del proceso, y que ellos, aún después de realizárseles un trasplante, jamás, volverán a estar sanos como “antes de la enfermedad” (Blum, 1996).

Colaboración y sublimación son los mecanismos conductuales y psicológicos más adecuados para liberar tensiones y adaptarse a la situación de enfermedad. Puede tratarse de una identificación con el “agresor” bienhechor (el médico), que es lo más frecuente, o de una identificación positiva con uno de los padres afecto de la misma enfermedad (si es que lo hay). La posibilidad de dar al niño una mayor autonomía, responsabilizándole de su propio tratamiento, está en la dirección de estas conductas. Así ocurre cuando participan activamente en la preparación y ejecución de la sesión de diálisis (Ajuriaguerra, 1982).

El niño tiene la necesidad de incorporar su enfermedad, origen y consecuencias a su desarrollo psicoafectivo, lo cual representa un gran gasto

de energía psíquica. Acomodarse a la nueva realidad, “remendar” los duelos por la salud y vitalidad perdidas y, aprender a convivir con la proximidad de la muerte son una tarea larga y difícil; son pérdidas y duelos que dejan huellas y cicatrices dolorosas y profundas (Velasco, 1980; Blum, 1996).

Los enfermos se sienten atrapados en una red de destrucción y tratan de explicarla a través de sentirse culpables, convirtiendo a la enfermedad en su castigo, o bien, sintiéndose agredidos. Una forma de agresión que experimentan -denominada externa- consiste en la restricción dietética que tienen que llevar, en la aplicación de tratamientos dolorosos, etc. (González, 1979; Velasco, 1980).

Este tipo de agresión será vivida o experimentada de acuerdo a la edad; por ejemplo, un niño de un año y medio vivirá intensamente la ansiedad de separación, el niño de 5 años, en plena etapa edípica, lo atemorizarán sus fantasías de castración, mientras que el niño en la llamada etapa de latencia, estará preocupado por todo aquello que lo ponga en desventaja respecto a sus compañeros de escuela o hermanos. El resultado de lo anterior es un amplio espectro de respuestas que pueden ir desde una aceptación consciente de la enfermedad hasta un rechazo o negación completa de la misma. El rechazo a la enfermedad puede presentarse en forma activa o pasiva. La primera implica conductas agresivas oposicionistas y de reto hacia el personal médico. Por el contrario, en el rechazo pasivo los niños dejan que los adultos se preocupen por la enfermedad, de la cual ellos no toman parte ni quieren saber nada (González, 1979).

Confirmando la anterior, Korsch y colaboradores (citado por Velasco, 1980) describen dos tipos de comportamiento que presentan los niños con insuficiencia renal crónica:

1 “Los niños que ante el impacto formidable de la enfermedad y el dolor de los tratamientos se aíslan y parecen no querer saber nada acerca de su enfermedad. Duermen tanto como es posible y presentan un máximo de negación acerca de lo que sucede, viviendo con la única idea del día en que todo termine y puedan escapar. Este patrón de respuestas no es duradero, puesto que las complicaciones y nuevas fases del tratamiento los obligan a aumentar la comunicación con su mundo exterior y paulatinamente logran una mayor aceptación de su enfermedad”.

2 “Por el contrario, otros niños están constantemente preocupados por su enfermedad, exigiendo una ayuda constante, lo cual los convierte en pacientes muy dependientes y muchas veces, extraordinariamente demandantes. Estos niños parecen obtener demasiadas ganancias secundarias y una atención extra con motivo de su enfermedad” (Velasco, 1980).

Como lo hemos descrito anteriormente, el diagnóstico de uremia tiene un pronóstico fatal y los niños lo saben. Por un lado, Rainbault (citado por Robles, 1985) nos habla de que los niños con insuficiencia renal saben que pueden morir, aunque nadie se los haya comunicado formalmente, esto debido a que perciben su deterioro físico progresivo, y señala que, incluso llegan a desear la muerte como el estado en que ya no sufrirán más. Por otro lado se sabe que el niño enfermo parece reaccionar de manera más precoz a la muerte de sus compañeros, que un niño sano. Los pacientes muestran como fantasías de muerte: pérdida de movimiento y actividad; pérdida del afecto y la compañía; y en niños mayores, pérdida o ausencia de proyectos futuros y de la posibilidad de procrear. Lo que al parecer hace variar cuantitativa y cualitativamente las respuestas, es ante todo, la magnitud de la carga de sufrimiento que cada uno de ellos lleva, en relación casi siempre del sexo, edad, tiempo de duración de la enfermedad y con las vivencias experimentadas. En resumen, todos estos niños y jóvenes saben de la muerte y de su relación con la enfermedad; y la soledad les resulta aterradorante, es sentirse o estar ya muertos (Blum, 1982; Robles, 1985, Eustace, 1986; Blum, 1996).

Aún el más pequeño sufre el dolor y la desesperanza, la paulatina pérdida de control de su cuerpo y de su mente; es común que no responda como solía hacerlo antes. El tratamiento al que es sometido en ocasiones aminora su dolor, pero muchas veces se lo produce, cura un padecimiento para producirle otro. Por eso es que está física y psíquicamente desgastado además se enoja y se siente impotente, y por si fuera poco, cree que ante esto, nada puede hacer (Eustace, 1986).

Como lo mencionamos anteriormente, las respuestas de los niños suelen ser muy variadas, pero se ha aceptado a la negación como una defensa casi universal en los pacientes urémicos. El uso de ésta, hace aparecer a los pacientes como si se vieran a ellos mismos como seres marginalmente

enfermos, lisiados, mientras -también- parecen negar el hecho de que tienen una seria y -generalmente- irreversible enfermedad. Cuando utilizan la negación se retiran bajo el impacto de la enfermedad y del tratamiento doloroso, y duermen todo el tiempo posible para escapar de la realidad (Huazo, 1983)

El estado de angustia y la depresión determinan a su vez, que la regresión desencadenada por la enfermedad y los internamientos, se vuelva más intensa y llegue a comprometer de manera global la personalidad de los pacientes. Esta regresión se manifiesta en las relaciones totalmente dependientes que mantiene con familiares y miembros del equipo asistencial, en la absoluta falta de cooperación en las actividades hospitalarias y en el empleo de un repertorio muy reducido de recursos yoicos y de conductas defensivas (escisión, proyección, idealización, negación, omnipotencia de pensamiento), para contrarrestar la angustia y adaptarse a la nueva y más difícil realidad que les plantea el padecimiento. Pero eso sí, saben sacarle el máximo provecho a las ganancias secundarias que esto conlleva y que de manera viciosa, refuerzan este tipo de conducta. A lo que se le debe poner mucho énfasis es que, por tratarse de una enfermedad crónica y progresiva; esta regresión corre el riesgo de transformarse en permanente (Huazo, 1983; Blum, 1996).

Los pacientes más afectados por la insuficiencia renal crónica, en términos de edad, son los más pequeños (2-5 años) y los adolescentes(12-16 años). En el primer grupo, este grado de afectación se explica por los escasos recursos psicológicos o mentales de que disponen los niños para defenderse de la angustia y adaptarse a la situación de enfermedad; además de las importantes tareas evolutivas que son afectadas o distorsionadas por la misma causa (Blum, 1996).

Con lo que se refiere a la adolescencia, ésta es una etapa crítica en la vida de todo ser humano, en la cual se tienen cambios, pérdidas y adquisiciones biopsicosociales que se tienen que elaborar, sumémosle a esto, que es el período en donde la insuficiencia renal crónica aparece con mayor frecuencia, por lo que para un adolescente con uremia, se vuelve doblemente crítica, dado que las expectativas y transformaciones no llegan o sólo se cumplen parcialmente, y por la percepción y valoración de esas faltas y de la enfermedad en su conjunto. "Es decir, como lo refiere la Dra. Blum (1996), "por los efectos del grave "dislocamiento biográfico" que sufren en un

período en que cuerpo, sexualidad, apariencia física, atributos “de género”, relaciones amorosas, amistades y planes futuros cobran importancia creciente.”

Los cambios físicos, en particular la incapacidad para orinar normalmente, pueden crear muchas dificultades durante la adolescencia, que es una etapa, como ya vimos, en la que se desarrolla una nueva imagen corporal. Es tanta la tristeza y la infelicidad que llegan a presentar, que se sumen en la más profunda de las depresiones y llegan a pensar que es preferible la muerte, a la vida que están condenados a llevar (Lipkin, 1984).

Cuando un niño (y su familia) es capaz de establecer un balance entre aceptar la dependencia a un grado, pero sin permitir que predomine; a tolerar cierto grado de frustración y asumir una actitud optimista con respecto a su enfermedad, suele tener una mayor cooperación con el programa de restricciones que exige su padecimiento, facilitando su rehabilitación y mejorando por ende, su calidad de vida. Cabe mencionar que la personalidad del paciente antes del inicio de la enfermedad y su habilidad para enfrentarse a situaciones tensas, son factores muy importantes en el proceso de adaptación. Por el contrario, los malos ajustes de personalidad o los problemas de comportamiento manifiestos, se acentúan con la enfermedad e interfieren con la rehabilitación del paciente (Huazo, 1983; Lipkin, 1984).

Conforme el niño crece y es incapaz de hacer todas las cosas que quiere realizar en cada etapa del desarrollo, pone en peligro su autoestima, sentido de vitalidad y el sentido global de sí mismo. La vida pulsional y fantasmática de los niños con insuficiencia renal crónica o afectos de cualquier enfermedad grave y crónica corre el peligro de organizarse en torno a la realidad traumática, sobre todo si el medio familiar, por su ansiedad, solicita excesivamente el cuidado o prohíbe constantemente las acciones, acaba por reforzar las limitaciones existentes. A largo plazo, el mayor riesgo radica en transformar la enfermedad crónica en un sistema explicativo permanente y absoluto de toda conducta, pensamiento o afecto procedente del niño. La enfermedad se convierte entonces en un sistema racional que hace de pantalla a cualquier otro mecanismo. Tenemos así, que los niños con poco entusiasmo por la escuela, se excusarán en su enfermedad, de igual manera, aquellos niños con dificultades para hacer amigos se esconderán en sus síntomas y se

refugiarán dentro de su enfermedad (Ajuriaguerra, 1982; Huazo, 1983; Raney, 1997).

## **HEMODIÁLISIS**

El ingreso del paciente al programa de hemodiálisis constituye un momento crítico para él y su familia, pues marca la pérdida funcional de los riñones y la fase terminal del padecimiento (Blum, 1996).

Los pacientes en hemodiálisis llevan una vida muy anormal; están ligados a una máquina de un modo que no tiene precedentes en la historia de la tecnología médica, se encuentran miserablemente dependientes de un procedimiento, de un centro y de un personal médicos, con toda la tensión, angustia y depresión que esa suma de hechos conlleva (Blum, 1996, Levy, 1996).

Wolters y colaboradores (citado por Huazo, 1983) observaron reacciones de miedo en un grupo de niños tratados en hemodiálisis en las siguientes situaciones:

1. Miedo durante la conexión del equipo de diálisis, con frecuencia el niño sigue todo lo que se le dice y lo hace en forma muy tensa.
2. Miedo del dolor al momento de la conexión o de una lesión cerca de la canalización.
3. Miedo de complicaciones con la fístula, combinadas con el miedo de ir a la sala de operaciones nuevamente.
4. Miedo indirecta o directamente a la muerte, la cual se manifiesta junto con otras formas de miedo.

También, cuando un compañero de sala se siente mal o se encuentra grave, el comportamiento de los demás niños, frecuentemente es de "miedo". Miedo de lo que le pasa al otro niño enfermo; pero también miedo de lo que le puede pasar a él (Huazo, 1983).

Cuando ingresa a hemodiálisis, el medio habitual del niño con uremia se vuelve agresivo, y aún así, tiene que establecer una relación "sádica" con este

tratamiento para poder “sentirse mejor”. La forma en que está estructurada su personalidad condicionará las repercusiones en la conducta por esta nueva situación, viéndose a sí mismo como un niño “diferente” y deformado. El desarrollo o exteriorización de agresividad y el aislamiento social, en especial el abandono escolar y de los juegos, son las consecuencias más frecuentes (Grunberg, 1976).

El dolor es un proceso que involucra una energía considerable y puede incrementarse por muchos procesos, dentro de los cuales están los conflictos familiares, trastornos psiquiátricos en el niño o en los integrantes de la familia; debido a esto, es común que se trate de escapar de tanto sufrimiento; por lo que con frecuencia, según Raney (1997), se manifiesta por cualquiera o todos los siguientes:

- 1) Esperanzas no reales por parte del niño, de su familia o ambas.
- 2) Sobreprotección e infantilización.
- 3) Pérdida de límites.
- 4) Incumplimiento serio.

Como lo hemos estado revisando a lo largo del capítulo, la carga emocional que supone la enfermedad crónica y el tratamiento agresivo a que se someten los niños, da lugar a trastornos psicológicos. Un ejemplo es el hecho de que la administración de medicamentos durante lapsos prolongados, pueden ser vividos por el niño como un índice de dependencia, de debilidad, de imposición del ambiente y constituye un recuerdo continuo de la enfermedad. Por lo que es lógico suponer que en los niños portadores de enfermedades crónicas, sometidos a procedimientos médicos agresivos, pueden existir repercusiones duraderas con manifestaciones psíquicas emocionales y en la conducta. Estas son de gran importancia, debido a que bloquean la capacidad de cooperación hacia el tratamiento, y pueden condicionar situaciones graves como el suicidio (Grunberg, 1976; López- Uriarte, 1983).

Son numerosos los factores que desencadenan ansiedad en los niños sometidos a hemodiálisis, entre los que destacamos: a) cambio del ambiente material y humanos del niño, b) sustitución de los seres poderosos y más valorados por el niño, los padres, por personal hospitalario desconocido y distante, c) sometimiento del niño, sin preparación a manipulaciones y procedimientos compulsivos que constituyen una amenaza y una violación de

la intimidad, d) imposibilidad de aprender las causas de su enfermedad y de la necesidad que implica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Grunberg, 1976).

Los pacientes, por ejemplo, presentan una elevada ansiedad durante el primer año de diálisis aproximadamente, debido probablemente a la inseguridad física en la que se encuentran, y así mismo, por los cambios que tienen que asumir dentro de sus esquemas de valores, sociales, afectivos, etc.; de modo muy específico, expresan una gran ansiedad por el cuidado de la fístula arteriovenosa, dispositivo vital, modificación del esquema corporal y símbolo visible de lo precario de su existencia (Miñarro, 1985; Blum, 1996).

Algo que hay que tener en consideración, es que el grupo de pacientes en hemodiálisis está “cargado” siempre de emociones fuertes, de ahí la importancia que cobran los acontecimientos surgidos en su seno y el impacto inevitable de un suceso individual sobre el conjunto de los integrantes (Blum, 1996).

Por otro lado, la dependencia hacia la máquina puede crear temores y resentimientos llegando a provocar mucha angustia en la medida en que se interfiere con la capacidad del paciente para realizar el trabajo, las actividades escolares y/o caseras que antes desempeñaba sin problemas. La frecuencia y duración de las sesiones de hemodiálisis y además el tiempo que demoran en ir y regresar del hospital, impide que los niños que siguen este tratamiento, puedan asistir regularmente a la escuela, otra situación es que durante las 4 o 6 horas que dura la sesión de hemodiálisis, el niño, por lo regular no realiza alguna actividad, se encuentra inmovilizado en una cama por lo que no es raro que sienta calambres y mareos como consecuencia del procedimiento. La tristeza, los pocos deseos de conversar y el desinterés general que muestra el paciente, están relacionadas con su depresión, al igual que la pérdida de la confianza y la autoestima (Lipkin, 1984; Robles, 1985).

El riesgo de suicidio entre estos pacientes es muy alto; algunos de los métodos suicidas que utilizan son negarse a sujetarse a una nueva diálisis e ignorar el régimen dietético. Por si fuera poco, cuando los miembros de la familia son sobreprotectores y tratan todo el tiempo de darle gusto al paciente, es posible que lo estimulen a comportarse como niño. Esto puede incrementar

el sentimiento de culpa del paciente con respecto a su hostilidad y sumirlo en una crisis depresiva (Lipkin, 1984).

