



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LOS ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES CON PADECIMIENTO
RENAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS O DIALISIS
PERITONEAL Y SUS MADRES**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

**PALOMARES RODRIGUEZ ADRIANA
TAPIA MARTINEZ ROCIO**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GUADALUPE SANTAELLA

ASESORA: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

SINODALES: LIC. JORGE VALENZUELA VALLEJO

LIC. MARIA EUGENIA GUTIERREZ ORDOÑEZ

MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

MEXICO D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital General Darío Fernández Fierro del ISSSTE, por permitir la realización del presente trabajo en dicha institución.

Al personal: Dr. Alejandro Gómez Esquivel (Nefropediatra), Dr. Inés Mendiola Hernández (Nefropediatra), a la Enfermera Rosa Lilia León Piña, y por su puesto a la Psicóloga Wendy Lara Olguín, por su colaboración, conocimiento compartido, amabilidad, confianza y tolerancia durante la elaboración de ésta tesis.

En especial a todas aquellas personas que formaron parte de la muestra de ésta investigación (pacientes y sus madres).

A la Mtra. Guadalupe Santaella por su apoyo, tolerancia, conocimiento y tiempo dedicado a esta tesis.

A nuestros sinodales: Mtra. Martha Cuevas Abad, Lic. Jorge Valenzuela Vallejo, Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez y Mtra. Laura Ángela Somarriba, por sus importantes aportaciones y sus valiosos comentarios respecto al presente trabajo, así como su confianza, amabilidad y tolerancia brindadas durante el trayecto.

A nuestra queridísima Universidad y Facultad de Psicología por albergar los conocimientos necesarios para nuestro desarrollo profesional y personal.

Agradecimientos:

A dios, por acompañarme en este camino y permitirme llegar a este momento.

A mi mamá, porque siempre me diste tu apoyo incondicional con el propósito de que llegara el día en que alcanzara el objetivo más importante de mi vida profesional, el cual sé que anhelabas tanto como yo.

Gracias porque eres la persona que realmente me escucha y me comprende, porque eres mi mayor motivación, por compartir mis triunfos y fracasos. Además de darme palabras de consuelo cuando más lo necesité y la fuerza para seguir adelante.

A mi papá porque me has acompañado en este largo camino a realizar el logro más importante de mi vida profesional, compartiendo mis triunfos y fracasos, por todo el apoyo que me has dado y que nunca me cansaré de agradecer, porque con tu ejemplo sé que puedo lograr lo que quiero con mucho esfuerzo y trabajo.

A mi hermano por su cariño y apoyo; por compartir conmigo triunfos y fracasos y por enseñarme que a veces es mejor darse solo la seriedad suficiente a las cosas sin dejar de disfrutarlas.

A mi hermana, por su cariño y apoyo; porque gracias a ella sé que mientras se quiera, con mucho esfuerzo, se puede salir adelante de una manera digna a pesar de los obstáculos que se presenten en la vida.

A mi sobrina Citlalli, por ser una personita muy especial, que le da alegría a mi vida, porque en momentos difíciles con un abrazo o con una de tus ocurrencias, me hacías sentir que las cosas no eran tan complicadas como parecían, me diste la fuerza para seguir adelante, porque había momentos en los que solo en tí podía encontrar la calma que necesitaba.

A mis amigas por acompañarme en este largo camino, por escucharme, por brindarme su apoyo y cariño. Por hacer con su compañía que las dificultades fueran más llevaderas y por compartir conmigo tantas experiencias inolvidables durante este etapa tan especial de mi vida.

A Rocío Tapia Martínez, por permitirme realizar en su compañía este importante trabajo, además de su amistad, paciencia y apoyo.

A la Familia Martínez García por brindarme su amistad y apoyo en los momentos de alegría y sobre todo en los más difíciles.

A la psicóloga. Ma. Eugenia Gutiérrez Ordoñez, por brindarme sus enseñanzas, consejos y apoyo a lo largo de la carrera que me ayudaron a crecer personal y profesionalmente.

A la psicóloga Wendy Lara Olguín por ser una gran persona que me brindó su amistad, confianza, conocimiento y apoyo en la realización de esta tesis y en mi formación profesional.

Un agradecimiento muy especial a los pacientes y a sus madres por la confianza que nos tuvieron porque sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible. Además de que son personas que demuestran día a día sus ganas de vivir a pesar de las adversidades.

Adriana Palomares Rodríguez

DEDICATORIAS

He llegado al final de este camino y en mí han quedado marcadas huellas profundas de este recorrido.

Son Madre tu mirada y tu aliento.

Son Padre tu trabajo y tu esfuerzo.

Son Maestros tus palabras y sabios consejos, mi trofeo es también suyo.

A mi padre

Porque gracias a tu apoyo he llegado a realizar una de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir para continuar con mi superación, gracias papá, te quiero.

A mi madre

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer toda una vida de sacrificios y esfuerzos, quiero que sientas que el objetivo logrado también es tuyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue tu apoyo. Agradezco humildemente todos los esfuerzos que realizaste, en los momentos más difíciles y más felices a lo largo de mi carrera, para que yo pudiera alcanzar la más preciada meta. Por esto y mucho más. Gracias mamá, recuerda que te amo mucho.

A mis hermanos

Juan, Brenda y Lorena, gracias por estar conmigo, apoyarme, y alentarme en mi trayecto y por ser una de mis motivaciones para lograr una de mis más grandes metas, porque se que puedo contar con ustedes, gracias y recuerden que los amo mucho.

A mi abuelita

Gracias por el apoyo, amor y comprensión brindados, te quiero mucho.

A mis amig@s

A todos ustedes les agradezco con toda mi alma por haber llegado a mi vida, porque con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr ésta hermosa realidad, por estar ahí conmigo y por todos aquellos momentos vividos, gracias, los quiero a todos.

A la socia

Gracias socia por la importante colaboración y por esa sociedad que hasta hace un tiempo teníamos.

A Wendy Lara

Porque más que una maestra, eres mi amiga, gracias por tu apoyo incondicional en mi desarrollo profesional y personal, así como por tu amistad y confianza en mí depositadas, gracias también por todos aquellos momentos vividos, momentos en los que reímos y lloramos, por el simple hecho de escuchar y ser escuchada, gracias Wen, te quiero mucho.

*“El éxito de la vida no está en vencer siempre,
sino en no desanimarse nunca”*

Rocío Tapia Martínez

INDICE

1. Introducción	5
2. Capitulo I: Insuficiencia renal Crónica	
1.1 Anatomía Renal.	8
1.2 Fisiología Renal.	9
1.3 Etiología.	10
1.4 Semiología Clínica.	11
1.5 Incidencia de la IRC.	12
1.6 Tratamiento de la IRC.	12
1.7 Prevención.	14
3. Capitulo II: Adolescencia y Familia	
2.1 Adolescencia y Familia.	15
2.2 Funciones de la Familia.	18
2.3 Adolescencia y Enfermedad.	19
2.4 Adolescencia, Familia y Enfermedad.	23
4. Capitulo III. Ansiedad	
3.1 Antecedentes históricos de la ansiedad.	31
3.2 Concepto de ansiedad.	34
3.3 Ansiedad estado-rasgo.	36
3.4 Tratamiento para la ansiedad.	37
5. Capitulo IV: Afrontamiento	
4.1 Estrés y afrontamiento.	38
4.2 Definición de afrontamiento.	41
4.3 El afrontamiento como proceso	41
4.4 Las múltiples funciones del afrontamiento.	42
4.5 Recursos para el afrontamiento.	45
6. Capitulo V: Método	
5.1 Planteamiento del problema.	54

5.2 Justificación.	54
5.3 Objetivos.	55
5.4 Hipótesis.	55
5.5 Variables.	57
5.6 Diseño.	58
5.7 Muestra.	58
5.8 Instrumento.	59
5.9 Procedimiento Muestra.	59
7. Capitulo VI: Resultados Muestra.	60
8. Capitulo VII: Discusión y Conclusiones Muestra.	74
9. Capitulo VIII: Limitaciones y Sugerencias Muestra.	84
10. Referencias Bibliográficas Muestra.	86
11. Anexos Muestra.	90

RESUMEN

Las enfermedades crónicas hoy en día son más frecuentes en la población mexicana, entre las enfermedades crónicas que más se manifiestan se encuentran: diabetes, hipertensión, cáncer, insuficiencia renal crónica, entre otras. En la presente investigación nos enfocamos en la última, la insuficiencia renal (IRC). En México la IRC es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4° lugar en hombres con 55053 casos y el 10° lugar en mujeres con 50924 casos, del sector público del sistema nacional de salud. Así mismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en 10° lugar con 1972 casos y en mujeres ocupando el 8° con 1743 casos.

El paciente con IRC puede presentar signos leves o agudos de importancia psicológica; dichos síntomas no necesariamente se relacionan con el estado emocional del paciente; se debe a las sustancias tóxicas en el torrente circulatorio que afecta tanto al cerebro como al sistema nervioso en general, por lo tanto es importante tratarlo, uno de los signos que se presentan es ansiedad y por ende utilizan formas de afrontamiento ante el problema, éstas formas pueden centrarse en la emoción o en la solución del problema en sí. De ahí que el objetivo del presente estudio fue, investigar si existe relación entre los estilos de afrontamiento y el nivel de ansiedad en pacientes con IRC y los estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad de las madres de estos pacientes. También analizar los estilos de afrontamiento en los pacientes y sus madres y por último, medir el nivel de ansiedad de pacientes y madres.

Por otro lado, las personas con IRC se ven obligadas a asumir restricciones físicas, económicas y sociales, cabe mencionar que el padecimiento impacta más a la población joven que a los adultos o ancianos, por tal motivo dicha investigación se centra en la población juvenil (15 a 20 años). En esta investigación se utilizó una muestra de 40 personas, de los cuales 20 son pacientes adolescente que padecen IRC y 20 corresponden a las madres de éstos pacientes, a ambos se les aplicaron dos pruebas: IDARE que mide niveles de ansiedad rasgo y estado y la prueba de estilos de afrontamiento, también se les realizó una entrevista.

Los resultados de la investigación muestran que las madres se encuentran más ansiosas que sus hijos y ambos a su vez utilizan estilos de afrontamiento centrados en la emoción, dado que la enfermedad que están enfrentando no tiene

cura, sino control, por lo que lo más viable es utilizar estos estilos centrados en las emociones que esta enfermedad les está provocando.

Palabras clave: estilos de afrontamiento, ansiedad, insuficiencia renal

INTRODUCCION

La Insuficiencia renal es la incapacidad de los riñones para mantener el plasma libre de desechos nitrogenados y otras impurezas, así como para mantener la homeostasis del agua, los electrolitos y el equilibrio ácido base del organismo en su conjunto. Se puede acompañar de disminución (oliguria o anuria) o de un aumento (poliuria) de la excreción de agua. Y puede ser aguda o crónica.

Los seres humanos contamos con dos riñones ubicados en la región lumbar, uno en cada lado de la columna vertebral. Ambos se encargan de diversas funciones, entre las que se encuentran regular el equilibrio entre el agua que se ingiere y la que se desecha, mantener los niveles óptimos de los electrolitos como el sodio, cloro, calcio y potasio y contribuir en el control de la presión sanguínea. Dicho de otro modo, el riñón "es el filtro natural del organismo, y si no funciona de manera adecuada, las sustancias de desecho se acumulan en la sangre causando graves daños y, por ende, los elementos que requiere el cuerpo para funcionar (como el calcio y fósforo, entre otros) no se absorben de manera adecuada originando otras enfermedades".

Además, los riñones producen diversas hormonas. La más importante es conocida como eritropoyetina, cuya función es mantener los niveles óptimos de la hemoglobina (sustancia que fija el oxígeno en los glóbulos rojos para ser transportado al sistema circulatorio). La deficiencia de esta hormona puede dar origen a lo que se conoce como anemia renal. Otra de las hormonas que produce el riñón es la llamada renina, que tiene la función de controlar la presión arterial, expone el doctor **Lagunas Muñoz (2001)**.

A medida que las funciones renales se deterioran, la salud del paciente es cada vez más sensible. Así, después del diagnóstico de insuficiencia renal crónica es necesario someter al paciente a diálisis y hemodiálisis, tratamientos que sustituyen parcialmente las funciones del riñón y que ayudan al paciente a prolongar su vida, pero no con la calidad que merecen.

En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50924 casos en mujeres con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud.

Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el 10º lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x100.000 habitantes y en mujeres ocupando el 8º lugar con 1743 casos y una tasa da 62.5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del sistema nacional de salud. Ocupando la nefritis y nefrosis el 10º lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y 9º lugar para el 2001 (OMS,1999).

Dentro de los tratamientos para contrarrestar la IRC se encuentra la diálisis peritoneal y el tratamiento de hemodiálisis y el trasplante renal, los cuales se explicarán a detalle más adelante.

El hecho de padecer una enfermedad crónica es un factor que influye de manera muy importante tanto en la persona que padece la enfermedad como en aquellas personas que rodean al paciente, es importante señalar que éste hecho desencadena una serie de reacciones tanto fisiológicas como psicológicas que perjudican al paciente, entre las reacciones fisiológicas se encuentra las mencionadas anteriormente, en las reacciones psicológicas tenemos a una de las principales que es la “*ansiedad*”; la ansiedad es una respuesta emocional que surge ante situaciones desconocidas para la persona.

Por otro lado es importante tomar en cuenta el apoyo que reciben las personas que padecen enfermedades crónicas ya que constituye el primer pilar fundamental en el camino de la enfermedad crónica. En el seno familiar los pacientes se sienten arropados y acompañados con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuye en función de la respuesta positiva de su familia.

Las formas como afrontan el padecimiento influye en el tratamiento de la enfermedad así como también en la percepción de vida de los pacientes.

El afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad, ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés.

Debido a que el paciente no puede conservar el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad y sus parientes y amigos posiblemente empiecen a considerarlo una persona incapaz de funcionar, débiles y enferma. Incluso es posible que, sin quererlo, empiecen a relacionarse con él como si fuera una persona incapaz de pensar o hablar por si mismo. La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente

empieza a verse a sí mismo de la misma 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 como tal.

Si el paciente es adolescente, es posible que pierda sus amistades y que los clubes escolares lo rechacen porque no está en condiciones de participar en muchas de las actividades extracurriculares. Además los cambios físicos, en particular su incapacidad para orinar normalmente, pueden crearle muchas dificultades durante la adolescencia, que es una etapa en la que se desarrolla una nueva imagen corporal. Es tanta la tristeza y la infelicidad, 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, así mismo suelen tener niveles de ansiedad muy altos. (Velasco M. y Sinibaldi J, 2001).

Estos niveles de ansiedad interfieren muchas veces en el progreso del tratamiento de la enfermedad, por lo tanto es importante tomar medidas para que los pacientes con enfermedades crónicas así como sus familias reciban la adecuada información y preparación para el afrontamiento del padecimiento, puesto que una mejor instrucción por parte del personal de salud hace que las personas no caigan en cuestiones alarmantes, ya que muchas veces los pacientes y sus familias se dejan influenciar por mitos que giran en torno a las enfermedades crónicas, es importante mencionar que en base a los resultados obtenidos, se hacen ciertas sugerencias que se presentan mas adelante para sobrellevar la situación. En la presente investigación se dan a conocer puntos importantes a tratar para posteriores investigaciones.

CAPITULO I

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

“La insuficiencia renal crónica (IRC) es el deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción de las nefronas.

La IRC evoluciona en periodos de tiempos variables, que oscilan desde unos meses a muchos años, hasta llegar una fase terminal, en la que solo la diálisis o el trasplante permiten la supervivencia del enfermo.” (Andreu Periz, 2001).

La enfermedad puede seguir su curso de tal manera que no se presentan síntomas durante periodos muy largos de tiempo. Esto se debe a que el número de nefronas funcionales se va reduciendo progresivamente y las nefronas intactas se adaptan funcionalmente, para compensar la disminución del filtrado glomerular.

Esta adaptación permite que el riñón no se descompense y se mantenga el medio interno. A partir de cierta extensión de la lesión, la insuficiencia renal puede progresar debido a la respuesta hemodinámica glomerular de las nefronas que todavía funcionan.

1.1 ANATOMIA RENAL

Los riñones son dos órganos que se encuentran colocados a los lados de la columna vertebral, a la altura de las últimas costillas y atrás del peritoneo parietal, por lo cual se consideran órganos retroperitoneales. Tienen forma parecida a la de un frijol y son de color pardo rojizo; cada riñón mide aproximadamente 11.5 cm. de largo, 5 a 6 cm. de ancho y 3 cm. de espesor y en su borde cóncavo, que esta dirigido hacia la columna vertebral, presenta una escotadura llamada hilio, a través de la cual pasan el uréter, los vasos sanguíneos, linfáticos y los nervios, está rodeado por tejido adiposo y una envoltura fibrosa que lo mantienen en su sitio, por lo que si una persona obesa adelgaza rápidamente el riñón puede descender de su lugar (ptosis renal).