Los índices de depresión, establecen en buena medida, la calidad de vida de los enfermos con insuficiencia renal crónica; además, recordemos que la depresión puede provocar cambios inmunológicos que facilitan la emergencia de infecciones en los pacientes en diálisis (Blum, 1996).

La suma de acontecimientos violentos e inesperados genera angustia y rompe el sentimiento de sí mismo y de continuidad existencial, o sea, la identidad de los pacientes. El daño orgánico y funcional, los procedimientos intrusivos y 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 consciente e inconsciente de sus cuerpos (Blum, 1996).

“Los procedimientos realizados con agujas, son destacados por los enfermos como la experiencia más agresiva, aún en enfermos sometidos a injurias somáticas mayores como la hemodiálisis crónica” (Grunberg, 1976).

Estas perturbaciones, además de las pérdidas “yoicas”, objetales y narcisistas que sufren, como escuela, amigos, capacidades, logros y proyectos futuros, lesionan en forma intensa el “sí mismo” de los pacientes dejando heridas muy profundas que disminuyen su autoestima y les originan sentimientos de tristeza, vergüenza e inferioridad por “no ser normales”, por las marcas corporales visibles (e invisibles), y por su escaso desarrollo físico y sexual, sobre todo en adolescentes. Culpa por la enfermedad, fantaseada como castigo por sus “pecados”, envidia y reacciones hostiles hacia los “sanos”. En algunos adolescentes los sentimientos de culpa adquieren una gran relevancia, puesto que el paciente se percibe como un objeto malo que sólo provoca penas y dolor a su familia y al medio ambiente. Culpas que se suman y los llevan a autoagredirse o a buscar el castigo de diferentes maneras (Blum, 1989, 1996; Velasco, 1980).

El paciente bajo hemodiálisis, ante la gran responsabilidad de mantenerse vivo, lentamente va delegando esta responsabilidad a hechos u objetos externos hasta el punto de pensar que lo que les acontece, poco tiene que ver con sus actos. Este “foco externo de control” propicia actos que ponen en

constante peligro sus vidas y explican en gran parte, la gran incidencia de conductas suicidas (Velasco, 1980).

Desde el punto de vista social, posiblemente el paciente no pueda conservar el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad. Sus parientes y amigos posiblemente empiecen a considerarlo una persona incapaz de funcionar, débil y enferma. Incluso es posible que, sin quererlo, empiecen a relacionarse con él como si fuera una persona incapaz de pensar o hablar por sí mismo. La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente empieza a verse a sí mismo de la manera en que él piensa que los demás lo ven. Si el paciente empieza a sentir que la gente a su alrededor lo considera un inútil es posible que empiece a sentirse y comportarse como tal (Lipkin, 1984).

Levy es de los médicos que más ha escrito acerca de los pacientes nefrópatas en los E. U., sólo que su trabajo únicamente ha sido con personas adultas; aún así, muchos de los problemas psicológicos que describe, coinciden con los que otros investigadores que trabajan con niños, Blum y colaboradores en México por ejemplo, han detectado. Levy (1996) señala que los problemas psicológicos más importantes en los pacientes en diálisis son la depresión (incluyendo el suicidio), la conducta poco cooperativa, las disfunciones sexuales y la presencia de dificultades relacionadas con el trabajo y la rehabilitación.

A) Depresión: La depresión es habitualmente una respuesta a una pérdida real, potencial o imaginaria. Sus manifestaciones incluyen humor depresivo persistente, pobre autoimagen y sentimientos de desesperanza. Los síntomas físicos no son infrecuentes e incluyen trastornos del sueño, cambios en el apetito y en el peso, sequedad de boca, estreñimiento y disminución del interés y la capacidad sexuales.

1. Suicidio: aproximadamente 1 de 500 pacientes en diálisis se suicida. Numerosos pacientes realizan, en una o más ocasiones, tentativas de suicidio. Un número indeterminado de muertes en los pacientes en diálisis, causadas por transgresiones dietéticas, pueden relacionarse también con el suicidio. Debe tenerse siempre presente el elevado riesgo de suicidio de esta población.

B) Conducta poco cooperativa. La irritabilidad es común entre los pacientes que padecen una enfermedad crónica y no es de extrañar que una minoría sustancial de los pacientes en diálisis presente una conducta que moleste al personal de diálisis. Es preferible no provocar tales conductas y escuchar al paciente tratando de comprenderlo. A menudo el paciente no conoce cuales son las razones de su irritabilidad y conducta poco cooperativa, y es necesario buscarlas cuidadosamente en su entorno familiar y laboral. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia deben tolerarse conductas que puedan ser peligrosas para el enfermo, para otros pacientes o para el personal de la unidad de diálisis.

C) Disfunción sexual: Los pacientes de ambos sexos en diálisis presentan con frecuencia disfunciones sexuales.

D) Rehabilitación. Las dos terceras partes de los pacientes en diálisis no vuelven al trabajo que realizaban antes del inicio de la insuficiencia renal. La capacidad de los individuos para retornar a su trabajo depende, en gran medida, de su nivel socioeconómico. En general, las mujeres tienen más opciones que los hombres, especialmente las mujeres casadas para las que es posible el regreso a las labores del hogar. La pérdida del trabajo tiene una extrema importancia psicológica en los hombres, cuyo sentido de masculinidad está a menudo directamente relacionado con el trabajo que realizan.

Otros problemas que presentan los pacientes de hemodiálisis están relacionados con su extracción socioeconómica, ya que estos niños, por su pobreza y miseria no pueden reponer las proteínas que pierden a causa del mismo tratamiento y sufren un rápido deterioro nutricional, lo que a su vez acarrea otra serie de consecuencias como por ejemplo, que no adquieran características sexuales secundarias al llegar a la edad en que éstas deberían aparecer o bien; que se detenga su crecimiento (Robles, 1985).

Como ya lo habíamos mencionado anteriormente, la respuesta psicológica de un paciente dependerá sobre todo, de su personalidad previa y del grado de apoyo familiar y social y así, los niños con problemas emocionales previos a la presentación de la insuficiencia renal crónica estarán más predispuestos a presentar durante el tratamiento, ciertas alteraciones de personalidad y conducta (González, 1979; Velasco, 1980; Levy, 1996).

Cuando un paciente reingresa a hemodiálisis debido a un rechazo inmunológico del riñón trasplantado, llega a tener reacciones muy intensas: presenta cuadros depresivos importantes, que en algunos casos pueden ir acompañados de sentimientos suicidas. Lo anterior, es el resultado de los sentimientos de culpa por haber destruido el riñón, órgano vital de alguien que bondadosamente lo había donado. Por supuesto, la hostilidad del donador al haber cedido inútilmente su riñón, puede servir para acrecentar aún más el sentimiento de culpa del receptor (Velasco, 1980).

En el niño trasplantado, las reacciones de rechazo inmunológico, que precipitan la rehospitalización y vuelta a los tratamientos anteriores, desencadenan ansiedad y angustia de separación y en el adolescente, estados de ansiedad y depresión quienes generalmente se convierten en pacientes fóbicos y exhibicionistas. Todo lo anterior representa obviamente, un serio peligro para su restablecimiento (Velasco, 1980).

Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal, resultan por lo general en una muerte lenta, tanto por las complicaciones que presentan como por el hecho de que sustituyen solamente una de las muchas funciones que tienen los riñones (la dializadora), y quedan sin realizar todas las demás, por ejemplo, las que tienen que ver con el crecimiento y la calcificación (Robles, 1985).

## FAMILIA

La gran mayoría de los estudios concuerdan en reconocer la extrema importancia de las reacciones de la familia en el equilibrio posterior del niño enfermo (Ajuriaguerra, 1982).

Las familias, al igual que los pacientes, también responden en diversas formas ante el diagnóstico de insuficiencia renal crónica. En el período inicial, las modificaciones del equilibrio familiar son intensas y rápidas; se observa siempre un período de choque con reacciones de abatimiento o de desaliento en los padres, sobre todo en la madre. Pronto aparece un período de lucha contra la enfermedad, que en función de las familias se orienta hacia una actitud de negación o rechazo de la enfermedad, o hacia una colaboración con el médico; algunas familias presentan una actitud frenética en busca de alguna esperanza y finalmente, otras llegan incluso a propiciar dificultades con el

personal médico. Estas respuestas se producen porque la familia experimenta el diagnóstico de insuficiencia renal como una agresión sin explicación lógica. La depresión, autoacusación, el enojo hacia otros, están indicando la necesidad que se tiene de encontrar al responsable de este sufrimiento. Por fin, la cronicidad de los trastornos ocasiona una reorganización de la economía familiar en torno a la enfermedad. Si la insuficiencia renal crónica se presenta inesperadamente, existe una tendencia natural a negar la situación, lo cual puede interferir y de hecho llega a impedir un manejo rápido y efectivo del paciente (Velasco, 1980; Ajuriaguerra, 1982).

Las reacciones defensivas constituyen la primera manifestación de la culpabilidad constante de las familias. La mayoría de los padres experimentan sentimientos de culpa y condolencia hacia los hijos, que se manifiestan en actitudes de sobreprotección. Esta exagera las reacciones de ambivalencia hacia el pequeño enfermo y explica en parte las actitudes descritas en todas las enfermedades crónicas: sobreprotección ansiosa, rechazo, negación omnipotente de la enfermedad o del papel de los médicos. Sin embargo, en otros casos los padres muestran un rechazo hacia los enfermos, al punto de no visitarlos en el hospital ni hacer esfuerzo alguno por ayudarlos en la reincorporación a sus actividades normales. En las familias que presentaban problemas antes de la enfermedad, estos problemas se agudizan llegando incluso a desintegrarse; o por el contrario, se dejan a un lado o se resuelven los problemas y los integrantes se vuelven más unidos (Velasco, 1980; Ajuriaguerra, 1982; Blum, 1996).

Al igual que los niños, las familias tratan de adaptarse de diferentes formas a la enfermedad renal, para ello elaboran mecanismos de defensa que les ayudan a contrarrestar el gran impacto y estrés del diagnóstico y a los "problemas" que se presentan durante la evolución y tratamiento del padecimiento (Huazo, 1983).

El hecho de que un niño ingrese al programa de hemodiálisis crónica, desencadena una crisis familiar como consecuencia del cúmulo de presiones emocionales, sociales y muchas veces económicas que llegan a modificar en forma importante su estructura; es muy común que los familiares manifiesten actitudes de negación, enojo y depresión (Velasco, 1980; Huazo, 1983).

En la familia son consecuencias del diagnóstico, la evolución y el tratamiento de la uremia: negación de la realidad, estrés, cambios en la estructura y dinámica familiares, agudización de los problemas existentes, aparición de otros en diferentes miembros (Robles, 1985).

#### d) PSICOTERAPIA

En 1960 Meehl (citado por Navarrete, 1998) describía la psicoterapia como “el arte de aplicar una ciencia que todavía no existe”. Desde entonces, el área de los tratamientos psicológicos se ha desarrollado considerablemente sin llegar a una definición explícita, lo cual sigue en polémica hoy en día. La cuestión reside en que existe una diversidad de enfoques psicoterapéuticos, y, en consecuencia se da también un amplio espectro de definiciones de psicoterapia. Muchas de estas definiciones están vinculadas a la conceptualización que hace del proceso y los objetivos psicoterapéuticos un modelo determinado, es por esto que algunos se basan en la resolución de la dinámica inconsciente, otras en el cambio de conductas observables, etc.

Jean Laplanche (1971) define como psicoterapia, en sentido amplio, a “todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc...”

Con mucha frecuencia se han utilizado de manera intercambiable los términos intervención y psicoterapia. Wolberg (citado por Phares, 1996) proporciona una definición general bastante típica de la psicoterapia: “Psicoterapia es una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con objeto de retirar, modificar o retardar síntomas existentes, mediar patrones perturbados de conducta y de promover el crecimiento y desarrollo personal”.

El importante desarrollo de procedimientos psicoterapéuticos sistematizados para eliminar síntomas y mejorar el comportamiento, hizo su aparición hacia finales del siglo XIX pero no quiere decir que antes de este tiempo no se practicara ningún tipo de psicoterapia. Esto coincidió con un interés científico mucho mayor por el comportamiento anormal y con una conciencia cada vez mayor de que los factores psicológicos juegan un papel muy importante en dicho comportamiento.

Dentro de la historia de la psicoterapia, durante la década de 1880 hubo mucho interés por los problemas de histeria. Mientras la opinión médica predominante se inclinaba por una explicación orgánica de los fenómenos histéricos, varios médicos y neurólogos destacados estaban ya estudiando la posibilidad de que hubiera factores psicológicos de por medio en la histeria. Entre estos investigadores estaban Breuer, Freud, Charcot, Bernheim y Janet (citados por Garfield, 1979). Freud siguió su propio camino y desarrolló sus propios puntos de vista teóricos y terapéuticos, a los que llamó psicoanálisis.

A partir de la aparición del método psicoanalítico y simultáneamente con él, se han ido proponiendo otros enfoques a la psicoterapia; varios de éstos son variantes del método de Freud y de ahí que se les incluya entre los métodos psicoanalíticos, aun cuando haya algunas diferencias teóricas entre ellos. Sin embargo, hay otras terapias que han evolucionado en forma más propia y exclusiva, y, por lo tanto, difieren más del método psicoanalítico tradicional (Garfield, 1979).

### **MODELOS PSICODINÁMICOS**

En psicoterapia, el término “psicodinámico” se suele identificar con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellas concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de psicoterapia. Tuvo un desarrollo triple: como método de tratamiento, como teoría de personalidad y como manera de llevar a cabo la investigación sobre la conducta humana.

Freud (citado por Feixas, 1993) fue el fundador de la psicoterapia tal como hoy la conocemos. Su método basado en la comunicación verbal entre dos personas para estudiar y ayudar a la gente, su búsqueda sistemática de las relaciones entre la historia personal del enfermo y sus problemas actuales, la importancia que otorgó a los pensamientos y emociones y su enfoque con respecto a las relaciones del paciente y terapeuta, persisten en casi todas las modalidades actuales del tratamiento clínico, independientemente de sus fundamentos teóricos.

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente

comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) por las cuales se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera.

El analista considera los síntomas de las neurosis como signos de conflicto entre el Ello, Yo, Superyó y las demandas de la realidad; es decir, los síntomas indican un problema inconsciente que necesita solución pero que se encuentra protegido por determinados mecanismos de defensa. Disolver las defensas y confrontar al inconsciente en una relación terapéutica es el propósito único del psicoanálisis. A través de los años han surgido muchas variaciones a la técnica. La meta fundamental continúa siendo liberar al paciente de la opresión del inconsciente a través del insight (Bernstein, 1988; Feixas, 1993; Phares, 1996).

### **PSICOTERAPIA BREVE**

Dos hechos fueron los principales factores de impulso en la búsqueda de métodos breves efectivos. En primer término, es cada vez más numerosa la cantidad de personas que reconoce la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico; y la mayoría de esas personas no pueden asumir ni los elevados honorarios del psicoanálisis y de las demás psicoterapias a largo plazo, ni la pérdida de horas de trabajo económicamente productivo que exigen esos métodos.

Durante la segunda guerra mundial la necesidad de servicios psicoterapéuticos coincidió con un nivel de desarrollo y conocimientos de la comunidad psicoterapéutica, suficiente para hacer posible cierta clase de reacción positiva. Grinker (citado por Small, 1972) declara que la psicoterapia breve derivada de los principios psicoanalíticos, fue el "único" tratamiento capaz de responder a las exigencias de la guerra.

Mientras que sería agradable creer que las consideraciones teóricas, de investigación o ambas hayan dictado un cambio hacia las psicoterapias más breves, esto no es cierto del todo. Una fuerza impulsora importante ha sido la elevación de factores de control de costos en los sistemas de salud.

La teoría psicoanalítica fue, hasta hace muy poco, la base teórica en que se apoyó la intervención breve; para la mayoría de los autores, este hecho no se

ha modificado. Menninger (citado por Small, 1972) nos recuerda que es mucho lo que el tratamiento psicoanalítico cuidadoso y prolongado ofrece para el tratamiento más breve de otros individuos. Alexander y French (citados por Small, 1972) demostraron que los principios terapéuticos del psicoanálisis se pueden adaptar de manera consciente y flexible a las necesidades individuales de cada paciente.