En un corte longitudinal del riñón se observan dos capas: una exterior llamada corteza y una interior llamada médula, formada por ocho a diez estructuras triangulares o pirámides renales, cuyo vértice apunta hacia una cavidad llamada pelvis renal.

La unidad anatomofuncional del riñón se llama nefrona y esta constituida por las siguientes estructuras:

- a) Un glomérulo o corpúsculo renal (corpúsculo de Malpighi) formado por una cápsula glomerular (capsula de Browman) en cuyo interior se encuentra una red de vasos capilares en íntima relación con células epiteliales formando un ovillo.

- b) Un conjunto de pequeños tubos (túbulos) llamado tubo renal, que son la continuación de los glomérulos y formados por: un tubo contorneado proximal, una rama proximal, una rama descendente de Henle y un tubo contorneado distal que desemboca en un tubo colector. Los tubos colectores desembocan en la pelvis renal. (Peña Rodríguez, 2006).

1.2 FISILOGIA RENAL

Los riñones reciben una gran cantidad de sangre que, a diferencia de otros órganos, entra y sale del corpúsculo glomerular por arteriolas (arterias muy pequeñas) en lugar de entrar por arteriolas y salir por venulas, pasa a los capilares que están alrededor de los túbulos y regresan por venas. Las nefronas regulan la concentración, el volumen y el pH de la sangre, y eliminan de los riñones sustancias de desecho formando la orina; para su estudio, podemos considerar tres procesos: filtración, resorción y excreción.

Cuando la sangre entra al glomérulo se filtra, los elementos figurados y las proteínas no pueden, por su tamaño, atravesar el "filtro capilar" del glomérulo; después los túbulos reabsorben en forma selectiva agua, glucosa, aminoácidos, Na, K, Ca, Cl, y HCO₃, regresándolos posteriormente a la sangre. Si hay demasiada glucosa en la sangre, no se reabsorbe toda, sino que se elimina el excedente por la nefrona. A través de la nefrona se excretan sustancias como el K, ion hidrogeno, amoniaco, creatinina, etc., básicamente para controlar la hidratación y el pH de la sangre (la excreción también se lleva a cabo en los pulmones, la piel y el sistema digestivo).

La cantidad y la calidad de la orina son variables, normalmente se eliminan entre un litro y litro y medio en 24 horas; pero si no tomamos líquido disminuye su cantidad y se concentra; si, en cambio, tomamos líquidos en abundancia o hace frío, aumenta su cantidad y se diluye.

La orina, es normalmente, de aspecto claro, color amarillo y con olor característico. Aunque generalmente es ácida, su pH oscila entre 5 y 7.8. La orina está formada por agua, sustancias orgánicas como la urea, el ácido úrico, el ácido hipúrico (benzoilaminoacético), la creatinina, las purinas y el amoníaco y sustancias inorgánicas como los cloruros, sulfatos y fosfatos de sodio, potasio, magnesio y calcio; cuando disminuye la cantidad de orina su color es más intenso; por ejemplo cuando sudamos mucho y cuando comemos o tomamos en exceso algún alimento o compuesto con abundantes pigmentos.

En condiciones normales puede contener albúmina, glucosa, hemoglobina, pigmentos biliares, pus, cilindros, cálculos o microorganismos. Son enfermedades frecuentes del riñón la glomerulonefritis, la pielonefritis y la litiasis renal. (cálculos renales).

Las funciones que realizan los riñones son:

- 1) Regulación del líquido electrolítico e hídrico y por lo tanto la regulación del volumen y la osmolaridad de los líquidos corporales.
- 2) Excreción de los productos de deshecho producidos por el metabolismo celular y de las sustancias químicas extrañas al organismo.
- 3) Regulación de la presión arterial, entre otros mecanismos mediante la secreción de factores vasoactivos como la renina.
- 4) Regulación del equilibrio ácido-base, principalmente mediante la excreción de ácidos.
- 5) Regulación de la eritropoyesis, al secretar eritropoyetina

- 6) Regulación de la vitamina D, ya que producen su forma activa
- 7) Glucogénesis, al sintetizar glucosa a partir de aminoácidos y otros precursores en situaciones de ayuno prolongado. (Peña Rodríguez, 2006).

1.3 ETIOLOGIA

El sustrato etiológico de la insuficiencia renal crónica es múltiple, pero con un elemento patogénico común: la destrucción progresiva de nefronas y la sobrecarga funcional de las nefronas residuales no destruidas. Esto significa que cualquier tipo de nefropatía puede conducir a la insuficiencia renal crónica y que el ritmo de instauración del cuadro clinicobiológico de la insuficiencia renal dependerá tanto de la intensidad de la destrucción de nefronas, como de la capacidad de adaptación funcional de las nefronas residuales. También se puede producir como complicación de enfermedades: metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas y vasculares. (Torales, F y García, L. 2000)

En México las causas de IRC en orden de frecuencia son:

◇ Etiología de IRC en adultos:

1. Nefropatía diabética.
2. Glomerulopatías.
3. Hipertensión arterial.
4. Nefropatía gotosa.
5. Enfermedad renal poliquística.
6. Nefropatía secundaria a enfermedades sistémicas (L.E.S).
7. Infección crónica de vías urinarias

◇ Etiología en niños:

1. Las malformaciones congénitas.
2. Las glomerulopatías.
3. La enfermedad renal poliquística.

1.4 SEMIOLOGIA CLINICA

Los especialistas refieren que en los primeros años de padecer insuficiencia renal, la persona no manifiesta ningún síntoma, o bien pueden ser confundidos con otras enfermedades.

La aparición y magnitud del cuadro clínico de la IRC varía mucho de un paciente a otro, según la causa, la masa renal funcionante y la velocidad con que se pierde la función renal.

Cuadro clínico:

- *Alteraciones gastrointestinales:* anorexia, náusea, vómito, gastritis, úlcera péptica.
- *Alteraciones hematológicas:* disminución de la adhesividad plaquetaria, anemia normocítica normocrómica.
- *Alteraciones dermatológicas:* palidez, prurito, escarcha urémica, cambios en el ritmo de la orina y calcificación distrófica.
- *Alteraciones cardiovasculares:* hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva.
- *Alteraciones neuromusculares:* insomnio, fatiga, hiperreflexia osteotendinosa, convulsiones, alteración de los procesos mentales, sopor y coma.
- *Alteraciones oftálmicas:* retinopatía y ceguera.

1.5 INCIDENCIA DE LA IRC

Como se mencionó anteriormente en México, la insuficiencia renal ocupa el cuarto lugar en hombres con 55033 casos y el décimo lugar en mujeres con 50924 casos en mujeres con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres

respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud. También se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el décimo lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x 100.000 habitantes y en mujeres ocupando el octavo lugar con 1743 casos y una tasa de 62.5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del sistema nacional de salud.

Ocupando la nefritis y nefrosis el décimo lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y el noveno lugar para el 2001. (www.zaragoza.unam.mx)

La OMS reportó una mortalidad mundial total de 625 000 casos para enfermedades renales como la nefritis y nefrosis para el año 2001. (www.zaragoza.unam.mx)

1.6 TRATAMIENTO DE LA IRC

En el manejo de la IRC se consideran tres modalidades:

1. Terapia Nutricional.

El principio de la terapia nutricional consiste en prevenir los síntomas urémicos en el transcurso de la progresión de la enfermedad independientemente de la etiología. El segundo objetivo es conservar la función renal residual y retardar el grado de progresión de insuficiencia renal. Por tal motivo, los requerimientos dietéticos en pacientes con IRC deben ser individualizados de acuerdo al grado de función renal de cada paciente; se requiere un ajuste tanto de las proteínas (por las pérdidas que se producen en el tratamiento dialítico y/o a través de la orina), calorías, lípidos, sodio, potasio y fosfatos, así como de los líquidos, dependiendo de la fase de IRC, y del tratamiento sustitutivo de la función renal. El ajuste de los líquidos dependerá del volumen urinario que tenga el paciente, el cual puede ser alto, normal o nulo. Este tipo de terapia requiere la supervisión de un especialista del servicio de dietética y nutrición.

II. Terapia sustitutiva mediante procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

Cuando el paciente no logra conservar un adecuado control ácido-base, excretar productos tóxicos del organismo, mantener el equilibrio de sodio y líquidos corporales, debe iniciarse el tratamiento de diálisis o hemodiálisis. Ambos procedimientos están encaminados a ajustar la concentración de solutos en sangre, eliminar las sustancias tóxicas y a remover el exceso de líquidos del organismo; ya que sustituyen parcialmente las funciones del riñón y ayudan al paciente a prolongar su vida, pero no con la calidad que merecen.