En la actualidad, la demanda de la población sobre todo en instituciones asistenciales, ha provocado un gran auge de la psicoterapia breve. Por lo que han aparecido diversos modelos terapéuticos en los cuales se ha generado acortamientos del proceso terapéutico. Por ejemplo: los enfoques sistémicos de terapia familiar no sobrepasan las 20 sesiones. Algunos modelos cognoscitivos defienden la corta duración de sus tratamientos en relación al límite de 25 sesiones; también la modificación de la conducta puede resultar breve. Dentro del modelo psicodinámico se encuentran las psicoterapias dinámicas breves. En su revisión Koss y Butcher (citados por Navarrete, 1998) clasifican las psicoterapias breves en cuatro grupos: psicodinámicas, cognitivo-conductuales, intervenciones en crisis y otras. Sin embargo es conveniente mencionar que la psicoterapia breve tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica aunque con ciertas modificaciones técnicas en su aplicación terapéutica (Small, 1972; Phares, 1996; Navarrete, 1998).

Para diferenciar las psicoterapias breves de otros métodos, Bellak y Small (1965) establecen estas diferencias particularmente en tres terrenos: el de las metas, el del factor tiempo y el de los métodos.

#### **LAS METAS**

Para estos autores, la meta de la psicoterapia breve se limita a eliminar o aliviar los síntomas específicos, pero no intenta la reconstrucción de la personalidad, si bien la intervención dinámica puede como efecto secundario, conducir a la reestructuración autónoma de dicha personalidad. De manera específica creen que la psicoterapia breve se orienta hacia los síntomas, y tratar de mejorar la situación psicodinámica del individuo en la medida de lo suficiente para que este continúe funcionando y “la naturaleza pueda completar el proceso de curación.”

Coleman (citado por Small, 1972) por su parte, halla las metas de la psicoterapia breve en la compensación del desequilibrio y en la reintegración

de la persona afectada a su nivel previo de funcionamiento. Algunos investigadores concentran su atención en las circunstancias perturbadoras inmediatas.

Buena parte de los autores de obras dedicadas a la materia parecen asignar a la psicoterapia breve metas limitadas, dirigidas principalmente a la eliminación o mejoría de los síntomas, al alivio de las angustias presentes y a la prevención de problemas más serios. Pero el hecho de considerar limitados tales objetivos no significa que se los estime insignificantes, y todos esos especialistas dejan cautelosamente abierta la puerta para reconocer los cambios espectaculares, fundamentales y de gran alcance en la estructura de la personalidad que, aunque no sean muy frecuentes, suelen observarse tras la aplicación de los tratamientos breves (Small, 1972).

#### **EL FACTOR TIEMPO**

La psicoterapia breve exige tiempo considerablemente menor que las demás técnicas, pero es difícil precisar en qué medida; un claro ejemplo es que Small (1972) encontró tratamientos definidos como terapia breve que abarcaron desde una a 217 sesiones de contacto con el paciente.

Dentro de la bibliografía sobre el tema, Small (1972) identificó arbitrariamente cinco categorías de tiempo: La primera comprende tratamientos que abarcan entre una y seis sesiones; la segunda registra en promedio alrededor de 10 sesiones; la tercera categoría incluye tratamientos de entre 12 y 25 sesiones; en la cuarta es difícil establecer un promedio, ya que la gama de duraciones ahí presente es irreductiblemente extensa e indeterminada; y por último, la quinta categoría agrupa unos pocos estudios que no hacen referencia al número de sesiones que se requirió.

La consideración del factor tiempo debe abarcar también los intervalos entre sesiones, de los cuales los de una semana son los más comunes. La duración misma de cada entrevista también merece consideración; en este sentido los terapeutas que al parecer optan por los contactos más breves, llevan a cabo sesiones de entre 10 y 20 minutos cada una. La mayoría se decide por la llamada hora psicoterapéutica tradicional, que es de entre 45 y 60 minutos.

Keeler (citado por Small, 1972) habla también de la terapia de grupo de corta duración; según informa, entrevistó de esa manera a pacientes entre 4 y 16

veces al mes. Cook (citado por Small, 1972) también constituyó grupos con pacientes hospitalizados que recibieron terapia rápida de grupo tres veces por semana.

Los límites de tiempo de la psicoterapia breve son empíricos, surgen de la experiencia clínica, en la que se los halla aproximadamente adecuados para el logro de ciertas metas. Es más importante, en todo caso, establecer los fines alcanzables y los métodos que rendirán mejores resultados una vez determinada la cantidad de tiempo de que se dispone.

#### **DIFERENCIAS METODOLÓGICAS**

Wolberg (citado por Small, 1972) señala la falta de una metodología adecuada para la psicoterapia breve; afirma que se emplean las mismas tácticas que se saben útiles para los tratamientos prolongados. Bellak y Small (1965) opinan que las principales diferencias entre la psicoterapia breve y el psicoanálisis tradicional, residen en las limitaciones impuestas al aprovechamiento de la asociación libre, las modificaciones en el uso de la interpretación, la restricción del desarrollo de la neurosis de transferencia, la importancia que se asigna a la aparición de una transferencia positiva en la relación de trabajo y la disposición hacia el empleo conjunto de la interpretación modificada y otros tipos de intervenciones.

Knobel (citado por Ustariz, 1993), cita a Lemgruber (1984), para afirmar: “La técnica de psicoterapia breve tiene su característica distintiva en el hecho de que se basa en una triada, consideramos como aspectos esenciales y característicos, de este método la actitud, la planificación y el foco”.

Fiorini (1973), define foco como una interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento. Se lleva al paciente hacia ese foco mediante interpretaciones parciales y atención selectiva, lo que significa “dejar pasar” material atractivo que al mismo tiempo sea irrelevante o alejado del foco. Un primer objetivo de esta focalización, consiste en general en dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas. La focalización de la terapia breve es su condición esencial de eficacia.

Knobel (citado por Ustariz, 1993), señala que para algunos autores, el foco sería simplemente el contenido explícito del malestar de quien busca ayuda; y sería eso lo que el terapeuta tendría que ayudar a resolver.

Small (1972), señala a Malan como el autor que ofrece el análisis más minucioso de las técnicas focales que se haya efectuado sobre la base de la teoría psicoanalítica. Al hacerlo tiene presente una meta que en términos ideales, formula como “una interpretación esencial, en la cual debe fundarse la terapia” Este fin se persigue a lo largo de la terapia; encaminándose al paciente hacia él mediante la interpretación parcial, la “atención selectiva y la desatención selectiva”. Ello implica que el terapeuta dirija la atención del paciente y refuerce esa dirección mediante la comunicación verbal o no verbal, toda vez que las asociaciones o insights del paciente sigan un camino que concuerden con el que haya determinado de antemano el terapeuta; por lo contrario la comunicación reforzadora estará ausente cuando el sujeto se desvie.

Fiorini (1973), visualiza el foco, como un diafragma en la óptica del terapeuta que induce la concentración selectiva del paciente en ciertos puntos de su problemática. La posibilidad de organizar el relato seguir la directriz, seleccionar recuerdos e imágenes, depende de cierta fortaleza y oica adaptativa.

Dinámicamente la focalización está guiada por la dominancia de una motivación que jerarquiza tareas en función de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios. Operativamente la focalización conduce a trabajar sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres.

En la práctica psicoterapéutica el foco tiene un eje central, generalmente dado por el motivo de consulta, íntimamente ligado a éste, subyacente al mismo, se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado, el cual se inserta en una específica situación grupal. Con este enfoque también es posible localizar una zona de componentes de la situación que podemos caracterizar como aspectos caracterológicos del paciente. Además de una zona de determinantes del contexto social más amplio.

Hich (citado por Small, 1972) encuentra la diferencia metodológica más importante en el grado de actividad por parte del terapeuta. Aquí el terapeuta no puede ser tan pasivo; tiene que encarar las dificultades del paciente en forma dogmática y, en ocasiones obstaculizar las acciones del mismo.

Barten (citado por Small, 1972) comenta que, pese a la diversidad de técnicas elaboradas durante las últimas décadas, los diversos enfoques muestran consenso en sus elementos básicos, que a su juicio son: 1) el enfoque, representado por el principio en virtud del cual el problema específico se debe circunscribir rápidamente, a fin de dar al paciente pocas ocasiones para explorar otras dimensiones; 2) la orientación hacia la salud, que fomenta el reconocimiento y la valoración de los recursos más que de las debilidades del Yo; y 3) la limitación del tiempo, que fija de antemano el momento en que la terapia se dará por terminada.

Por último, otro rasgo distintivo de la psicoterapia breve estriba en su facultad de recurrir a un gran arsenal de intervenciones, habilidades y recursos, en vez de aplicar un esfuerzo terapéutico de tipo único.

Bellak y Small (1965) elaboran su psicoterapia breve a partir de la teoría psicoanalítica ortodoxa. Sin menospreciar las contribuciones de otras teorías creen ellos que la freudiana ofrece las “hipótesis más sistemáticas de que disponemos...” Prestan particular atención al concepto de determinismo psíquico, y consideran las causas y los efectos “...como acontecimientos de los cuales se puede esperar, con muy alto grado de probabilidad, que se encuentren ligados entre sí”. Encuentran que el determinismo da significado a los síntomas, y que el concepto de sobredeterminación permite tener una visión más refinada y realista de las situaciones de desequilibrio. Sostienen sus enunciados que la continuidad de la personalidad a lo largo del tiempo y de los niveles de conocimiento constituye, para el enfoque psicoterapéutico breve, un constructo que permite ligar en el psicodiagnóstico acontecimientos pasados con otros contemporáneos, es decir, que ayuda a encontrar causas pasadas para efectos contemporáneos. Sostienen por último, que la acción terapéutica dirigida a la corrección de desequilibrios específicos es efectiva a corto plazo (Small, 1972).

#### **TERAPIA BREVE DE GRUPO**

Como lo mencionamos anteriormente, ante el reto de resultar efectivos en un período de tiempo corto, los clínicos han desarrollado una serie de terapias breves, Sin embargo, todavía no existe en la literatura una definición de lo que es un tratamiento breve. Algunos autores han sugerido que no es el número de sesiones o la duración del tratamiento en su conjunto lo que define

a esta modalidad de terapia, sino que el tratamiento sea parco, se utilice el tiempo preciso de la forma más eficaz posible y racionada. Típicamente, las sesiones varían desde una a más de 50, distribuidas a lo largo de un año. Para tratamientos individuales breves, el número medio de sesiones suele ser de 25, para la terapia breve de grupo, la medida suele ser la misma pero con tendencia menor, entre 12 y 15 sesiones. La mayoría de las sesiones de grupo duran de 45 a 90 minutos, con frecuencia semanal y una gama de diversas orientaciones teóricas: psicoanálisis, cognitiva, interpersonal y conductista.

A pesar del desarrollo de modelos que asocian varios presupuesto teóricos y estrategias de tratamiento, hay una serie de características compartidas por la mayoría de las terapias breves de grupo (e individuales). Entre ellas están:

- 1) El manejo terapéutico de las limitaciones temporales.
- 2) La limitación de los objetivos terapéuticos.
- 3) Centrar en el presente el contenido de la terapia.
- 4) Manejo directivo de las sesiones por el terapeuta.
- 5) Valoración rápida.
- 6) Prontitud en la intervención.
- 7) Flexibilidad por parte del terapeuta.
- 8) Ventilación o catarsis como parte importante del proceso.
- 9) Establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica
- 10) Adecuada selección de pacientes, ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico.

Los partidarios de los grupos breves señalan también la importancia de una composición homogénea del grupo para favorecer la cohesión y la universalización; una preparación y cribaje previos, desarrollar y mantener un enfoque interpersonal consistente y utilizar terapéuticamente las limitaciones estructurales inherentes al grupo.

Suele atribuirse a Franz Alexander y Tomas French (1946) haber introducido el abordaje sistematizado de la terapia breve intensiva de tipo individual. Alexander Wolf (1965) resumió los primeros desarrollos sobre terapia a corto plazo; P. H. Waxer (1977) abordó las tendencias de la terapia breve de grupo, y R. L. Bednar y T. J. Kaul (1978) evaluaron las investigaciones sobre grupos experimentales breves. El renacimiento de interés durante los años 70 por el

tratamiento de grupo a corto plazo puede haber sido, parcialmente, debido a la difusión de los grupos T, de sensibilización, encuentro, crecimiento de la conciencia y autoayuda. Algunas de las contribuciones sobre técnica y práctica de estos grupos tienen relevancia para el tratamiento grupal breve (citados por Klein, 1996).

S. H. Budman y sus colegas (1980, 1988; citados por Klein, 1996) crearon el primer programa global para pacientes ambulatorios, incluyendo clínica, investigación y entrenamiento con tratamiento grupal a corto plazo basado en la idea de tratar a grupos de pacientes cuyos conflictos de desarrollo adulto fueran similares. Klein (1996) observó la tendencia hacia el desarrollo de técnicas particulares para trabajar con grupos restringiéndose a problemas concretos o grupos de población determinados. Dicha tendencia ha seguido en la última década, en que han surgido una gran variedad de formas de intervención a corto plazo en encuadres diversos y dirigidas a una gama de aspectos clínicos específicos.

Por otro lado, parece que en la terapia breve se utilizan cada vez más los conceptos interpersonales antes que los intrapsíquicos para enfocar el tratamiento; igualmente ha ido creciendo la aplicación ecléctica de técnicas diversas; también se observa un crecimiento de la conciencia acerca del interés de editar manuales de tratamiento con terapia breve grupal.

Una revisión bibliográfica sobre la terapia breve de grupo sugiere que sus objetivos coinciden con los de otras formas de terapia. Típicamente tales objetivos son: (1) reducir las molestias sintomáticas; (2) restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente; (3) favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente (por ejemplo, aumentar la sensación de ser dueño de sí mismo, favorecer la adaptación, facilitar la reestructuración de los aspectos cognitivos y promover cambios de conducta y autoayuda, y eficacia en el entorno social) y (4) incrementar la comprensión del paciente acerca de sus trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro.

La mayoría de los terapeutas subrayan que los objetivos deben ser limitados, explícitos y estar de acuerdo con ellos tanto el terapeuta como los participantes en el grupo. En la medida de lo posible, los objetivos deben formularse en lenguaje interpersonal, usando el contexto grupal para tratar aquí y ahora los temas que surjan. Además, los objetivos previstos, sean

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

cuales sean, deben estar en consonancia con el tamaño del grupo, el número, duración y frecuencia de las sesiones; la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la terapia; los costes económicos; y el grado de experiencia del terapeuta y su capacidad para trabajar orientado a esos objetivos. Sin embargo, quizás el factor más importante sea la congruencia entre los fines de la terapia y el nivel de funcionamiento yoico y las motivaciones de los pacientes para lograrlos.

Para que el desenlace de cualquier terapia sea fructuoso, los objetivos del grupo y las tareas a desarrollar deben coincidir con las necesidades y recursos de los miembros del grupo. Al margen del modo en que el terapeuta decida manejar el asunto del encuadre temporal, los grupos de corta duración parecen seguir todos una secuencia evolutiva similar. S. H. Budman y A. S. Gurman (1988, citados por Klein, 1996) sugirieron una evolución general con 5 fases:

- 1) Comienzo del grupo. Cuando los miembros tratan de clarificar su posición dentro y fuera, expresan sus inquietudes respecto a la seguridad, comienzan a determinar la forma en que va a trabajar el grupo y prestan mínima atención a aspectos relacionados con el tiempo. El líder plantea las tareas, discute los límites temporales, clarifica los temas focales, ilustra sobre las similitudes entre los miembros y promueve la cohesión.
- 2) Terapia temprana. Cuando los miembros del grupo muestran signos de mejoría o empeoramiento iniciales; el final del grupo todavía se ve en un futuro lejano y los miembros se muestran esperanzados y confían en recibir ayuda, a menudo ofreciendo sus propios consejos a los demás. El líder ayuda a los miembros a detectar como está presente el tema focal en sus vidas y como deben manejarlo, a la vez que continúa favoreciendo la cohesión por medio de animar a escuchar, dar e implicarse empáticamente.
- 3) Fase intermedia del grupo. En la que suele haber un período de frustración y decepción, que frecuentemente incluye el cuestionamiento de la eficacia del terapeuta según va pasando el tiempo y el grupo se da cuenta que están a la mitad, pero que todavía queda mucho trabajo por hacer. El terapeuta

debe manejar la crisis de confianza dejando a un lado temporalmente los temas focales.