La diálisis peritoneal consiste en la introducción, a través de un catéter (sonda), de un líquido especial conocido como solución de diálisis, que entra a la cavidad abdominal hacia el peritoneo (membrana que cubre la superficie interior del vientre e intestinos), con el fin de ayudar al organismo a expulsar las sustancias dañinas y quedarse con las necesarias. De esta manera, se filtran las sustancias que el riñón ya no puede procesar. Las necesarias se quedan en la sangre y las dañinas en el líquido de diálisis, que luego es desechado.

Por su parte, el paciente que es sometido al tratamiento de hemodiálisis es conectado por medio de un catéter a una máquina (conocida como máquina de hemodiálisis). Enseguida se va extrayendo, por dicha sonda, la sangre para filtrarla y eliminar las sustancias dañinas y añadir las necesarias, pero que ya no son producidas por el riñón; después la sangre se reintroduce a través de otro catéter únicamente con las sustancias que requiere el organismo. La diferencia entre la diálisis y la hemodiálisis es que la primera actúa a nivel del peritoneo y la segunda va directamente a la sangre; y además, la diálisis se realiza de manera continua y la hemodiálisis de dos a tres veces por semana.

La condición fisiológica de las personas que sobreviven por medio de la hemodiálisis es compleja y la uremia causa una severa reducción de la energía física. Además el mismo proceso de hemodiálisis puede provocar inconvenientes, tales como absceso vascular, alteración en la presión arterial, etc. Las alteraciones del cuerpo son profundas y decisivas. Tienen fisuras en los brazos por el tratamiento de hemodiálisis, la piel toma un color amarillento y una textura áspera y reseca, tienen mayor vulnerabilidad a

los cambios de temperatura, un olor característico debido a la acumulación de sustancias de deshecho que normalmente son eliminadas por la orina, aumento de peso y trastornos en la marcha o en la sensibilidad, como consecuencia de la desmielinización de los nervios.

III. Trasplante renal

Es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para reemplazar el riñón enfermo de una persona por un riñón de otra persona sana. El riñón puede provenir de un donante fallecido o de uno vivo. Los familiares o las personas que no están relacionadas al entorno familiar pero que cumplen con los requisitos de compatibilidad pueden donar uno de sus riñones. Este tipo de trasplante se denomina trasplante de donante vivo. Las personas que donan un riñón pueden seguir viviendo normalmente.

Cuando una persona se somete a esta clase de trasplante, suele recibir solo un riñón; sin embargo, existen casos aislados en los que es posible que reciba ambos riñones de un donante fallecido. En la mayoría de los casos, los órganos enfermos se mantienen en su lugar durante el procedimiento. El riñón trasplantado se implanta en la parte inferior del abdomen en la región anterior del cuerpo.

Sin embargo, pese a esta posibilidad que es muy buena, existe el riesgo de que el organismo del receptor del riñón lo rechace.

El rechazo es una reacción normal del cuerpo a un objeto extraño. Cuando se coloca un riñón nuevo en el cuerpo de una persona, el cuerpo considera el órgano trasplantado como una amenaza e intenta atacarlo. El sistema inmune fabrica anticuerpos para intentar destruirlo, sin caer en cuenta de que el órgano trasplantado es beneficioso. Para permitir que el órgano se adapte satisfactoriamente en un cuerpo nuevo, se deben administrar medicamentos para forzar al sistema inmunológico a aceptar el trasplante.

No obstante, "Ninguno de estos tratamientos es definitivo en la recuperación de las funciones renales (diálisis y hemodiálisis). Además, son muy caros, dolorosos al insertar los catéteres y limitan enormemente la calidad de vida del paciente. La única solución definitiva a la insuficiencia renal es el trasplante del órgano, ya sea de un donador cadavérico o de uno vivo relacionado (familiar).

1.7 PREVENCIÓN

La prevención de esta enfermedad debe centrarse en la detección temprana de la disfunción renal y/o falla incipiente de su filtración glomerular, además se deben investigar los factores de riesgo como el consumo de medicamentos nefrotóxicos, sobre todo en pacientes diabéticos e hipertensos, así como mejorar los hábitos nutricionales que condicionen hiperlipidemias. Cabe señalar que la IRC no elige sexo, edad o condición social, por eso, en el presente trabajo nos enfocamos en una población poco estudiada con éste padecimiento, la adolescencia, como sabemos la etapa de la adolescencia es una etapa difícil, tanto para el adolescente como para las personas que lo rodean, a continuación se presenta un capítulo (Adolescencia y Familia) en el que se describe la etapa de la adolescencia y las repercusiones de la enfermedad crónica en el paciente y su familia.

CAPITULO II

ADOLESCENCIA Y FAMILIA

2.1 ADOLESCENCIA Y FAMILIA

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido a la familia, como la unidad básica dentro de la cual se desarrolla el individuo. En esta unidad que es la fuente primaria de socialización, el individuo aprende como funciona su sociedad y desarrolla los patrones de conducta que le permiten funcionar de manera efectiva en esa sociedad. (Papalia D, 2004).

La familia se encuentra sometida por lo común a presiones internas originadas por la evolución y el crecimiento de sus propios miembros, así como a la presión externa originada por las instituciones o elementos culturales y socioeconómicos significativos para la familia. La respuesta a tales demandas exige una transformación constante del comportamiento de cada uno de los miembros del sistema familiar tanto en sus relaciones mutuas como su medio circundante. Así, la familia se mantiene en evolución continua, desplazándose a través de un cierto número de etapas que exige una reestructuración y evaluación de su organización.

El esquema conceptual de una familia funcional, por tanto, presenta dos facetas:

La movilización de pautas alternativas a lo largo del tiempo para adaptarse y reorganizarse de tal modo que sus miembros puedan desarrollarse y crecer

La adaptación al estrés interno y externo de tal modo que mantenga, aún ante el cambio, cierto grado de continuidad.

Uno de los momentos más críticos para una familia se presenta cuando los hijos llegan a la adolescencia, debido a que una buena parte del conflicto entre el mundo del adolescente y del adulto tiene lugar especialmente porque el adolescente empieza a pensar seriamente en si mismo y existe en él preocupación por la veracidad de sus propias ideas y convicciones. Es en este momento cuando lanza sus críticas a la sociedad, propone nuevos modelos de conducta, establece sociedades y se enfrenta

críticamente con los planteamientos morales, religiosos o sociales de sus padres y de los adultos. Todo esto es reflejo de la construcción de sus rasgos de personalidad.

Muchos padres cuyo aporte ha sido positivo en etapas anteriores se sienten amenazados y temerosos por las conductas cambiantes y desconocidas de los hijos. Éste es el periodo crítico que culminará en la diferenciación con éxito de los hijos, o bien, en la dependencia e inadecuación de los mismos. La llegada de la adolescencia pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar.

Al mismo tiempo que sus hijos son adolescentes, los padres viven la mitad de su ciclo vital, es decir, la etapa de evaluación acerca de sus logros o fracasos con respecto a sus aspiraciones de jóvenes. Ambos se enfrentan por primera vez a su deterioro físico, por ejemplo, la inseguridad que puede surgir en la esposa al presentarse los primeros signos de su menopausia, sus estados depresivos o su irritabilidad. Por otro lado, en el esposo surge un decremento en el rendimiento físico o bien, la pérdida de oportunidades laborales. Además, existe un temor real o imaginario en la esposa, quien muchas veces ya no se siente físicamente atractiva, de perder su relación de pareja por no poder engendrar más hijos (Pick de Weiss et al, 1987). Al mismo tiempo, los abuelos están enfrentando su vejez y posiblemente su muerte. No es difícil que alguno de los abuelos decida vivir con la familia al morir el esposo o esposa lo que requiere un cambio adicional en la organización familiar.

Por otra parte, la pareja ha desarrollado una serie de mecanismos para resolver sus conflictos y ha elaborado modos de interacción repetitivos que hasta el momento le han permitido cierto equilibrio. Además ha establecido formas de relación con los hijos y posiblemente existan alianzas entre alguno o algunos de los hijos y uno de los padres.

Una situación frecuente en ésta etapa es aquella en donde el esposo alcanza el éxito laboral planeado y la esposa se siente relegada profesionalmente al haberse dedicado en exclusiva al cuidado de los hijos. Otra situación es en la que el esposo se siente fracasado en su rol de proveedor e interpreta los cambios en los hijos y en la esposa como un reclamo constante a su fracaso. También se encuentran las parejas en donde el alcohol, las drogas o la violencia intrafamiliar, ante la salida inminente de los

hijos, hacen crisis y por ende, uno de los cónyuges enfrenta la necesidad de tomar la decisión entre seguir o no con su pareja.

Un patrón organizacional utilizado con frecuencia por los padres para estabilizar su relación de pareja es la de comunicarse a través de los hijos, por lo que la posible salida de éstos los presiona para enfrentar sus verdaderas dificultades o desacuerdos, los cuales tal vez tengan muchos años y hayan sido atenuados al centrar su atención en los hijos, pero cuando surgen pueden ocasionar que uno o varios de los hijos manifiesten una serie de síntomas como fracaso escolar, trastornos somatoides, problemas de conducta, etc. Estas alteraciones, de nuevo, centran en ellos la atención de los padres estabilizando a la pareja, pero el costo de salvar el matrimonio de los padres es la limitación en el desarrollo y autonomía de los hijos (Haley, 1978).

La crisis en los padres o tutores al inicio de la adolescencia de los hijos puede manifestarse en diferentes momentos. Muchas veces se presenta cuando el hijo mayor inicia la adolescencia, mientras que en otros casos, la crisis se desarrolla cuando el menor es quien inicia su proceso de autonomía. En otras parejas, en donde los padres no presentan problemas con la salida de varios hijos, repentinamente se encuentran en serias dificultades cuando un hijo en particular inicia su proceso de independencia. En tales casos es muy probable que este hijo haya sido especialmente importante en la estabilidad de la relación entre los padres y su ausencia implica casi de hecho la confrontación directa entre ellos. El problema surge cuando no se han desarrollado con anterioridad los mecanismos adecuados para la resolución de conflictos dentro de la pareja conyugal; así, el vínculo solo ha persistido a través de desarrollar las funciones propias de la pareja. (Haley, 1973 en Velasco M. y Sinibaldi J, 2001).

Por lo antes expuesto se deduce que el periodo de adolescencia en los hijos es un periodo de crisis familiar en donde no solo entran en juego los cambios y las características propias de los adolescentes, sino también las características físicas, emocionales, socioculturales de los padres o tutores, sus oportunidades socioeconómicas, sus formas de relación como pareja, la organización y el funcionamiento familiar previo a la adolescencia de los hijos.

Dentro de las organizaciones familiares en donde se identifican con mayor frecuencia alteraciones y problemas para poder sobrellevar funcionalmente el desarrollo de la adolescencia en los hijos jóvenes, se encuentran las siguientes:

- Las familias rígidas en donde los progenitores no están preparados para cambiar las normas y reglas establecidas en la infancia de los hijos. Los problemas aparecen por lo común al oponerse sistemáticamente a los cambios necesarios para que ellos desarrollen sus habilidades en la toma de decisiones y de autosuficiencia. Tal es el caso del padre que no permite que las hijas salgan a solas o en grupo de amigos bajo ninguna circunstancia o bajo ninguna posibilidad de negociación.
- Las familias permisivas o caóticas en donde los progenitores han perdido prácticamente toda autoridad y los hijos adoptan actitudes infantiles o destructivas. Estos padres no aceptan de manera habitual que sus hijos asuman sus responsabilidades y mucho menos sus equivocaciones, resolviendo ellos mismos las consecuencias del “mal” comportamiento de sus hijos. Éste sería el caso del padre que ante las faltas cometidas por el hijo en la escuela o en la casa se dedica a culpar a los maestros y directivos evitando con esto que el joven resuelva los problemas que él mismo creó.

Las familias con un progenitor alcohólico que por lo general tienden a cerrar sus fronteras externas, presentan un involucramiento emocional excesivo de sus integrantes, en donde los límites individuales casi no existen. Así, parece ser que constituyen familias con lazos efectivos tan fuertes que la separación o autonomía se ven seriamente limitadas (Claros, 1991 en Velasco M. y Sinibaldi J, 2001).

- Las familias multiproblemáticas, usualmente carentes de estabilidad económica, laboral y emocional, en donde los progenitores delegan casi de manera total toda responsabilidad en los hijos, en especial en los mayores, de tal forma que éstos tienden a buscar apoyo en su grupo de amigos o en las pandillas, de quienes reciben muchas veces mayor estructura y satisfacción emocional (Minuchin et al, 1967 en Velasco M. y Sinibaldi J, 2001).

- Las familias en donde la ausencia física o emocional del padre propicia que alguno de los hijos adquiera las funciones paternas. Este hecho provoca un desarrollo acelerado en las áreas laborales e instrumentales de este hijo, pero a expensas de su desarrollo emocional. En general, estos hijos parentales al hacerse cargo de sus hermanos pretenden ejercer un control excesivo sobre ellos, o bien, tienden a sobreprotegerles. Ambas posiciones pueden repercutir de modo negativo en la educación de los hermanos.
- Las familias cuya madre tiene una gran dificultad para aceptar la autonomía de sus hijos al percibir que esta independencia la privará de la satisfacción de sentirse útil o bien la dejará sola sin motivaciones para seguir viviendo.
- Las familias cuya comunicación es muy disfuncional, quienes además de presentar coaliciones y distorsiones en las figuras de autoridad, también manifiestan trastornos por factores fisiológicos, todo lo cual da lugar a que se produzcan alteraciones graves en los adolescentes (Haley, 1980 en Velasco y Sinibaldi J, 2001)

2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia como unidad social tiene determinados propósitos:

- 1) Proveer un contexto de apoyo para la satisfacción de las necesidades de todos sus miembros.
- 2) Promover la interacción entre los miembros, con la finalidad de que exista un ambiente nutrente de relaciones amorosas, de atención, de afecto y de lealtad.
- 3) Permitir la supervivencia física y el desarrollo personal de todos los miembros.
- 4) A su vez, el grupo familiar cumple funciones relacionadas con el desarrollo individual de cada uno de los miembros del sistema familiar:

- Satisface necesidades afectivas.
- Facilita el desarrollo de la identidad personal.
- Permite el crecimiento y la autonomía de sus miembros.
- Promueve la socialización.
- Promueve patrones de relaciones interpersonales.
- Estimula el aprendizaje y la creatividad de sus miembros. Contribuye a perpetuar la especie humana.
- Mantiene los linderos o límites entre las generaciones. Transmite la cultura a los hijos y a las otras generaciones.

Todas las funciones familiares son la base de la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de la vida.

2.3 ADOLESCENCIA Y ENFERMEDAD

La IRC afecta todas las dimensiones de la vida de las personas, sobre todo por el efecto que esta genera en la calidad de vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente; aunado a estas amenazas, dicha condición hace vulnerable a la persona a diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos como el estrés y la depresión.

El impacto de esta enfermedad durante la adolescencia es más dramático porque el adolescente debe superar las demandas propias de esta etapa de la vida, como un periodo de constantes ambivalencias, contradicciones y búsquedas; y las propias de la enfermedad.

Cuando el adolescente padece una enfermedad de larga duración o crónica puede sentir que lo hallan en direcciones opuestas. Por un lado debe ocuparse del problema físico, lo cual requiere que dependa de sus padres y médicos. Por otro lado, el adolescente quiere ser independiente y participar con sus amigos en varias actividades. Con frecuencia, el adolescente con una enfermedad crónica trata de dejar sus medicamentos sin consultar con el médico, quiere demostrar que esta a cargo de su propio cuerpo como los demás adolescentes.

Los adolescentes en tratamiento de diálisis, vivencian pérdidas de su cotidianidad sobre todo en su vida de estudiantes; también viven la pérdida de su independencia, la imagen corporal previa y la imagen corporal deseada. Los horarios impuestos e inflexibles para cumplir con el tratamiento farmacológico, el procedimiento de diálisis, la presencia del catéter para esta y las restricciones alimentarias, son las causas fundamentales de tales pérdidas. Las relaciones con sus pares se deterioran por el aislamiento social en que se sumergen como una manera de afrontar las pérdidas. Este aislamiento y problemas de imagen corporal, es debido a que se sienten preocupados y con frecuencia insatisfechos con su apariencia física por los abundantes cambios fisiológicos y morfológicos que les ocurren. Estos factores, afectan su desarrollo, las oportunidades de lograr sus metas, ser independientes y establecer relaciones interpersonales significativas. (Hernández , Fernández y Baptista 2003)

Los adolescentes que se tienen que someter a tratamiento de hemodiálisis, se adaptan en menor grado al procedimiento debido a que tienen oportunidades más restringidas de incorporarse a centros escolares o actividades propias de su edad, además parecen estar más conscientes de sus limitaciones físicas y lo incierto de su futuro (Velasco, 1980). Posiblemente estén más preocupados por su debilidad física, que los pone en desventaja frente a sus compañeros, el aislamiento social y las restricciones a su autonomía representan los aspectos más importantes de preocupación. En algunos casos los sentimientos de culpa adquieren gran relevancia, puesto que el paciente se percibe como un objeto malo, que solo provoca penas y dolor a su familia (Pietrillo y Sanger, 1975).