- 4) **Terapia avanzada.** Período de intenso trabajo en el grupo, en que los miembros se sienten íntimamente implicados, toman conciencia de que el grupo se disolverá pronto y se sienten motivados por la limitación del tiempo para perseguir sus objetivos pero a la vez luchan contra la tendencia emocional a abandonar. El líder alienta la exploración de los temas focales en profundidad y utiliza la cohesión del grupo para mejorar el aprendizaje y apoyo.
- 5) **Terminación.** En que el grupo se caracteriza por emociones intensas cuando los miembros experimentan junto con el final del grupo, la reactivación de viejas pérdidas e intentan consolidar lo que han aprendido y lo que pueden llevarse consigo. El líder intenta ayudar a los miembros a conservar su compromiso y cohesión aun cuando está acabando, se centra en la terminación y evita modificar la fecha límite, a pesar de las presiones para hacerlo.

Aunque hay pocos estudios experimentales rigurosos diseñados para calibrar la eficacia de la terapia breve de grupo, los estudios comparativos entre terapias breves y terapias de tiempo ilimitado, ya fuesen individuales o de grupo, no muestran resultados esencialmente diferentes. La terapia breve produce cambios significativos, lo cual parece ser aplicable tanto al tratamiento grupal como al individual.

La evaluación de la eficacia terapéutica del tratamiento grupal, por lo general no ha mostrado diferencias significativas atribuibles a la modalidad escogida. R. W. Toseland y M. Siporin (citado por Klein, 1996) que revisaron 32 estudios controlados comparando el tratamiento individual versus el grupal, informaron que la terapia de grupo resultó eficaz en el 75% de los estudios y más útil que el tratamiento individual en el 25% de los registros, aunque los problemas metodológicos señalados por los autores hacen difícil la evaluación precisa de los resultados.

El campo de la terapia breve de grupo sigue expandiéndose rápidamente. Cada vez es mayor el número de pacientes tratados con esta modalidad terapéutica. Los resultados parecen indicar que es idónea y eficaz para una amplia gama de paciente con muy diversos objetivos. Recientes informes sugieren la aplicación clínica tradicional de terapia grupal breve a grupos de minorías desatendidas y de bajo nivel socioeconómico, para quienes la terapia de larga duración puede estar menos indicada por una serie de razones culturales y económicas (Klein, 1996).

## **CAPITULO III**

### **MÉTODO**

#### **PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Si bien en la literatura existen diversas investigaciones acerca de la utilización de psicoterapia para pacientes con insuficiencia renal crónica, se observa que dichas investigaciones no se han enfocado exclusivamente hacia los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, ni se ha utilizado el área de hemodiálisis como instrumento psicoterapéutico.

El motivo por el cual realizamos esta investigación, surge como respuesta al contacto que tuvimos con los pacientes de hemodiálisis del servicio de Nefrología en el Instituto Nacional de Pediatría. Donde observamos que durante su tratamiento, los pacientes tratan de evitar, lo más posible, todo contacto interpersonal, o por el contrario, se vuelven demasiado demandantes; esto en respuesta al difícil proceso de su enfermedad y del tratamiento mismo, y cuyos efectos sobre su conducta y estado de ánimo perduran aún después de la sesión de hemodiálisis e inciden negativamente en su calidad de vida.

Por lo tanto, es importante crear estrategias psicoterapéuticas para reducir los efectos psicológicos que se presentan durante la hemodiálisis, tratamiento que resulta largo, tedioso y agresivo para los pacientes pero que al mismo tiempo es imprescindible para su sobrevivencia. En respuesta, en este trabajo proponemos una estrategia basada principalmente en técnicas lúdicas y recreativas con objetivos específicos, para contrarrestar estos síntomas muy marcados dentro de la hemodiálisis.

Por lo cual, surge el siguiente cuestionamiento. ¿Influirá un programa de psicoterapia breve focalizada sobre los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo el tratamiento de hemodiálisis?

#### **OBJETIVO ESPECIFICO**

Investigar si un programa de psicoterapia breve focalizada genera cambios en los niveles de ansiedad y de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo el tratamiento de hemodiálisis.

## **HIPÓTESIS**

**H<sub>i</sub>** : El empleo terapéutico de un programa de psicoterapia breve focalizada disminuye los niveles de ansiedad y de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis.

**H<sub>o</sub>**: El empleo terapéutico de un programa de psicoterapia breve focalizada no disminuye los niveles de ansiedad y de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis.

## **VARIABLES**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

#### **Ansiedad:**

“Es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento del funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.” (Spielberger, 1975).

#### **Depresión:**

“Se refiere tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc., como al estado afectivo de la tristeza.” (Bleichmar, 1976).

#### **Psicoterapia:**

“Todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos...” (Laplanche, 1971).

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

#### **Ansiedad:**

Niveles de ansiedad rasgo - estado, obtenidos a través del cuestionario de autoevaluación ansiedad estado - rasgo en niños (STAIC).

**Depresión:**

Niveles de depresión obtenidos a través del cuestionario de depresión para niños (CDS).

**Psicoterapia:**

Aplicación de un programa de psicoterapia breve diseñado para fines de la población a investigar, siendo una técnica psicoterapéutica que consta de 12 sesiones, con una duración aproximada de entre 90 y 120 minutos cada una, con objetivos y tareas terapéuticas específicas.

**POBLACIÓN**

Pacientes que asisten a la sala de hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría.

**SUJETOS**

Estudiamos a una muestra de 7 enfermos de entre 9 y 15 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y que asisten a tratamiento de hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría.

**MUESTREO**

Utilizamos un muestreo no probabilístico e intencional, debido a que los sujetos reúnen características específicas como edad y tipo de tratamiento.

**TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo (debido a que estudiamos a una sola población y se selecciona una serie de cuestiones midiendo cada una de ellas de manera independiente, para así describir lo que se investiga) y Longitudinal (porque las variables las medimos dos veces e implica seguimiento en el tiempo).

**DISEÑO**

En esta investigación utilizamos un diseño de una sola muestra con pretest y postest, en el que a los pacientes en hemodiálisis les aplicamos el cuestionario de autoevaluación ansiedad estado - rasgo en niños (STAIC) y el cuestionario de depresión para niños (CDS). Posteriormente les proporcionamos tratamiento de 12 sesiones de psicoterapia y al final de éstas, les aplicamos

nuevamente los cuestionarios para determinar si existen cambios en el paciente.

## **ESCENARIO**

La aplicación de los cuestionarios y del programa de psicoterapia breve lo realizamos en la sala de hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría.

## **INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que utilizamos son:

Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado - rasgo en niños (STAIC).

Cuestionario de depresión para niños (CDS).

A continuación describimos las características de cada uno de ellos:

### **STAIC**

#### ***Ficha técnica:***

Nombre Original: "State - Trait Anxiety Inventory for Children"

Nombre de la adaptación: "STAIC, Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado Rasgo en Niños"

Autor: Charles D. Spielberger y colaboradores (CPP, California, 1973).

Adaptación: Sección de estudios de TEA Ediciones, S. A., Madrid (1989).

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Niños de 9 a 15 años.

#### ***Descripción:***

El cuestionario STAIC está formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad estado (A-E) y la ansiedad rasgo (A-R). La escala A-E contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar "cómo se siente en un momento determinado" y la escala A-R comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar "cómo se siente en general".

La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. La

medida A-R, por otra parte, intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad. Por tanto, ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños con elevado A-R serán más propensos que los niños con bajo nivel A-R a responder con elevaciones de A-E.

Las elevaciones en el índice A-E se manifiestan normalmente en niños expuestos a situaciones de tensión o frustración. En general, los niños con elevada A-R experimentan elevaciones de la A-E más frecuentemente y con mayor intensidad que los niños con baja A-R, porque aquellas perciben una gama más amplia de situaciones peligrosas o amenazadoras. Aquellas situaciones que pueden implicar el fracaso o una mala adecuación personal son frecuentemente evaluadas como amenazadoras por unos niños con elevada A-R, pero el hecho de que niños con diferente A-R muestren respectivas diferencias en A-E dependerá del grado en que una situación específica es vivida como peligrosa o amenazadora por cada niño en particular, y esto, generalmente está condicionado por la experiencia pasada del niño.

***Aplicación:***

En el caso de un examen individual, el sujeto puede leer las instrucciones impresas en silencio y estar presente el examinador para aclarar cualquier duda, pero si se trata de niños pequeños es muy conveniente la lectura por parte del examinador para facilitar la comprensión de la tarea, por parte de los mismos. En el caso de un sujeto analfabeto, el examinador mismo puede anotar la contestación dada por el sujeto a la presentación oral de cada elemento. No obstante, en ningún caso se debe cambiar, ampliar o interpretar las instrucciones ni aconsejar una de las respuestas.

No deberán modificarse las instrucciones impresas para la escala A-R; sin embargo, las referidas a la escala A-E pueden alterarse para evaluar el nivel de intensidad del “estado” en una determinada situación o para un específico intervalo de tiempo de interés para el investigador o psicólogo clínico.

***Calificación:***

En la escala A-E las columnas de respuestas 1 a 3 señalan expresiones de grado en que se presentan los sentimientos y se han encabezado con los titulares “Nada”, “Algo” y “Mucho”. En la escala A-R expresan la frecuencia

y las respuestas 1 a 3 viene encabezadas con los titulares “Casi nunca”, “A veces” y “A menudo”.

Normalmente los niños contestan a todos los elementos del STAIC; no obstante, si un niño omite uno o dos elementos en A-E o en A-R, es necesario prorratear la puntuación. Si se omiten más de dos elementos, hay que cuestionar la validez de los resultados.

Para la calificación de cada escala se utiliza una plantilla. Se saca puntuación en bruto con el fin de encontrar el rango percentil en los cuadros de las normas que corresponda a una puntuación obtenida por un individuo en la escala A-R o A-E. Posteriormente se saca el diagnóstico del estado de ansiedad.

#### CDS

##### *Ficha Técnica*

Nombre original: “Childens Depression Scale”

Nombre de la adaptación: Escala de depresión infantil (versión española).

Cuestionario de depresión para niños. (versión mexicana).

Autor: Miriam Tisher y Marcha Lang. (Australia, 1978).

Adaptación: Versión española: sección de estudio de test de TEA Ediciones, S.A., Madrid.

Versión mexicana: Cruz Jiménez Concepción, Morales Medina Juana O. y Ramirez Ortiz Beatriz. Facultad de Psicología UNAM. (1996).

Administración : individual y colectiva.

Aplicación: 8 a 16 años.

##### *Descripción:*

Los autores consideran que aspectos como respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicósomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas, e irritabilidad constituyen una definición de la depresión infantil por lo que los ítems de la prueba abarcan estos aspectos.

El cuestionario consta de 66 ítems que se agrupan en dos escalas generales independientes: escala Total Depresivo y escala Total Positivo. Estas escalas, a su vez, se subdividen en subescalas:

Escala Total Depresivo (TD) 6 subescalas:

- Respuestas Afectivas (RA)
- Problemas Sociales (PS)
- Autoestima (AE)
- Preocupación por la Muerte (PM)
- Sentimiento de Culpabilidad (SC)
- Depresivos Varios (DV)

Escala Total Positivo (TP) 2 subescalas:

- Animo Alegría (AA)
- Positivos Varios (PV)

La escala Total Depresivo abarca aquellos ítems que directamente miden la sintomatología de la depresión mientras que la escala Total Positivo abarca aquellos ítems que en su polo opuesto aluden a la ausencia de alegría, diversión, felicidad, etc. en la vida del niño, o su incapacidad para experimentarlos.

El CDS es idealmente, un instrumento de aplicación grupal, instrumento que pide unas respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. Por otra parte, dado que el CDS tiene la capacidad de llegar hasta la depresión del niño, tiene también implicaciones terapéuticas; se ha observado que muchos niños, que tenían problemas para verbalizar sus experiencias o sentimientos, encontraban mucha ayuda en el hecho de que estos fuertes sentimientos estaban ya redactados para ellos, que se habían presentado en otros niños y que no era malo expresarlos; consecuentemente, todo ello facilita su apertura y sinceridad.

*Aplicación:*

Se recomienda que el CDS sea introducido a los examinados de una manera amistosa y sin prisas. Una vez que los sujetos disponen de su hoja de respuestas se dan las instrucciones:

“Otros niños han contestado las frases que están escritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensan o cómo se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y ustedes van a contestar en la hoja de

respuestas rellorando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las cinco opciones: “Muy de acuerdo” si lo que dice la frase les gusta mucho, “De acuerdo” si lo que dice la frase les gusta poco, “No estoy seguro” si no saben si les gusta o no lo que dice la frase; si no les gusta lo que dice, marcarán el círculo “En desacuerdo”, y si no les gusta para nada la frase, marcarán “Muy en desacuerdo”.

Si durante el desarrollo del examen, surge alguna pregunta, el examinador puede contestarla en forma de que no influya en el resto de la prueba.

Una vez terminada la lectura de los elementos, se comprobará que el niño ha contestado a todas las frases, en caso de haber elementos en blanco, se le puede volver a leer las frases correspondientes para que las conteste.

#### *Calificación.*

La puntuación para cada uno de los reactivos va de 5 a 1 punto, siendo para “Muy de acuerdo” 5, para “De acuerdo” 4, “No estoy seguro” 3, “En desacuerdo” 2 y “Muy en desacuerdo” 1 punto.

Para obtener el puntaje crudo de cada subescala, con la ayuda de una plantilla se suma el puntaje obtenido de los reactivos que lo conforman, posteriormente se obtiene la suma de los puntajes de las subescalas que conforman la escala Total depresivo y Total positivo por separado. Cada uno de los puntajes crudos de las subescalas y escalas, se ubicarán en un puntaje percentilar, pudiendo establecer una comparación intergrupo, intersexos e interedad para cada sujeto.

Para hacer una interpretación de los puntajes percentilares se utiliza la desviación estándar para describir la dispersión de los individuos por encima o por abajo de la media. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media se consideran extremas según corresponda de acuerdo a las características contenidas en cada subescala.

#### **PROCEDIMIENTO**

Este estudio lo realizamos en el servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría, el cual capta a pacientes con insuficiencia renal crónica que requieren hemodiálisis.

Una vez tenido el contacto con los pacientes, identificamos a aquellos que cuentan con la edad indicada para este estudio y los invitamos a participar en esta investigación, informándoles que los resultados obtenidos son manejados de manera confidencial y que su participación ayuda a la adecuada realización de este programa.

Posteriormente y de manera individual, les aplicamos el cuestionario de ansiedad rasgo - estado (STAIC) y el cuestionario de depresión (CDS), dentro de la misma área de hemodiálisis.

Una vez que todos los pacientes cuentan con el pretest damos inicio al programa de psicoterapia breve focalizada, que de manera general consta de 12 sesiones de una duración aproximada de entre 90 y 120 minutos cada una, distribuidas en un período de 6 semanas. Para mayor detalle de los objetivos de cada una de las sesiones y de su procedimiento, consultar directamente el programa (anexo).

Al término de estas 12 sesiones, volvemos a aplicar los cuestionarios de ansiedad rasgo - estado y de depresión (también de manera individual).

#### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS**

Para verificar si la población cuenta con una distribución adecuada aplicamos el test Kolmogorov-Smirnov (corroborar el grado de acuerdo entre los puntajes observados y la distribución teórica). Posteriormente empleamos el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSSPC) utilizando estadística no paramétrica con la prueba de Wilcoxon de rangos. Haciendo una comparación pre y post test, tanto del STAIC como del CDS.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

El programa de psicoterapia breve focalizada se inicia con 10 pacientes: 6 del sexo femenino y 4 del sexo masculino. Durante su transcurso uno de ellos se cambia al procedimiento de diálisis peritoneal, otro recibe un trasplante y un tercero no quiso finalmente participar en el mismo.

Por esta razón el programa lo llevamos a cabo con los 7 pacientes que quedaron en el programa de hemodiálisis: 4 (57.14%) de sexo femenino y 3 (42.86%) de sexo masculino. Todos ellos tenían entre 1 y 9 meses de haber comenzado su hemodiálisis.