Aberastury y Knobel (1986) han caracterizado a la adolescencia como un síndrome, que estaría integrado por varios aspectos que podrían alterarse por la presencia de la enfermedad crónica, de las siguientes formas:

- a) Búsqueda del sí mismo y de la identidad. Para su formación resultan importantes tanto el esquema corporal como el autoconcepto.

El esquema corporal es un resultante intrapsíquico de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución. Este esquema puede modificarse por la enfermedad crónica especialmente a nivel de la autoimagen que el adolescente tiene de sí mismo. Esta problemática surge como consecuencia tanto de los cambios ocasionados por los tratamientos establecidos para tratar la enfermedad, es decir, quimioterapia, radioterapia, ingesta de corticosteroides, intervenciones quirúrgicas, diálisis, trasplantes, etc., como de los ocasionados por la propia enfermedad sobre el individuo que la sufre, entre las que se pueden encontrar, deformidades, invalidez, caída del pelo o presencia de vello, manchas, aumento o disminución en el peso, la masa muscular y en algunos casos, la estatura.

Por otra parte, el autoconcepto, entendido desde un punto de vista psicológico no-psicoanalítico, como lo hacen Aberastury y Knobel (1986), se desarrolla a medida que el individuo cambia e integra los conceptos que acerca de él mismo tienen muchas personas, así como la definición que sobre él se forman los grupos e instituciones a los que pertenece, al mismo tiempo que asimila los valores que constituyen su ambiente social. Así, el adolescente con una enfermedad crónica se percibe a través de los conceptos que los demás tiene sobre él, es decir, puede considerarse como un incompetente, con una gran necesidad de que lo protejan y cuiden, pues los demás y muy en especial sus propios padres empieza a hacerse innecesaria en este periodo de la vida, pero no es así cuando se encuentra enfermo, pues aún siente que los necesita. El proceso de separación de los progenitores no sólo debería ser posible para esta etapa, sino necesaria. Sin embargo, ante la enfermedad del hijo, esto parece ser más difícil para los padres, incluso, el propio adolescente muchas veces muestra sentimientos ambivalentes a este respecto.

- b) La tendencia grupal: el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental para el adolescente, ya que le transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente mantenida con la organización familiar y con los padres en especial. Pero, en el caso del adolescente enfermo, esto resulta aún más difícil, pues muchas veces es rechazado por el grupo de compañeros al considerarse “diferente”, puesto que todo lo “diferente” al resto del grupo es rechazado y tildado de “extraño”. Así que por lo común se les estigmatiza y ridiculiza. Muchas veces sus compañeros se expresan de ellos con crueldad, colocándoles mote muy duros, o bien, se comportan como si no existieran, con indiferencia total.
- c) Necesidad de intelectualizar y fantasear: la incesante fluctuación de la identidad del adolescente adquiere caracteres que suelen resultar angustiante y que le obligan a la búsqueda de un cobijo interior. En este refugio, el adolescente enfermo tratará de deshacerse de la enfermedad, estigma y consecuencias, a través de sumirse en un mundo de fantasía, donde él es sano e igual a los demás. También, puede recurrir al uso de mecanismos de defensa, como la intelectualización, preocupándose por principios éticos, filosóficos y sociales, que no pocas veces implican formularse planes de vida, en ocasiones centrados en la asistencia y comprensión hacia los demás. Comprensión que el propio adolescente enfermo no percibe haber obtenido de su familia, del mundo exterior o de su red social.
- d) Las crisis religiosas: en cuanto a esto, el adolescente puede manifestarse como un ateo, dado que puede percibir la enfermedad como un castigo divino, o bien, como un místico muy fervoroso, ya que espera lograr la curación mediante la expiación. Por otra parte, ésta puede llegar a ser una etapa en la que por primera vez tenga que enfrentarse a su posible muerte y aceptar lo que esto conlleva.
- e) La desubicación temporal es un aspecto que se encuentra relacionado con el sentimiento de soledad tan típico de los adolescentes, los cuales presentan largos periodos en que se encierran en sus cuartos, se aíslan y se retraen. En el adolescente enfermo crónico estos periodos pueden llegar a acentuarse,

dado que representan un refugio adecuado contra el rechazo que sufre (o imagina sufrir) de su mundo social y muy en especial de sus padres.

- f) La evolución sexual: de acuerdo con Aberastury y Knobel (1986) en Velasco M. y Sinibaldi J, 2003), durante la adolescencia se pueden describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital; dicho ejercicio es más de tipo exploratorio y preparatorio que una verdadera genitalidad procreativa que sólo se llega a dar en la adultez, con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental. Conforme el adolescente acepta su genitalidad, inicia la búsqueda de la pareja de manera tímida pero intensa, además surge el enamoramiento apasionado como un fenómeno que adquiere características de vínculos intensos pero frágiles. Sin embargo, el adolescente con una enfermedad crónica puede sentir que no es apto para enfrentar su sexualidad, tratando de negarla o de minimizarla. Ahora bien, si el adolescente asume su sexualidad sin problema puede enfrentarse con la dificultad de que su padres sí tengan inconvenientes en aceptar su genitalidad, recurriendo incluso a infantilizarlo, o bien, negando su capacidad de relación genital.

Los cambios biológicos que se operan en la adolescencia originan ansiedad y preocupación en el adolescente, pues aun cuando se den, éste teme que no se produzcan, o bien, no lleguen a culminar de manera favorable, debido a su enfermedad o a los tratamientos que ha recibido. Por otra parte, el adolescente enfermo puede sentirse poco atractivo o no digno de merecer una pareja, lo cual dificulta sus relaciones con el sexo opuesto.

De acuerdo con Aberastury y Knobel (1986), las contradicciones constantes en la conducta constituyen otra característica propia del adolescente. Es importante recordar que su conducta está dominada por la acción y que ésta constituye la forma de expresión más típica en tales momentos de la vida, pues hasta el pensamiento necesita volverse acción para poder ser comprendido. Un adolescente enfermo se encuentra ante un dilema, necesita la acción, pero su cuerpo muchas veces no se lo permite, ya que sus fuerzas pueden estar disminuidas o sus padres intentan infantilizarlo, o su mente le pide

cambios que su cuerpo no está dispuesto a permitir por invalidez, malformaciones o restricciones que el padecimiento le impone.

Por otra parte, el mundo no tolera los cambios de conducta del adolescente y exige de él una identidad adulta, que por su puesto no tiene, pero que su padres tratan de lograr a toda costa. Es común que los padres traten de “concienciar” al adolescente de las consecuencias que tiene en él o en ella, así como del daño que se podría causar si no se siguen las indicaciones y tratamientos médicos. Sin embargo, muchas veces el hijo considera que su cuerpo es lo único sobre lo que aun puede decidir, aunque en ocasiones hasta éste le traiciona. Así, resulta que la única manera que tiene de manifestar su autonomía y tratar de ejercer su poder es a través de revelarse en contra del manejo terapéutico, por supuesto sin valorar las consecuencias que esto tiene sobre su salud.

Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: un sentimiento básico de ansiedad y depresión acompaña de modo permanente a la adolescencia. La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a efectuar rápidas modificaciones en su estado de ánimo. De manera que súbitamente se encuentra sumergido en la desesperanza más profunda, o bien, en la alegría más desmedida. Estas fluctuaciones en el estado de ánimo parecen resultar intensas ante una enfermedad, especialmente cuando se acerca el momento de someterse a un tratamiento, o bien cuando se sufren las manifestaciones secundarias del mismo. Por otro lado, la ensoñación les permite salir de este mundo y aparecer como alegres y despreocupados ante una enfermedad que amenaza sus vidas.

En resumen, el adolescente enfermo ya no es un niño y, por ende, ya no debe tratársele como tal, pero tampoco se le considerará como un adulto pequeño. Es importante reconocer que éste tendrá sus propias necesidades, sus propios objetivos y metas, lo cual será necesario comprender y manejar. (Velasco M. y Sinibaldi J, 2003)

2.4 ADOLESCENCIA, FAMILIA Y ENFERMEDAD

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de esta y también un cambio en su

entorno: El cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado, medicado. El cambio en el entorno ocurre por la incorporación del equipo médico tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante.