La edad de los pacientes oscilaba entre los 9 años 4 meses y los 15 años 7 meses.

### ANÁLISIS CUANTITATIVO

Para verificar si la población contaba con una distribución adecuada aplicamos el test Kolmogorov-Smirnov que confirmó la misma.

Posteriormente aplicamos la prueba estadística no paramétrica de Rangos de Wilcoxon obteniendo los siguientes datos:

	Postest - Pretest <b>Ansiedad Estado</b>	Postest - Pretest <b>Ansiedad Rasgo</b>	Postest - Pretest <b>Respuestas Afectivas</b>	Postest - Pretest <b>Problemas Sociales</b>
<b>Z</b>	-1.362	-.632	-.687	-1.109
<b>Signif.</b>	.173	.527	.492	.268
	Postest - Pretest <b>Autoestima</b>	Postest - Pretest <b>Preocupación por la Muerte</b>	Postest - Pretest <b>Sentimientos de Culpabilidad</b>	Postest - Pretest <b>Depresivos Varios</b>
<b>Z</b>	-2.124	-.933	-.632	-1.187
<b>Signif.</b>	<b>.034</b>	.351	.527	.235
	Postest - Pretest <b>Total Depresivos</b>	Postest - Pretest <b>Animo Alegría</b>	Postest - Pretest <b>Positivos Varios</b>	Postest - Pretest <b>Total Positivos</b>
<b>Z</b>	-.524	-1.119	-1.947	-2.117
<b>Signif.</b>	.600	.263	.051	<b>.034</b>

A partir de estos datos podemos concluir que el programa de psicoterapia breve no disminuye de manera significativa los niveles de ansiedad y de depresión; sin embargo, dentro del cuestionario de depresión, la subescala de *Autoestima* y la escala general *Total Positivo* si presentan una diferencia estadísticamente significativa. En base a esto aceptamos la hipótesis nula que establece que el empleo terapéutico de un programa de psicoterapia breve focalizada no disminuye los niveles de ansiedad y de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis pero si, cabe resaltar, mejoran de manera importante algunos componentes que inciden en la depresión.

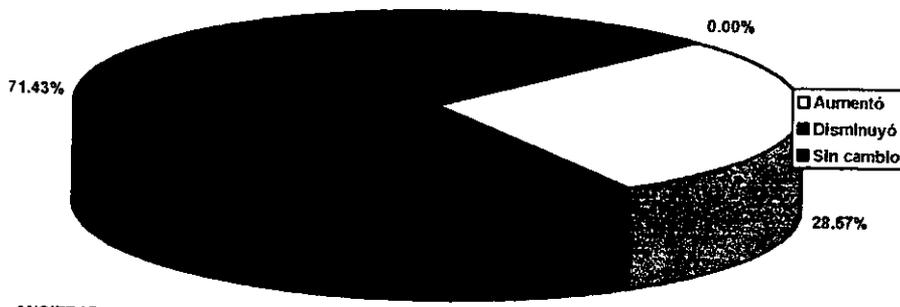
Si se observan los puntajes crudos obtenidos tanto en el pretest como en el postest, de la prueba de ansiedad de Spielberger, se aprecia que éstos tienden a disminuir principalmente en la escala de Ansiedad Estado (AE). Inicialmente esto es lo que se esperaba, sin embargo esta disminución no llegó a ser estadísticamente significativa.

A continuación mostramos una serie de cuadros, correspondientes a cada una de las escalas, en los que detallamos los puntajes obtenidos en ambos tests, así como la variación existente en el postest con respecto al pretest. (nota: esta variación la obtenemos considerando la puntuación del pretest con el 100%, mediante una regla de tres definimos el porcentaje de la puntuación del postest y posteriormente obtenemos la diferencia entre ambas)

En las graficas correspondientes a cada cuadro, señalamos los porcentajes de la población en los que se registra un aumento, una disminución o si permanecen sin cambio en sus puntajes.

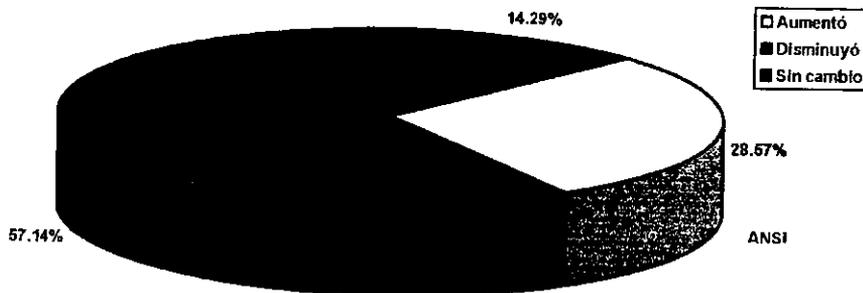
Cuadro 1: Ansiedad Estado (AE).

suj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
AE Pre	27	27	37	25	36	33	38	223/100
AE Post	25	25	40	26	34	21	27	198/88.79
variación	-7.4%	-7.4%	+8.1%	+4.0%	-5.5%	-36.4%	-28.9	-11.21%



Cuadro 2: Ansiedad Rasgo (AR).

suj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
AR Pre	42	37	36	28	30	29	37	239/100
AR Post	40	33	34	32	25	32	37	233/97.49
variación	-4.8%	-10.8%	-5.5%	+14.3%	-16.7%	+10.3%	0.0%	-2.51%



Con lo que respecta a la Ansiedad Rasgo (AR) también existe una disminución pero en porcentaje menor.

Siguiendo con la prueba de depresión, a continuación presentamos los resultados obtenidos en cada una de las subescalas que conforman dicho test, así como la variación existente entre los resultados. Las gráficas también

señalan los porcentajes de la población en los que se registran o no, los cambios.

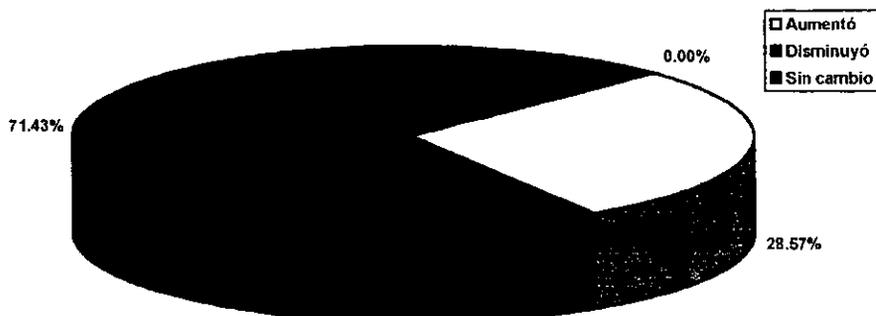
Cuadro 3: Respuestas Afectivas (RA).

subj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
RA Pre	29	23	25	18	16	10	25	146/100
RA Post	26	23	24	17	16	14	24	144/98.63
variación	-10.3%	0.0%	-4.0%	-5.6%	0.0%	+40.0%	-4.0%	-1.37%



Cuadro 4: Problemas Sociales (PS).

subj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
PS Pre	33	24	27	19	16	14	28	161/100
PS Post	31	21	25	23	12	12	29	153/95.0
variación	-6.0%	-12.5%	-7.4%	+21.0%	-25.0%	-14.3%	+3.6	-5.0%



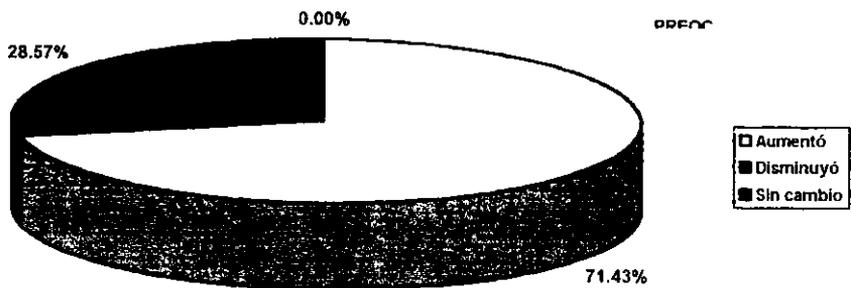
Cuadro 5: Autoestima (AE).

suj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
AE Pre	28	26	25	21	15	12	25	152/100
AE Post	29	24	20	20	10	10	22	135/88,8
variación	+3.6%	-7.7%	-20.0%	-4.8%	-33.3%	-16.7%	-12.0%	-11.2%



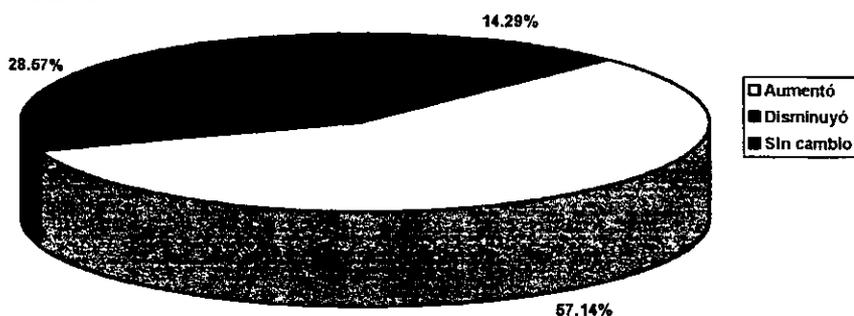
Cuadro 6: Preocupación por la Muerte (PM).

suj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
PM Pre	21	23	24	17	20	20	24	149/100
PM Post	23	17	23	16	24	11	22	136/91.3
variación	+9.5%	-26.0%	-4.2%	-5.9%	+20.0%	-45.0%	-8.3%	-8.7%



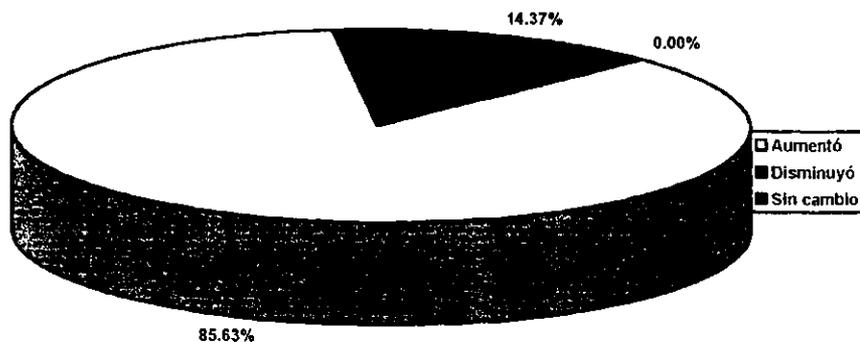
Cuadro 7: Sentimientos de Culpabilidad (SC).

subj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
SC Pre	33	26	22	19	16	16	30	162/100
SC Post	34	22	23	23	16	26	28	172/106.2
variación	+3.0%	-15.4%	+4.5%	+21.0%	0.0%	+62.5%	-6.7%	+6.2%



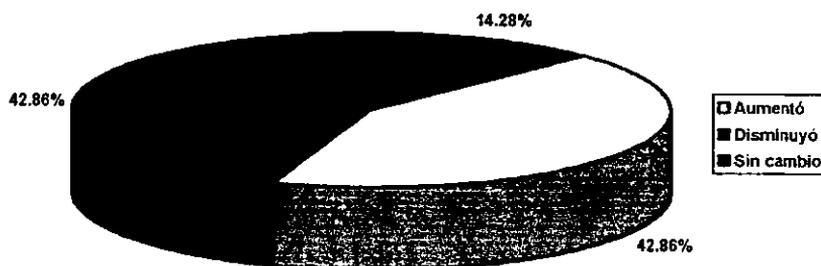
Cuadro 8: Depresivos Varios (DV).

subj	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
DV Pre	36	34	24	29	18	23	33	197/100
DV Post	41	26	27	32	23	25	34	208/105.6
variación	+13.9%	-23.5%	+12.5%	+10.3%	+27.8%	+8.7%	+3.0%	+5.6%



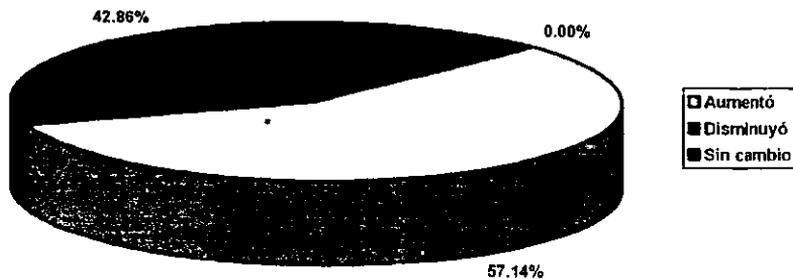
Cuadro 9: Total Depresivos (TD).

suje	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
TD Pre	180	156	147	123	101	95	165	967/100
TD Post	184	133	142	131	101	98	159	948/98.0
variación	+2.2%	-14.7%	-3.4%	+6.5%	0.0%	+3.1%	-3.6%	-2.0%



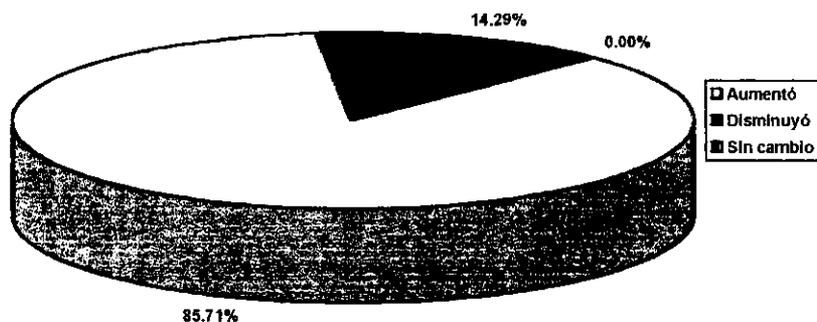
Cuadro 10: Animo Alegria (AA).

suje	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
AA Pre	25	29	26	28	27	27	27	189/100
AA Post	32	33	28	29	26	26	26	200/105.8
variación	+28.0%	+13.8%	+7.7%	+3.6%	-3.7%	-3.7%	-3.7%	+5.8%



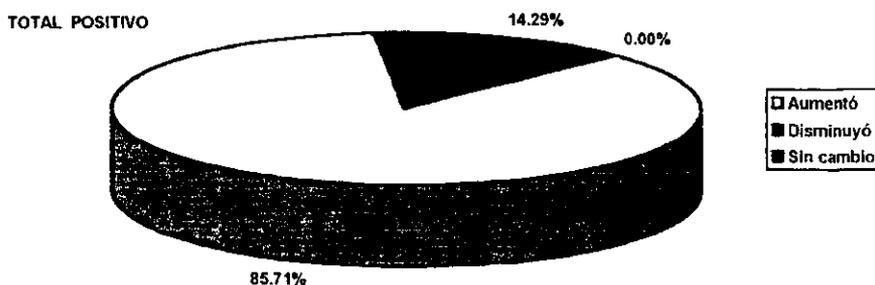
Cuadro 11: Positivos Varios (PV).

suje	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
PV Pre	39	37	35	40	29	33	34	247/100
PV Post	41	41	43	37	32	38	40	272/110.1
variación	+5.1%	+10.8%	+22.9%	-7.5%	+10.3%	+15.1%	+17.6%	+10.1%



Cuadro 12: Total Positivos (TP).

suje	1	2	3	4	5	6	7	$\Sigma$
TP Pre	64	66	61	68	56	60	61	436/100
TP Post	73	74	71	66	58	64	66	472/108.3
variación	+14.1%	+12.1%	+16.4%	-2.9%	+3.6%	+6.7%	+8.2%	+8.3%



### ANÁLISIS CUALITATIVO

Los dos cuadros que a continuación presentamos, nos muestran los “diagnósticos” obtenidos por cada uno de los sujetos en las escalas y subescalas de ambos tests; son catalogados como “altas” las puntuaciones que

oscilan entre los percentiles 80 y 100; “arriba M” (arriba del promedio) a los percentiles entre 60 y 75; “media” a los percentiles entre 45 y 55; “abajo M” (abajo del promedio) a los percentiles entre 25 y 40; “baja” a los percentiles entre 0 y 20.

Cuadro 13: STAIC

Suj/esc	Pretest Ansiedad Estado	Postest Ansiedad Estado	Pretest Ansiedad Rasgo	Postest Ansiedad Rasgo
1	Baja	baja	arriba M	arriba M
2	Baja	baja	media	abajo M
3	Alta	alta	arriba M	Media
4	Baja	baja	baja	abajo M
5	Alta	arriba M	baja	Baja
6	Alta	baja	baja	abajo M
7	Alta	baja	arriba M	arriba M

Cuadro 14: CDS

Esc / suj	1	2	3	4	5	6	7
RA pre	alta	baja	media	baja	arriba M	abajo M	arriba M
RA post	arriba M	baja	media	baja	arriba M	baja	arriba M
PS pre	alta	baja	abajo M	baja	arriba M	baja	arriba M
PS post	alta	baja	abajo M	baja	arriba M	abajo M	media
AE pre	arriba M	baja	arriba M	baja	media	abajo M	media
AE post	arriba M	baja	abajo M	baja	abajo M	abajo M	abajo M
PM pre	media	abajo M	arriba M	abajo M	arriba M	abajo M	arriba M
PM post	arriba M	baja	abajo M	arriba M	arriba M	baja	arriba M
SC pre	alta	baja	media	baja	arriba M	baja	abajo M
SC post	alta	media	abajo M	baja	arriba M	abajo M	abajo M
DV pre	arriba M	baja	arriba M	baja	arriba M	abajo M	baja
DV post	alta	baja	baja	baja	arriba M	media	baja
TD pre	alta	baja	arriba M	baja	arriba M	baja	arriba M
TD post	alta	baja	abajo M	baja	arriba M	abajo M	abajo M
AA pre	baja	baja	abajo M	baja	baja	abajo M	baja
AA post	media	baja	arriba M	baja	baja	abajo M	abajo M
PV pre	arriba M	abajo M	media	baja	abajo M	arriba M	abajo M
PV post	arriba M	arriba M	arriba M	baja	arriba M	media	alta
TP pre	abajo M	baja	abajo M	baja	baja	media	baja
TP post	arriba M	abajo M	arriba M	baja	abajo M	abajo M	arriba M

En los cuadros anteriores podemos ver que los pretests en su mayoría presentan puntuaciones bajas y dada la situación de enfermedad grave y tratamientos agresivos que tienen que enfrentar los pacientes y observando las características de esta población, podemos inferir que presentan una gran resistencia a expresar sentimientos, ideas asociadas con esto o desinterés, hecho que coincide con lo encontrado en otras investigaciones (Blum, 1996). Pensamos que por esta razón en el nivel cuantitativo no se reflejó una disminución significativa, sino que en ocasiones se observa, incluso, una elevación de las puntuaciones. Por lo tanto, estos resultados podrían ser consecuencia de la expresión de ideas y sentimientos que promueve el programa de psicoterapia breve focalizada, al mismo tiempo que despierta un mayor interés en participar en las actividades del mismo. Esto se corrobora con el hecho de que aumenta la autoestima y los puntajes positivos se elevan de manera importante.

En lo que respecta a la ansiedad, en la escala Ansiedad Rasgo (AR) se observa que en los sujetos que obtuvieron puntajes en el rango de la media hacia arriba, en el postest disminuyen sus niveles o al menos no se incrementan, en cambio, los puntajes registrados como bajos se incrementan a excepción de uno. En contraste, en la escala Ansiedad Estado (AE) los valores se distancian mucho, es decir o se catalogan como altos o como bajos; éstos últimos no varían en el postest, en tanto que los puntajes altos en su mayoría disminuyen, incluso de manera marcada.

Estos resultados indican que la mayoría de estos pacientes presentan de entrada niveles de ansiedad muy bajos, lo que contrasta con lo obtenido por otros investigadores (Miñarro, 1985), pero sobretudo con lo expresado posteriormente por los mismos pacientes durante algunas sesiones del programa de psicoterapia.

Por ejemplo, cuando se habló de situaciones o cosas que no gustaban en la vida cotidiana, algunos expresaron que no les agradaban las cosas que tuvieran que ver con agujas y piquetes, así mismo señalaban como gratas algunas cosas o situaciones, que debido a su enfermedad, han tenido que dejar de hacer o no pueden ya realizar. Al revisar los aspectos negativos del hospital y la hemodiálisis la mayoría reitera que los piquetes son una de las situaciones más desagradables que tiene que afrontar. Incluso cuando se llevó a cabo la sesión donde tenían que representar de manera tangible su miedo, una de las pacientes

elaboró con plastilina cada una de las agujas que se llegan a emplear en el área de hemodiálisis.

Aunque manifiestamente no logramos el objetivo central del trabajo, sí pudimos observar y comprobar que el movimiento físico y psíquico inherente a las tareas propuestas elevó, por su parte, la autoestima de los enfermos.

Durante la aplicación del programa de psicoterapia, algunas madres reportaron espontáneamente un cambio de actitud por parte de sus hijos, señalaron que no sabían con exactitud en qué consistía el cambio, pero describieron a sus hijos con una actitud más positiva en general.

El personal de enfermería refirió tener menos “problemas” con los pacientes, estando éstos con una conducta menos demandante y conflictiva durante la hemodiálisis.

Como se ha visto en otras investigaciones y en ésta, los programas de psicoterapia breve son una herramienta útil dentro de instituciones hospitalarias (Navarrete, 1998).

Ante la constante situación a la que se ven sometidos este tipo de pacientes, el abrir canales y espacios en donde se les facilite hablar de todo aquello que habitualmente callan permite que haya una catarsis y que comiencen a identificar y sobretodo, nombrar algunos elementos que forman parte de su identidad. Consideramos que al “apalabrar” sensaciones, sentimientos y situaciones (externas-internas) las van transformando en propias, lo que les permite contrarrestar aunque más no sea parcialmente el extrañamiento de y hacia su cuerpo y la enorme dependencia de la máquina y el hospital. Lo cual les permitirá, a su vez, recuperar su identidad (y no sólo la del enfermo) y posibilitará una mejor y más activa aceptación del padecimiento.

El implementar este tipo de programas en áreas donde se están llevando a cabo tratamientos de un impacto tal como la hemodiálisis, permite por un lado, “atacar” en el momento preciso aquellas situaciones que generan algún tipo de conflicto en los pacientes, por otro lado, con las actividades lúdicas y recreativas, permite sobrellevar de manera más grata y reconfortante los largos

períodos de tiempo que el paciente debe permanecer conectado al riñón artificial, por el otro, se contrarresta una de las principales formas de defensa de este tipo de población que consiste en no asistir a sus citas en el departamento de psicología aunque sus conflictos resulten evidentes para el entorno inmediato.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Con lo que respecta a la muestra, el análisis de los resultados indica que a pesar de ser un solo grupo de estudio, la población contó con una distribución adecuada, para ello empleamos el test Kolmogorov-Smirnov (corroboró el grado de acuerdo entre los puntajes observados y la distribución teórica).

El tamaño de la muestra es pequeño ( $N= 7$ ) sin embargo abarcamos a todos los pacientes que asisten a hemodiálisis en una institución (en este caso el I.N.P.), en un tiempo determinado. Con frecuencia las investigaciones clínicas sobre tratamientos psicoterapéuticos en instituciones hospitalarias refieren pequeñas muestras, tanto de pacientes renales como de pacientes con otros padecimientos (Fava, 1988; Warady, 1992; Almanza, 1995; Navarrete, 1998).

En este tipo de investigaciones es difícil tener en un solo estudio, muestras lo suficientemente grandes como para que la estadística logre reflejar los cambios ocurridos a nivel clínico. En el caso de este estudio específicamente el tamaño de la muestra implica una limitación en la forma de interpretar y generalizar los resultados, pero no por ello los resultados dejan de tener importancia.

Es necesario tener en cuenta que en los estudios de tipo clínico en los cuales se somete a un grupo de pacientes a un tratamiento determinado, lo más probable es que la muestra va a ser relativamente pequeña, por lo que hay que buscar otras alternativas para el análisis de datos.

Para los 2 instrumentos aplicados utilizamos la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon de rangos. En el cuestionario ansiedad estado - rasgo no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas. En el C.D.S. sólo obtuvimos estas diferencias en una de las escalas totales (total positivo) y en una de las subescalas (autoestima). De interpretarse este análisis literalmente concluiríamos que el programa de psicoterapia produjo cambios mínimos en los pacientes y por lo tanto, los objetivos planteados no se concretaron.

A lo largo de las 12 sesiones de trabajo observamos cambios notorios tanto en áreas que el instrumento mide directamente como en áreas que no lo hace, mismas que iremos describiendo más adelante.

Habiendo observado estos cambios y tratando de explicarlos de una manera cuantitativa analizamos el porcentaje de pacientes que incrementaron en el postest sus puntuaciones, esto permite, si bien de manera muy simple, tratar de encontrar una tendencia que ayude a explicar alguno de estos cambios.

Un ejemplo de ello es la escala ansiedad estado donde el 71.43% de los pacientes mejoró su puntuación en el postest. Hay estudios que reportan que esta área mejora notablemente como consecuencia de tratamientos psicoterapéuticos (Almanza, 1995, Martorelli, 1998). Cabe señalar que el 42.86% de los pacientes reportó en el pretest una ansiedad baja misma que disminuyó en el postest. Esto nos lleva a confirmar el reporte de algunas investigaciones en considerar a este tipo de población como pacientes con un alto grado de resistencia y/o desinterés. (Blum, 1996).

Pensamos que el programa psicoterapéutico apunta hacia la disminución de la ansiedad sólo que la duración del mismo resulta corta para contrarrestar factores tan arraigados.

Poner "activos" a los pacientes interrumpe la inhibición psicomotriz, factor importante en la depresión (Bleichmar, 1976), y eleva de manera importante la autoestima y los aspectos positivos de los pacientes. En la escala ánimo alegría el 57.14% de los pacientes mejoró sus puntuaciones y en la escala positivo varios el 85.71% teniendo un grado de significancia de 0.051.

Algo que nos llamó la atención fue que tanto en la subescala sentimientos de culpabilidad como en la depresivos varios los porcentajes en lugar de disminuir aumentaron. Para la primera, el 57.14% de los pacientes elevaron sus puntuaciones y para la segunda el 85.63%.

Revisando las puntuaciones de los pacientes, gran parte de ellos reportan en el pretest puntuaciones muy bajas en estas subescalas, al aplicarles el postest estas puntuaciones se elevan sin embargo la mayoría no pasa del percentil 50 correspondiente a la media. Basándose en esto, pensamos que el programa es

un precursor que “rompe” con la resistencia que tienen estos pacientes para expresar realmente lo que sienten.

Entre otros aspectos que se modifican a raíz del establecimiento del programa se encuentra la actitud demandante del paciente el cual suele recurrir a la enfermera para satisfacer esta necesidad, es común ver que los pacientes llamen continuamente a la enfermera con cualquier motivo, con el programa, al estar cubierta la demanda de atención, disminuyen notablemente estos llamados, situación que fue percibida por las mismas enfermeras.

Aunque éste trabajo no lo consideró, podría evaluarse la actitud del paciente fuera de la institución, quizá el empleo del tiempo libre, la calidad de vida, etc. Esto como reflexión a los comentarios que algunas madres le hicieron a la psicóloga adscrita sobre la actitud de sus hijos(as), en los que referían que a raíz de los “juegos” (sic) realizados en hemodiálisis los niños salían de otro humor y que notaban un cambio en ellos, que no sabían exactamente en qué consistía este cambio pero que era positivo.

El empleo de programas de psicoterapia breve en instituciones hospitalarias en nuestro país es relativamente nuevo. El presente trabajo hace una descripción de su empleo con pacientes pediátricos dignosticados con insuficiencia renal crónica terminal y que se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis, permite afirmar (a pesar de que los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas) que implementarlos con este tipo de pacientes es útil. Esta afirmación se basa en el análisis cualitativo que hicimos a partir de las observaciones hechas durante las 6 semanas que duró el programa. Del trabajo realizado es posible sacar las siguientes conclusiones:

La psicoterapia breve grupal es una técnica efectiva en el tratamiento de los niños que padecen insuficiencia renal crónica y asisten a hemodiálisis. De los dos instrumentos empleados, solamente en el CDS observamos cambios estadísticamente significativos en una subescalas y en una escala total:

- + Autoestima.
- + Total Positivos.

A lo largo del tratamiento se observó que los pacientes modificaron y mejoraron su forma de relacionarse con otros miembros del grupo.

En un principio, los pacientes se hablaban solamente y poco, antes y después de la hemodiálisis, durante ésta, cada uno de ellos permanecía aislado, casi siempre optaban por dormirse durante todo el tratamiento, cuando no lo hacían, escuchaban esporádicamente música o leían algún cuento, siempre de manera individual. Posteriormente al irse integrando a través de las actividades conjuntas, interactuaban más entre ellos, participaban voluntariamente y esto se extendía a tiempos fuera del programa terapéutico. Llegó a consolidarse un grupo de tres pacientes que empezaron a entablar una muy buena relación.

Cuando se les pedía alguna opinión personal prácticamente nadie la daba, poco a poco y a medida que fue avanzando el programa este tipo de intervención se fue modificando. Algunos pacientes daban su punto de vista espontáneamente, con otros era necesario preguntarles directamente y aunque en ocasiones se rehusaban a hacerlo, por supuesto se respetaba tal decisión, al menos ya manifestaban verbalmente su negativa.

El proponer actividades en las que puedan participar directamente, pese a su condición de estar casi inmóviles en su cama o sillón, entusiasma mucho al niño y adolescente. Entre las actividades que prefirieron está el dibujar con acuarelas, jugar con plastilina, armar rompecabezas, jugar maratón y jugar memorama, en todas ellas implica mantenerse activo, estar “despierto”, en el más amplio sentido del término.

Pudieron verbalizar temores y referirse a las acciones inherentes a la hemodiálisis que más angustia les generan. Describieron a los “piquetes” como el factor más temible, como lo menciona Grunberg (1976). El poder verbalizar y compartir esto con el psicólogo representa una gran ayuda puesto que en la sala, hasta el momento de desarrollar este programa sólo se encontraban las enfermeras y los médicos siendo ellos quienes precisamente les “ocasionan” este dolor.

Existió diferencia en la forma de trabajar de los diferentes miembros del grupo, algunos estuvieron más involucrados que otros en el proceso terapéutico. El interés e involucramiento variaban con las distintas

actividades: en un principio muchos de los pacientes se mostraron dudosos de participar, pero a medida que transcurría el proceso fueron trabajando más y mejor, les llamaban más la atención los juegos y en las actividades donde tenían que expresar lo que pensaban o sentían presentaban mayores dificultades.

El trabajar dentro de la misma área de hemodiálisis contrarresta al 100% la inasistencia del paciente a la consulta psicológica, no así su resistencia a expresar lo que siente y lo que le pasa. El hecho de sentirse acompañado y de escuchar a otros enfermos expresar algo que a ellos también les sucede, sí disminuye esta resistencia.

Una de las aportaciones de este trabajo es la descripción de la psicoterapia breve en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica dentro del área de hemodiálisis. En este sentido cabe mencionar además de las consideraciones de tipo terapéutico, (técnica terapéutica, manejo del grupo, etc.), la importancia de conocer qué tipo de actividades se pueden usar y las técnicas e intervenciones que son adecuadas para la población con la que se trabaja, es este caso con niños y adolescentes que padecen insuficiencia renal crónica terminal.

Conocer el rango de edades de los pacientes con quienes se va a trabajar permite planear las actividades donde puedan participar todos.

En general, los pacientes muestran cierta flexibilidad para experimentar con materiales novedosos y en ocasiones se muestran dispuestos a intentar cualquier actividad, siempre y cuando tenga sentido para ellos.

Las actividades tienen que adaptarse a las habilidades físicas de los pacientes, recordemos que la mayoría de ellos utiliza una sola mano debido a su conexión con la máquina de diálisis.

Las actividades deben estar encaminadas al éxito del paciente entendiendo por ello que al mismo tiempo que se logra el objetivo terapéutico, el paciente realiza la actividad con cierto grado de gratificación. Porque si la frustración es la experiencia más frecuente, es muy posible que los participantes desistan.