Cuando el paciente se da cuenta de que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. Todos entran en crisis, aunque cada uno a su manera. No se trata de la vida o muerte de una sola persona, sino de todo un sistema. Parte de esta crisis surge ante el hecho de que “la familia que era” ya no será más, pues ésta situación producirá cambios aunque no lo deseen. Habrá cambios en la jerarquía, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares (Suchecky, (1989) en Velasco M. y Sinibaldi J, 2003).

Para adaptarse a esta nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente, sobre todo cuando la enfermedad cubre una “necesidad” del sistema familiar.

Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen, en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa en la que esta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos.(Robles, 1987).

Respecto al momento de la vida del paciente, tiene diferentes implicaciones para la familia, por ejemplo, que el enfermo sea un bebé recién nacido, con el que todavía no se han establecido los lazos afectivos que ya existen con un niño mayor, o que sea un adolescente con todas las expectativas y sueños respecto al futuro, que caracterizan la etapa, y que la enfermedad dificulta o imposibilita.

Como sistemas vivos que son, tanto la persona como la familia tienen en su evolución momentos que se caracterizan por una mayor estabilidad, es decir,

permanencia de patrones de interacción y momentos de mayor cambio, de ensayo de nuevos patrones de interacción, con la consecuente inestabilidad. La aparición de una enfermedad crónica es más problemática en uno de esos momentos de cambio, en los que las dificultades derivadas de ésta pueden impedir que la familia o el individuo, encuentren y desarrollen los nuevos patrones de relación que corresponden a la nueva etapa que están iniciando. Se tiende entonces a regresar a patrones que eran eficaces en periodos anteriores. Esas interacciones, dice Peggy Penn, "se congelan" y la familia se rigidiza, se detiene en esa etapa (Penn, (1983) en Robles 1987).

John Rolland señala (1984), que de la misma manera que la llegada de un nuevo miembro requiere que la familia "se encierre", se repliegue en sí misma durante un tiempo, para facilitar la socialización de ese niño, la aparición de una enfermedad crónica obliga a la familia a "encerrarse" también, para "socializar" la enfermedad, para aprender a convivir con ella.

Es importante distinguir, primero, si la enfermedad aparece en forma progresiva o aguda. Cuando aparece en forma progresiva, la familia dispone de cierto tiempo para reajustar sus estructura, su distribución de papeles y para echar a andar sus mecanismos de solución de problemas frente a la realidad de un miembro con una enfermedad crónica y terminal, porque se encuentra en una situación de cambio gradual, que es hasta cierto punto predecible. No sucede así con las familias en las que aparece una enfermedad en forma aguda, que tienen que lograr ese mismo ajuste en un tiempo más corto y por lo mismo con mayor tensión.

Es conveniente distinguir también, cuando la enfermedad progresiva provoca una incapacidad, también progresiva del paciente, y recordar que los diferentes tipos de incapacidad requieren diferentes ajustes de la estructura familiar; no es lo mismo una incapacidad en el área cognitiva (enfermedad de Alzheimer, por ejemplo), que en el área sensorial (sordera o ceguera, por ejemplo). Las familias con una problemática de este tipo, disponen generalmente de un periodo de ajuste más o menos largo para implementar la reubicación de papeles e incluso prever con anticipación problemas que se presentarán después.

Algunas enfermedades que se transmiten genéticamente, son campo fértil para la aparición de conflictos de culpa por la transmisión de la enfermedad. Cuando se requieren largos o frecuentes periodos de hospitalización, es necesario cuidar y mantener la relación entre el paciente y su familia mientras está internado, así como su reintegración cada vez que regrese a casa (Robles 1987).

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, el paciente y su familia responden de una manera muy semejante a la que describe Kubler-Ross (1969) en su trabajo *On Death and Dying*. De acuerdo con esta autora, cuando una familia se entera de que uno de sus miembros sufre de una enfermedad crónica y posiblemente mortal, responde al choque a través de una serie de etapas que van desde la negación hasta la aceptación. De éstas, la primera etapa es:

La negación, la cual resulta ser una reacción de ajuste. La negación se puede definir como el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento, con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. Sin embargo, pocas son las familias o individuos que permanecen en esta etapa durante mucho tiempo.

La segunda etapa se caracteriza por sentimientos tales como enojo, ira, resentimiento y coraje. Ésta es una etapa difícil de manejar, ya que tanto el paciente como algunos miembros de la familia desplazarán sus sentimientos negativos hacia otras personas, la mayor parte de las veces sin considerar contra quien lo harán. Por otra parte, si esta fase llega a reconocerse y el paciente se sienta aceptado y entendido en cuanto a lo que está pasando, su enojo disminuirá, pues se sentirá amado y respetado. Algo similar ocurrirá con los otros miembros del sistema familiar al saberse escuchados y sobre todo comprendidos.

La tercera etapa es la de regateo o pacto. Cuando el paciente y su familia se dan cuenta de que la ira no cambia su situación, comienza el regateo, es decir, todos o algunos de los miembros del sistema familiar llegan a prometer algo "muy significativo" a cambio de obtener la curación o la prolongación de la vida del miembro enfermo.

En la cuarta etapa, el paciente y su familia se dan cuenta de que el regateo no remediará la gravedad de la enfermedad, ante lo cual surge la depresión. Se pueden

identificar plenamente dos áreas a través de las cuales se explica éste estado de ánimo en el individuo enfermo: a) la carga emocional y económica que el paciente siente que llega a ser para su familia y b) el duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus seres queridos. Esta etapa por lo general es silenciosa, sin embargo, la necesidad de contacto físico tiende a aumentar. Finalmente tanto el paciente como su familia entrarán en la fase de resignación, lo cual posibilitará para todos la aceptación de la enfermedad, iniciando pues, el proceso de vivir “día a día” con ella. (Velasco M. y Sinibaldi, J. 2001).

Ante el impacto de la enfermedad la familia presenta diferentes fases antes de establecer un estilo de afrontamiento y adaptación a la enfermedad, dichas fases son (Navarro, Góngora y Beyebach (1995) en García y Ramirez 2003):

Fase de desorganización.- En el periodo de impacto de la enfermedad se rompe el funcionamiento de la estructura familiar, esta ruptura suele iniciarse en las “fracturas” familiares que existen desde hace mucho tiempo, incluso antes de la aparición de la enfermedad. En algunos casos puede suceder que la fase de desorganización llegue a ser tan profunda que la misma familia no pueda recuperarse.

Fase del punto de recuperación.- Este punto señala que la familia está llegando a un punto a partir del cuál será posible su recuperación de la crisis, esto se puede notar en la forma en que otros miembros de la familia participan en el cuidado del enfermo, esto también se puede reflejar en que la familia se comienza a preocupar por los demás miembros; también lo que da la pauta de esta fase es cuando la familia se acerca a otras personas que también tienen un familiar enfermo e intercambian experiencias entre sí, formando incluso grupos de autoayuda ó de información para otras personas.

Fase de reorganización.- Esta fase de reorganización es muy variable, ya, que depende del tipo de enfermedad de que se trate, además del estilo de cada familia. Hay que considerar que en dicha fase la enfermedad puede provocar que el grupo familiar consolide su estructura anterior ó que se llegue a una nueva distribución de papeles.

Diversos autores también señalan que cuando la enfermedad aparece en el sistema familia, la familia afronta la enfermedad por medio de un estilo de respuesta, las

cuáles constituyen dos modalidades opuestas, que en realidad se van 'escalonando" a lo largo de las posibles respuestas comunes, estos estilos opuestos son:

Tendencia centrípeta.- Esta tendencia se nota en la forma en que la familia hace una cohesión de manera interna ante la enfermedad; en este caso la familia gira en torno al enfermo, se tiene al paciente como el centro de interacción familiar, absorbe la energía y monopoliza la atención de los otros miembros restando así, el desarrollo del resto de la familia. En este estilo de respuesta, la familia vive en un estado constante de sobresalto, teniendo siempre en cuenta las posibilidades de complicaciones de la enfermedad y contratiempos de la evolución de la enfermedad. El riesgo de muerte es percibido de modo constante.