Cuando se trabaja en grupo con niños y/o adolescentes con enfermedades crónicas, si bien la población es homogénea en cuanto al padecimiento, presentan, como es lógico suponer, diferencias personales mismas que deben ser tomadas en cuenta. Es importante por una parte plantear y trabajar los objetivos terapéuticos del grupo en su conjunto y al mismo tiempo tomar en cuenta las necesidades y características de cada paciente en particular.

Resulta conveniente, así mismo empezar la sesión con alguna actividad o juego que los integre como grupo y les permita incrementar su confianza y disminuir la resistencia.

Es necesario tomar en cuenta la duración de las actividades debido a las rutinas propias del procedimiento y hospitalarias en general, las diferencias individuales y utilizar el tiempo “libre” en el que coinciden todos los pacientes durante la sesión de hemodiálisis, que en promedio suele ser de una hora y media.

Por último, en un breve cuestionario que respondieron los enfermos al final del programa de psicoterapia breve focalizada, la mayoría contestó que les gustaría una continuidad del mismo y mencionan que lo que más aprendieron es que la comunicación es muy importante para todos y para todo.

## **CAPITULO VI**

### **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Este estudio presenta una serie de limitaciones, especialmente en la metodología:

Como diseño de un solo grupo con pretest y postest, no es adecuado para el establecimiento de relaciones entre la variable independiente y la variable dependiente. Este tipo de diseño es vulnerable en cuanto a la posibilidad de control y validez interna.

Es importante hacer un seguimiento de los pacientes para saber si lo trabajado durante el programa se generaliza a la vida diaria y persiste en el tiempo.

La selección de la muestra tendría que haber sido metodológica e idealmente aleatoria, aunque esto es prácticamente imposible debido al número de sujetos que asisten al programa de hemodiálisis en correspondencia con la cantidad de máquinas (riñones artificiales) existentes en la institución hospitalaria.

La muestra fue muy pequeña (N=7) por la misma situación y el hecho de que los pacientes asisten al programa dos o tres veces por semana.

El tiempo que duró el programa de psicoterapia breve focalizada resultó ser demasiado breve en relación con los objetivos propuestos.

Basándonos en todo lo anterior planteamos para futuras investigaciones las siguientes sugerencias:

El implementar este tipo de programas con otras poblaciones de pacientes crónicos que también acuden a largos y cansados tratamientos de rehabilitación (hematología, oncología) permitiría contar con una población más amplia y tener tal vez así un grupo control que permita darle una mayor validez interna al programa. Aunque quizás, desde el punto de vista ético, esto podría ser discutible.

Otra manera de ampliar la muestra sería implementar el programa en varias instituciones.

Sería importante que el programa de psicoterapia breve focalizada fuera conducido por dos psicólogos con el fin de tener una mayor posibilidad de ayudar y disminuir las limitaciones físicas de los pacientes y contar con una observación más completa del desarrollo de las sesiones y elaborar un mejor análisis post-sesión.

Desarrollar, así mismo un programa más extenso, permitiría focalizar de una manera más eficiente los objetivos “a alcanzar”.

Pensamos además que:

Podrían elaborarse programas similares para población adulta.

Dados los resultados de éste y otros estudios sería conveniente incluir en la evaluación y plantear entre los objetivos, la autoestima del paciente como instrumento y problemática específicos.

Por último y de manera esencial creemos que estimula el uso, investigación y/o creación de programas psicoterapéuticos para pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.

Dado que en la literatura no encontramos referencias directas sobre este tipo específico de investigación e intervención, consideramos que es un primer paso del que esperamos, se deriven estudios más profundos.

## BIBLIOGRAFÍA

Abram, H. S., Moore, G. L., y Westervelt, F. B. (1971). *Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients*. Amer. J. Psychiat. 127 (9): 1199-1204.

Aghanwa, H. S., Morakinnyo, O. (1997). *Psychiatric Complications of Hemodialysis at a Kidney Center in Nigeria*. J. Psychosom. Res. May; 42(5): 445-451.

Aguilar, A. (1992). *Un Índice Fisiológico de la Angustia*. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 10: 99 - 109.

Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.

Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. (1982). *Manual de Psicopatología del Niño*. Barcelona: Masson.

Almanza, M. J., Blum, G. B., y cols. (1995). *Psicoterapia de Grupo con Pacientes Renales*. Rev. Sanid. Milit. Mex. 49 (5) Sept - Oct: 127-130.

American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

AMPRAC (1999) *Asociación Mexicana Protrasplante Renal A. C.*  
geocities.COM [Online], Disponible en  
<http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac.html> [10 Julio 1999]

Bellak, L.; Small, L. (1965). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Pax-México.

Bergstein, J. M. (1992). *Sistema Urinario y Ginecología Pediátrica*. En: Behrman, R. E.; Kliegman, R. M.; Nelson, W. E.; Vaughan III, V. C. (eds). Nelson Tratado de Pediatría Decimocuarta Edición, Vol. II. México: Interamericana McGraw - Hill.

- Bernstein, D. A.; Nietzel, M. T. (1988). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw Hill.
- Bleichmar, H. B. (1976). La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Blum, B.; Gordillo, G.; Robles de Fabre, T; Huazo, C. (1982). Fantasías de Muerte en un Grupo de Niños Urémicos. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. vol. 39: 187 - 196
- Blum, B.; Gordillo, P. G. (1989). Problemática Psicosocial del Niño con Enfermedad Crónica. Bol Hosp. Inf. Mex. vol. 46: 352 - 359.
- Blum, B.; Gordillo, P. G.; Grunberg, J. (1996). Psiconefrología y Econefrología. En: Gordillo, P. (edit). Nefrología Pediátrica. México: Doyma Libros.
- Campo, E.; Carrera, M. (1987). Anatomía e Histología del Aparato Urinario. En: Romero, R.; Caralaps, R. (edits). Infección Urinaria. Barcelona: Doyma Libros.
- Carpenter, C. B.; Lazarus, J. M. (1987). Diálisis y Trasplante en el Tratamiento de Insuficiencia Renal. En: Braunwald, E. (edit). Harrison: Principios de Medicina Interna. Vol. II. México: Interamericana McGraw - Hill.
- Cruz, J. C.; Morales, M. J.; Ramirez, O. B. (1996) Validez, Confiabilidad y Normas del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Diez, C. (1990). Clasificación de los Trastornos de Ansiedad. En: Vallejo, R. J.; Gastó, F. C. (edits). Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Masson.
- Eustace, J. R. (1986). Hacia un Enfoque Terapéutico con Niños Enfermos Renales y sus Familias. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

- Fava, M., Serafini, E., y cols. (1988). Hyperprolactinemia and Psychological Distress in Women Undergoing Chronic Hemodialysis. Psychoter. Psychosom. 49:6-9.
- Feixas, G.; Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la Psicoterapia. Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Ferraris, J. R. (1992). Trasplante Renal. En: Cedrato, A. E.; Ferrero, N. A.; Ray, C. A. (edits) Pediatría. Buenos Aires: El Ateneo.
- Fiorini, H. J. (1973). Teoría y Técnicas de Psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.
- García de la Puente, S.; Villegas, P. J.; Zaltzman, S. (1991). Principios Generales sobre Diálisis. En: Peña, J. C. (edit). Nefrología Clínica. México: Editorial Méndez Oteo - Méndez Cervantes.
- Garfield, S. L. (1979). Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta. México: Manual Moderno.
- Garrabé, J. (1993). Diccionario Taxonómico de Psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica.
- Garza, T. E. (1996). Disminución de la Angustia utilizando Conceptos Psicoanalíticos y Autohipnosis. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- González, F. L. (1979). Algunos Aspectos Intelectuales y Emocionales del Niño con Insuficiencia Renal Crónica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gordillo, G. P. (1996). Nefrología Pediátrica. México - Barcelona: Doyma Libros.
- Grunberg, J. y col. (1976). Repercusiones Psíquicas de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Nefrología Pediátrica. En: Mota, F. (edit) Tópicos Selectos de Nefrología. Libro Conmemorativo del XXX Aniversario

de la Recepción Profesional del Dr. Gustavo Gordillo P. México: Nueva Editorial Interamericana.

Heiblum, M. H., y Sacal, S. Y. (1988). Trastornos Afectivos en Pacientes que sufren Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. Tesis de Licenciatura. Universidad del Nuevo Mundo. D.F.

Huazo, C. (1983). Imagen Corporal en Niños Urémicos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Jackson, S. W. (1989). Historia de la Melancolía y la Depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos a la Epoca Moderna. Madrid: Turner.

Kaplan De-Nour. A. (1979). Adolescents' Adjustment to Chronic Hemodialysis. American Journal of Psychiatry 136:4A 430-433.

Klein, M. (1988). Envidia y Gratitud y otros Trabajos. Obras Completas. México: Paidós.

Klein, R. H. (1996). Terapia Breve de Grupo. En: Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (edits) Terapia de Grupo. Tercera Edición. Madrid: Médica Panamericana.

Koch, U., Muthny, F. A. (1990). Quality of Life in Patients with End-Stage Renal Disease in Relation to the Method of Treatment. Psychother Psychosom. 54:161-171.

Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1971). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor.

Laplanche, J. (1980). La Angustia. Problemáticas I. Buenos Aires: Amorrortu.

Ledingham, J. G. (1981). Insuficiencia Renal Crónica. En: Black, S. D.; Jones, N. F. (edits). Enfermedades Renales, Segunda Edición. España: Espaxs.

Levy, N. B. (1979). Psychological Problems of the Patients on Hemodialysis and their Treatment. Psychother. Psychosom. 31 (1-4): 260 - 266

- Levy, N. B. (1996). Psicología y Rehabilitación. En: Daugirdas, J. T., Ing, T. S. (eds). Manual de Diálisis. Barcelona: Masson-Little Brown.
- Lewis, A. (1970). The Ambiguous Word Anxiety. International Journal of Psychiatry. 9: 62 -79.
- Lipkin, G. B.; Cohen, R. G. (1984). Atención Emocional del Paciente. México: La prensa Médica Mexicana.
- López, E. M. (1988). Normalización del Inventario Ansiedad Rasgo - Estado en la Población de Tijuana, Baja California. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de Guadalajara.
- López, U. A. (1975). Indicaciones para el Uso de la Hemodiálisis en Pacientes Pediátricos. Revista Mexicana de Pediatría. Mayo-Junio. 44: 231-237.
- Lopez-Uriarte, A.; Ojeda, D. S.; Ramos, C. P.; Camarena, R. A.; Ledón, V. S.; López, G. C.; Vargas, R. R. (1983). Hemodiálisis Periódica en Niños. Experiencia de 14 años. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. Vol 40 nov. 650 - 655.
- Martorelli, A., Pechón, C., y Mustaca, A. E. (1998). Gimnasia Expresiva y Autoestima en Pacientes con Hemodiálisis Crónica. Psicología.COM [Online], 2, (2), 20 párrafos. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art\\_2.html](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_2.html) [1 Julio 1999]
- Medica Sur. (1998). Clinicas y Unidades. [Online] Disponible en <http://rtn.net.mx/medsur/clinicas/hemodial/intro.html> [9 Febrero 1998]
- Mejías, V. J. (1988). Diagnóstico de Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Programa de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Tesis de Posgrado, Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.
- Mejías, V. J. (1994). Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Diálisis y Hemodiálisis. Psiquiatría. Epoca 2; 10 (3): 75-79.

Mesa, P. (1991). Consecuencias Psicológicas y Psicopatológicas de la Hospitalización en la Infancia. En: Buendía, J. (edit) *Psicología Clínica y Salud*. Desarrollos Actuales. España: Universidad de Murcia.

Miñarro, L. J.; Simón, P. V.; Castaño, L. D. (1985). Estudio de la Ansiedad en Pacientes en Hemodiálisis y Trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada* vol. 40(2) : 317 - 329.

Morgan, T. O.; Ryan, G. B.; Barrat, L. J. (1990). Anatomía y Fisiología Renal. En: Whitworth, J. A.; Lawrence, J. R. (edits). *Enfermedades Renales*. México: Manual Moderno.

Mota, F. (1991). Anatomía y Embriología. En: Peña, J. C. (edit). *Nefrología Clínica*. México: Editorial Méndez Oteo - Méndez Cervantes.

Navarrete, C. P. (1998). Estudio con Madres de Niños con Labio y Paladar Hendidados Mediante la Utilización de Psicoterapia Breve. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Ochoa, E. (1991). Insuficiencia Renal Crónica. En: Meneghello, R. J.; Fanta, N. E.; Paris, M. E.; Rosselot, V. J. (edits). *Pediatría*, Cuarta Edición Vol. II. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterraneo.

Organización Mundial de la Salud, (1993). CIE 10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.

Phares, E. J. (1996). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. México: Manual Moderno.

Raney, D. F. (1997). Conducta Pediátrica, Psicosocial y Psiquiátrica. En: Kaplan, D. W., Rosenberg, A. A. (edits) *Manual de Pediatría* 14ª edición en Español. México: Manual Moderno.

Reforma (1999). Impulsa Fideicomiso Donación de Organos. 2 de octubre 2-A.

Registro de Diálisis y Trasplantes. (1997)

Repetto, H. (1992). Insuficiencia Renal Crónica. En: Cedrato, A. E.; Ferrero, N. A.; Ray, C. A. (edits) *Pediatría*. Buenos Aires: El Ateneo.

Robles de Fabre, T. (1985). Proposición de un Modelo para Trabajar con Familias de Niños con Insuficiencia Renal Crónica de Origen Marginado o Campesino. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Robles de Fabre, T., Blum, G. B., Gordillo, P. G., y Eustace, J. R. (1982). Tecnología Moderna, Pacientes Tradicionales. Bol. Méd. Hosp. Infant. Mex. vol. 39 (7) 469-472.

Sánchez de Ita, J. C. (1996). El Autoconcepto del Adolescente con Trasplante Renal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Small, L. (1972). Psicoterapias Breves. Barcelona: Gedisa.

Spielberger, C. D. (1975). IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. México: Manual Moderno.

Spielberger, C. D. (1990). STAIC Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado Rasgo en Niños. Madrid: TEA Ediciones.

Ustariz, A. G. (1993). Jóvenes, Adultos y Relaciones Familiares en Psicoterapia de Grupo Breve con Objetivos Focalizados. Tesis de Especialidad. Facultad de Psicología. UNAM.

Velasco, C. M. (1980). Algunos Aspectos del Rendimiento Intelectual del Niño con Insuficiencia Renal Crónica. Influencia de los Factores Emocionales y de la Cronicidad del Padecimiento. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM

Venkatachalam, M. A. (1984). Anatomía e Histología del Riñón. En: Stein, J. H. (edit). *Nefrología*. Buenos Aires: El Ateneo.

Vinnancia, S., Mendoza, M. M., y Torres, G. (1991). Efectos de un Programa de Terapia Combinada de Autocontrol, sobre la Disminución de la Ansiedad

en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. Revista Latinoamericana de Psicología. 10: 87-97.

Warady, B. A., Carr, B., Hellerstein, S, Alon, U. (1992). Residential Summer Camp for Children with End-Stage Renal Disease. Child Nephrol Urol. 12: 212-215.

Zaltzman, G. S., Ruiz, S. O., y cols. (1980). Manejo del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en el Instituto Nacional de Pediatría, D.I.F. Rev. Invest. Clín. 32: 443-449.

Zaltzman, G. S.; García de la Puente, S. (1976). Hemodiálisis en Pediatría. En: Mota, F. (edit). Tópicos Selectos de Nefrología, Libro Conmemorativo del XXX Aniversario de la Recepción Profesional del Dr. Gustavo Gordillo P. México: Nueva Editorial Interamericana.

Zaltzman, G. S. (1996). Entrevista realizada en el Instituto Nacional de Pediatría.

## ANEXO

### PROGRAMA DE PSICOTERAPIA BREVE FOCALIZADA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE ESTÁN BAJO TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

#### SESIÓN 1

##### “El Encuadre”

###### *Objetivos específicos:*

Lograr que los pacientes conozcan el programa terapéutico, establecer las “reglas” con que se va a desarrollar y mostrar la importancia de la participación de todos ellos.

###### *Procedimiento:*

De manera grupal se les comunicará a los participantes el objetivo de formar un programa psicológico con técnicas lúdicas y recreativas, el cual busca un bienestar durante la hemodiálisis, y que para lograrlo, tendrán que dar sus opiniones y puntos de vista.

No se les mencionará directamente el objetivo de disminuir la angustia y la depresión; con el propósito de evitar que ésta información influya en el resultado del postest por un lado, y por el otro, para que posteriormente ellos mismos se den cuenta de este proceso.

Se les explicarán las actividades que habrá durante el programa con el fin de que lo conozcan y puedan expresar su opinión acerca de éstas. Existen dos sesiones en las que se proyectarán películas, ellos serán los encargados de escoger los títulos con el objeto de que se den cuenta que participan directamente en el programa; por esto también se integrarán sus sugerencias, lo cual redundará en la confianza y participación de ellos.

Una vez que conocieron el programa y exteriorizaron sus opiniones y/o sugerencias, estableceremos las “reglas del juego” que consistirán principalmente en:

Fijar los días y el horario en que vamos a trabajar: Lunes y Martes; y Jueves y viernes de 9:00 a 11:00 hrs aproximadamente. (Son 2 días para cada sesión con el fin de abarcar a todos los pacientes que asisten a hemodiálisis; y comenzaremos a las 9:00 porque a esa hora todos los pacientes ya fueron “conectados” y terminaron su desayuno).

Respeto hacia lo que se hace o se dice por parte de todos los integrantes y confianza para participar libremente.

Ya habiendo establecido estos parámetros con los que nos vamos a regir, iniciaremos una dinámica que consiste en que a cada participante se le proporcionará un rompecabezas incompleto, el cual tratarán de armarlo. Una vez que todos embonaron la mayor cantidad de piezas posibles y se hallan dado cuenta de que esta incompleto, cada cual expresará su sentir ante esta situación.

Es aquí en donde empezaremos a reforzar las participaciones, con el fin de proporcionar confianza para hablar y relacionaremos la importancia que tiene cada pieza para armar el rompecabezas con la importancia que cada integrante tiene para el buen funcionamiento del grupo.

## SESIÓN 2

### “La Presentación”

#### *Objetivos específicos:*

Lograr la integración del grupo, facilitar la apertura individual y la expresión de sentimientos.

#### *Procedimiento:*

A cada participante se le proporcionarán revistas, tijeras, colores, resistol y un pedazo de cartulina; se les pedirá que recorten<sup>1</sup> y/o dibujen en la cartulina, “cosas” que les gusten, con lo que se sientan identificados, que les llame la atención, etc., una vez transcurrido determinado tiempo, (30 minutos aproximadamente) se les pedirá que anoten su nombre en la parte superior; y cada uno les mostrará a los demás sus recortes y/o dibujos, explicando el motivo de porqué lo pusieron ahí, es decir, de manera un poco sublime se irán presentando. Cuestionaremos si fue difícil el preguntarse ¿qué les gusta? o si fue difícil encontrar el recorte o dibujo apropiado, o qué otra cosa les costó trabajo y porqué. Si no es contestada la pregunta en este momento, quedará en el aire para ser respondida en otro momento más pertinente..

Posteriormente a cada uno se les dará una bolsita de papel para que la adornen a su propio gusto anotándole su nombre, con el fin de dejarlas pegadas en un sitio visible. (Es importante remarcarles a los pacientes que no se trata de un concurso para ver quien pinta mejor su bolsita, sino que se trata de que la adornen con su propio estilo, como a ellos les guste). Estas bolsitas jugarán el papel de buzón, en el que les podrán poner recados, saludos, cartas, dulces, etc. a sus demás compañeros. El coordinador también contará con una. Esto es con el fin de dejar un canal abierto a la comunicación, y para tener en la escritura otra alternativa de expresión, tanto para ampliar su repertorio de oportunidades, como para la actitud introvertida que puedan presentar algunos pacientes.

---

<sup>1</sup> En algunas actividades que no puedan realizar con facilidad o que su posición corporal lo dificulte contarán con el apoyo del coordinador.

## SESIÓN 3

### “Equipo y Comunicación”

#### *Objetivos específicos:*

Enfatizar la importancia que juega la comunicación, el trabajo ordenado y el apoyo recíproco para la integración del grupo y el desarrollo de este (y demás) programa(s) terapéutico(s).

#### *Procedimiento:*

Dependiendo del número de participantes, se tendrán la misma cantidad de rompecabezas; se revolverán y cada quien tendrá que armar uno (el que ellos quieran), para esto se verán en la necesidad de intercambiar piezas, sólo que no podrán hablar. Se espera que esta actividad no la puedan completar, por lo que se les dará un determinado tiempo para hacerlo.

Al terminar, volveremos a empezar la misma actividad, sólo que ahora sí podrán hablar. Se espera que esta actividad sí la puedan terminar, pero teniendo algunas dificultades, por ejemplo, está el escoger el rompecabezas que cada uno quiera armar, situación que provocará que empleen mucho tiempo para concluirla, razón por la cual se les tomará el tiempo en que realizan la actividad.

Al finalizar, se volverá a hacer la misma actividad, pero en esta ocasión, la variante es que se le indicará cada uno cual rompecabezas debe armar. Se espera que el tiempo empleado para ésta actividad sea menor en comparación a las anteriores.

Al concluir, se le pedirá a cada participante que exprese cómo se sintió durante las tres actividades; reforzando positivamente cada intervención. Posteriormente analizaremos la importancia en primer lugar de la comunicación y en segunda instancia, de la necesidad que se tiene de organizar las tareas para un adecuado trabajo en equipo. Todas las aportaciones que se hagan, se irán trasladando, de manera pertinente, al entorno de la hemodiálisis, como por ejemplo, la importancia que cada uno tiene para la preparación del material cuando van a ser “conectados” o “desconectados” al riñón artificial.

## SESIÓN 4

### “La Película”

#### *Objetivos Específicos:*

Facilitar una mejor y más amplia expresión de ideas y sentimientos.

#### *Procedimiento:*

Se proyectará una película que los pacientes hayan elegido con anterioridad, y al final de ésta, cada uno aportará comentarios y/o puntos de vista acerca de la trama. Propondremos el análisis y discusión de la misma; preguntaremos, si resulta adecuado, qué

hubiera hecho cada quien, o qué hubiera sentido (o en su caso, se harán preguntas que propicien la expresión de ideas y/o sentimientos) vinculando, cada vez que resulte pertinente, las situaciones personales.

## SESIÓN 5

### “Motivación”

#### *Objetivos Específicos:*

Analizar la importancia que tienen las motivaciones y actitudes individuales e interpersonales para trabajar en equipo y enfrentar la situación en y de hemodiálisis.

#### *Procedimiento:*

Le pediremos a tres voluntarios<sup>2</sup> que se retiren de la sala y que pasen ante el grupo uno por uno cuando se les llame.

Al grupo le explicaremos que cada voluntario tendrá que hacer una tarea que consiste en arrojar unas monedas a un bote con los ojos vendados y que ellos tendrán que tener diferente actitud con cada uno de ellos.

Llamaremos al primer voluntario, le vendaremos los ojos y le entregaremos las monedas sin explicarle que tendría que hacer, el grupo tampoco dirá nada.

Llamaremos al segundo voluntario, le vendaremos los ojos, le entregaremos unas monedas y le explicaremos que enfrente de él, a determinada distancia, se encuentra un vaso al que le tiene que aventar las monedas para que entren en él. En esta ocasión el grupo tomará una actitud negativa, desmotivándolo y abucheándole cualquier intento.

Al tercer voluntario también lo pasaremos, le vendaremos los ojos, le entregaremos las monedas y le explicaremos la tarea a realizar, sólo que en esta ocasión el grupo tomará una actitud positiva, motivándolo y apoyándolo en los intentos que haga.

Al final, se buscará la expresión de lo que sintieron tanto los voluntarios como cada uno de los integrantes; se remarcará la importancia que tiene la comunicación. Se analizará el papel del grupo como generador de motivación para salir adelante en la situación de enfermedad y la importancia que tiene la participación de cada uno de los integrantes. También se preguntará si han pasado por alguna situación parecida y cómo se han sentido.

---

<sup>2</sup> los voluntarios serán parte del personal y/o gente de apoyo debido a que los pacientes deben permanecer sentados o acostados durante todo el tratamiento.

## SESIÓN 6

### “Maratón”

#### *Objetivos específicos:*

Promover el entretenimiento, las conductas lúdicas dentro del grupo y mejorar así el bienestar de los integrantes. Reforzar la integración grupal y los temas hasta ahora abordados

#### *Procedimiento:*

Llevaremos un tablero de 20 casillas, un dado y fichas de colores, de las que cada participante elegirá una.

Para obtener el orden en que jugarán los participantes, cada uno lanzará el dado, el que obtenga el número más alto será el primero y así sucesivamente. El primer participante tirará el dado, dependiendo del número que caiga será el tema de la pregunta a contestar, si la respuesta es correcta, podrá avanzar 2 casillas, y el turno pasará al siguiente jugador. Cuando la respuesta es incorrecta, el siguiente jugador tendrá la oportunidad de contestarla y avanzar una casilla, en caso de no hacerlo adecuadamente, la oportunidad pasará al siguiente jugador y así sucesivamente. Sólo cuando ningún jugador haya podido contestar a la pregunta, todos deberán retroceder una casilla. Tira el dado el jugador en turno (en este ejemplo el segundo jugador). Ganará el participante que llegue primero a la casilla 20.

Los temas a preguntar de acuerdo con el número del dado, son: 1 preguntas capciosas, 2 película vista, 3 y 4 acerca del grupo de pacientes y de las disciplinas, 5 y 6 temas en general (historia, matemáticas geografía, etc.).

Se busca que a través del juego se refuerce la integración grupal, la participación en actividades y la expresión de ideas y sentimientos.

## SESIÓN 7

### “El Grupo”

#### *Objetivos específicos:*

Expresión y análisis de sentimientos hacia el grupo.

#### *Procedimiento:*

Una vez que durante las sesiones pasadas se reforzó la integración grupal, la comunicación y la expresión de ideas y sentimientos; se tratará que a través de recortes, dibujos y/o pinturas expresen sus ideas acerca del hospital, del servicio de Nefrología y de la hemodiálisis, por lo que a cada uno se le proporcionarán tijeras, resistol, plumones, crayones, revistas y un pedazo de cartulina.

Los comentarios que aporte cada uno sobre los temas enunciados, se irán agrupando en rotafolios como “positivos” y “negativos” (se tomará como referencia lo expresado como “me gusta”, “no me gusta”, “lo que me ayuda”, “lo que me asusta”, etc.). El conjunto de respuestas “positivas” se analizarán para seguirlas manteniendo y, las agrupadas como “negativas” se analizarán y discutirán con el fin de erradicar o atenuar los efectos que interfieran con el desarrollo de los tratamientos y el bienestar de los pacientes. Es importante señalar que no se trata simplemente de criticar por criticar o comentar por comentar, sino de que se den cuenta, analicen, y/o cuestionen situaciones o cosas en las que ellos están involucrados, en las que ellos participan y sobretodo, que vean si pueden contribuir para mantenerlas así, cambiarlas o mejorarlas.

Se buscará la expresión no sólo de situaciones o sobre aspectos materiales o de terceras personas, sino de sentimientos; que puedan reconocerlos: miedo, alegría, angustia, tristeza; que los hagan conscientes; y que empiecen a buscar formas de cambiarlos, de contrarrestarlos o de saberlos manejar.

## SESIÓN 8

### “Mi situación”

#### *Objetivos específicos:*

Analizar y hacer consciente la situación actual de enfermedad. Abordar la tristeza y la ansiedad que generalmente provoca la misma.

#### *Procedimiento:*

A cada participante se le entregará una hoja con una figura humana dibujada, en donde señalarán, de manera individual, los aspectos (órganos, sistemas, aparatos, áreas, etc.) que son afectados por el padecimiento. Se busca que el dibujo represente a cada uno de ellos y que puedan hacer consciente las “partes” de su cuerpo que se ven involucradas en su enfermedad

Posteriormente, ya en forma grupal, cada miembro mencionará los aspectos que señaló y también se identificarán en un dibujo, de mayor tamaño, de un cuerpo humano. Una vez que participaron todos y que se mencionaron todos o casi todos los aspectos, se analizarán uno por uno, comparándolos con sígolos mismos, pero antes de la enfermedad. Es analizar cómo se sentían y cómo se sienten ahora. Se enfocarán aquellas situaciones que generan mayor tristeza y ansiedad.

Como es posible que esto produzca un ambiente de “tristeza” y de “reflexión”, se empezará a analizar, dándole un mayor énfasis, el hecho de que también existen aspectos que aunque pueden ser abarcados por la enfermedad, son muy valiosos y se pueden “recuperar”; entre estos se encuentran los sentimientos y los valores. Y que a partir de ellos se pueden “construir” sólidas bases para sobrellevar el padecimiento.

De “tarea” quedará el empezar a buscar soluciones a aquellas que se las podamos dar. (De esta manera se busca que se reconozcan aspectos que se pueden cambiar y/o mejorar, pero a la vez los aspectos que no)

## **SESIÓN 9**

### **“Mi situación futura”**

#### *Objetivos específicos:*

A partir del reconocimiento y manejo de la situación actual, plantear proyectos futuros.

#### *Procedimiento:*

Se comenzará con un juego de memorama y teniendo así el recurso de la memoria y un ambiente tranquilo, retomaremos lo visto en la sesión pasada. Volveremos a identificar los aspectos que más nos afectan (enfocándonos a aquellos que generan mayor cantidad de angustia y depresión) y sus posibles soluciones.

Utilizaremos la simbolización, ya sea a través de la palabra o a través de hacer tangibles los signos de tristeza y ansiedad (por ejemplo: representándolos con bolitas de plastilina o anotándolos en un papel, etc.) para manejar activamente lo vivido pasivamente

Una vez “controladas estas situaciones” se analizará el papel que jugaban como obstáculo, impidiendo contemplar otras alternativas y proyectos futuros.

## **SESIÓN 10**

### **“Mural”**

#### *Objetivo específico:*

Reforzar el trabajo en equipo y la expresión de ideas y sentimientos.

#### *Procedimiento:*

En la sesión anterior, se les pedirá que traigan algunas “cosas” (fotos, estampas, objetos personales, etc.) que ellos quieran para hacer un mural.

Se le entregará a cada participante un pedazo de cartulina, colores, crayones, acuarelas, revistas, tijeras, y resistol y se les explicará que entre todos realizaremos un mural titulado “Yo y la hemodiálisis”; por lo que en el pedazo de cartulina tratarán de explicar a través de recortes, dibujos, de manera escrita, con fotos y/o como ellos crean convenientes, esta idea. Se les propondrá que tomen en cuenta lo que se ha revisado en las sesiones anteriores, pero sobretodo, que traten de explicar lo que sienten y lo que piensan. Se les pedirá que no dejen espacios en blanco, pues cada uno de sus trabajos es una pieza fundamental de ese rompecabezas llamado mural.

Una vez que terminaron todos, los trabajos se pegarán (formando un mural) sobre una pared con el fin de que permanezca ahí durante algunos días para que pueda ser visto por todos, se pueda apreciar el trabajo y, principalmente, se transmita hacia los demás las ideas que cada uno de ellos plasmó.

## **SESIÓN 11**

### **“La película”**

#### *Objetivo específico:*

Promover y evaluar la participación, la expresión de ideas y sentimientos en comparación a las sesiones anteriores.

#### *Procedimiento:*

Proyectaremos una película y al final de esta cada uno de los integrantes del grupo aportarán comentarios y puntos de vista acerca de la trama. Como esta sesión representa la penúltima del programa, el objetivo es reforzar la expresión de ideas y sentimientos y a la vez, evaluarlas en comparación con las expresadas en la primera proyección; se espera que haya una mayor participación y una mejor expresión de ideas y sentimientos.

## **SESIÓN 12**

### **“Evaluación”**

#### *Objetivos específicos:*

Evaluar el plan terapéutico, Cierre del programa y motivar para que ellos mismos sigan haciendo programas semejantes

#### *Procedimiento:*

Revisaremos las 11 sesiones anteriores y cada miembro del grupo comentará sus vivencias y sentimientos en el momento de iniciar el programa y ahora que finaliza. Enfatizaremos que ellos son quienes conforman “y hacen” el y al grupo, que son piezas fundamentales desde el punto de vista tanto ínter como intrapersonal y; agradeceremos su participación en el programa.