Tendencia centrífuga.- Este estilo de respuesta se caracteriza por el desarrollo de conductas evitativas hacia la enfermedad de los otros miembros, por ejemplo, el cuidado del enfermo recae directamente sobre un solo miembro familiar, originando la completa dependencia del enfermo hacia dicho miembro familiar, esto se observa de manera frecuente en los pacientes pediátricos con leucemia, ya que el cuidado del niño recae directamente sobre la madre. También de manera frecuente, es la madre quien absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad, llegando incluso a anular al paciente, en una forma de sobreprotección absoluta, de manera que evita la participación de otros miembros de la familia. (Kornblit, A., 1996; Rodea, B.A., 1997, Navarro, J. & Beyebach, M, (1995) en García y Ramírez 2003)

En la familia se presenta un ciclo denominado normativo; puede entenderse como la alternancia de momentos, los centrípetos son aquellos en los que la familia tiene que realizar tareas que son internas a la familia (se mantiene la estructura, y de momentos centrífugos, que por el contrario implican tareas externas a la familia (se generan nuevas estructuras (Rolland, J., Navarro, J. & Beyebach, M 1995 en García y Ramirez 2003)

De acuerdo con, (Velasco, 1980; Velasco, 1982, Velasco 1985) la familia de un enfermo crónico presenta las siguientes características:

Por lo general, la familia con un niño o un adolescente con IRC permanece en la etapa de "familia con hijos pequeños", lo cual le garantiza la posibilidad de brindar cuidado

y protección al enfermo negándose a aceptar que el paciente o cualquiera decida iniciar acciones que impliquen un mayor grado de independencia.

En el subsistema conyugal los padres se dedican más a su función parental que a ellos mismos como pareja, formándose así una alianza rígida entre el enfermo y la madre, lo que mantiene al padre en una posición periférica, mas aun debido a que el padre suele encontrarse agobiado por las presiones económicas. Esta alianza entre la madre e hijo interfiere con el rol de esposa, lo cual ocasiona en el padre una actitud rígida y distante; por tanto, su vida como pareja y su comunicación son bloqueadas. Al niño enfermo también se le incluye en el subsistema parental y adquiere una posición central y de autoridad a través de la diada que forma con la madre.

Aún cuando todos los miembros de la familia declaran un sentimiento de apego, las fronteras individuales permanecen cerradas y rígidas, debido a la dificultad para expresar y comunicar sus sentimientos de culpa, tristeza y miedo.

Los hermanos también desarrollan problemas para expresar sus sentimientos, pues son sumamente ambivalentes, por una parte sienten rivalidad y hostilidad hacia el paciente, pues se ha convertido en el centro de atención de sus padres, y por otra le aman y les preocupa que esté enfermo. En general, la sobreprotección que los padres brindan al enfermo se traduce en aislamiento, tanto de sus hermanos como de sus amigos. Además, la familia tiende a bloquear los intentos de independencia de los demás hijos, lo cual genera disgusto y malestar, pues ellos culpan al enfermo de que sus padres procedan de esta manera.

Aún cuando todos los miembros de la familia declaran un sentimiento de apego, las fronteras individuales permanecen cerradas y rígidas, debido a la dificultad para expresar y comunicar sus sentimientos de culpa, tristeza y miedo.

Robles de Fabre, (1985) puntualiza los siguientes aspectos:

En general, los límites entre subsistemas, y el sistema familiar con el entorno se hacen más permeables, tienden a diluirse, permitiendo que el enfermo se vuelva central, es decir, que las interacciones en la familia se hagan en gran medida en función de él.

Como consecuencia, se modifican también las jerarquías. Si se trata de un hijo, sale del subsistema fraterno al dejar de participar en las actividades de sus hermanos y casi siempre al emanciparse de algunas de las normas que los rigen a ellos. Si se trata del padre o de la madre, generalmente delega su función parental y pasa a funcionar como "hijo" del otro cónyuge, de los hijos mayores y/o de la familia de origen. Los múltiples cuidados que el enfermo requiere, así como la sobreprotección brindada al enfermo, hacen que este asuma una posición central.

Si había problemas previos, entre los esposos, éstos tienden a formar coaliciones teniendo como base al enfermo, al tratamiento y a la enfermedad. Si ya existían coaliciones, y debido a la disolución de los límites, éstas tienden a ampliarse abarcando a un mayor número de personas. En los casos de enfermedades genéticamente transmitidas, la formación de coaliciones es particularmente relevante, ya que se integran alrededor de la culpa, casi siempre fantaseada, por la transmisión de la enfermedad, que cada uno de los cónyuges y de las familias de origen intenta poner en el otro.

La vida de la familia, gira alrededor de la enfermedad, dejando de lado sus planes para el futuro en la incertidumbre de lo que llegue a suceder. Los problemas preexistentes se "olvidan", por lo cual la familia da la impresión de haber mejorado sus relaciones a raíz de la enfermedad. Sin embargo estos problemas permanecen latentes ya que en algunos casos no solo se relegan los conflictos, sino también la vida conyugal.

Cuando el tratamiento es complicado y costoso, generalmente el miembro de la familia que se ocupa del paciente tiende a estar sobrecargado de trabajo, al grado de llegar a convertirse en periférico para el sistema familiar. Es decir, disminuye notablemente sus interacciones con los otros miembros. La regresión y depresión, que tienden a darse en el paciente, así como la centralidad, favorecen esta sobrecarga. Ante esto, puede surgir algún otro miembro que asuma un rol parental auxiliar.

Es frecuente que como consecuencia de la tensión que produce en el sistema familiar la aparición de la enfermedad crónica, así como de los cambios adaptativos que éste tiene que realizar, aparezcan conductas disfuncionales en otros miembros

En general, los problemas que existían previamente tienden a agravarse, pero en algunos casos se forman interacciones de unión frente a la enfermedad y los problemas

previos pasan a segundo plano, con lo que puede observarse una mejoría en las relaciones familiares. Cuando esto se da, puede preverse que el sistema familiar dificulte la rehabilitación del paciente porque ésta implicaría el resurgimiento de los viejos problemas.

Cuando se requieren largos o frecuentes periodos de hospitalización, es necesario cuidar y mantener la relación entre el paciente y su familia mientras está internado, así como su reintegración cada vez que regrese a casa.

Las familias con un miembro con enfermedad crónica, que presenta etapas de "normalidad" y crisis periódicas o intermitentes, requieren de flexibilidad suficiente para cambiar de una estructura y organización de familia "normal", a una estructura y organización de familia "en crisis" y viceversa (Rolland, 1984 en Robles (1985).

Por todo esto, pero además para lograr que la familia sirva de apoyo al enfermo para vivir en las mejores condiciones posibles y morir acompañado y dignamente, es importante trabajar sistemáticamente con este tipo de familias a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica o terminal. (Robles de Fabre, 1985). Lo cual es posible si el personal de la institución de salud cuenta con la preparación adecuada para ayudar a la familia y al paciente a afrontar el problema ya que éste genera ansiedad por ser una situación muy estresante; por lo tanto el personal de salud, debe cuidar que los niveles de ansiedad presentados en cada persona afectada por la enfermedad crónica, se manejen adecuadamente para que no influyan de manera negativa en el proceso de la enfermedad.

En el siguiente capítulo se abarca el tema de la ansiedad y se explica cómo influye en las personas, los tipos de ansiedad, los tratamientos, etc.

CAPITULO III

ANSIEDAD

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Quizá por ese carácter es tan universal de la ansiedad como parte de la condición humana, los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales. Los griegos de la época clásica contaban con términos para la manía, la melancolía, la histeria y la paranoia. Sin embargo, no disponían de ningún término para la ansiedad.

La ansiedad se acompaña a menudo de un sentimiento de enclaustramiento, una sensación de opresión en el tórax, que incluso impide la respiración, una sensación de opresión en el abdomen (Littre y Robin, 1958).

La ansiedad, tal como la entendemos, solía unirse al concepto de melancolía en la época medieval y el Renacimiento.

El neurólogo norteamericano George Millar Peard (1839-1883) otorgó el nombre de neurastenia (debilidad de los nervios) a la panofobia, de la que hablaban los psiquiatras europeos de aquel entonces, parecida al trastorno de ansiedad generalizada. Beard adquirió en vida mucha fama con la aplicación de sus tratamientos eléctricos para curar la neurastenia.

El concepto de neurastenia era tan popular que muchos profesionales dedicados a la salud mental adjudicaban todos los tipos de trastornos relacionados con la ansiedad a esta categoría genérica.

Sigmund Freud (1856-1939) se opuso a esta tendencia y escribió: “La neuropatología solo puede salir beneficiada si tratamos de separar la neurastenia propiamente dicha de todos aquellos trastornos neuróticos, cuyos síntomas muestran un vínculo mucho más fuerte entre sí que con los síntomas habituales de la neurastenia (como la presión intracraneal, la irritación raquídea y estreñimiento). Freud continuó

describiendo la neurosis de ansiedad, término que apareció publicado por primera vez en un artículo de 1895. Freud atribuía el origen de este concepto a Ewald Hecker, pero Hecker no había llegado tan lejos como para discriminar entre neurosis de ansiedad y neurastenia, tal y como estaba a punto de hacer Freud. Según la descripción freudiana, el cuadro clínico consta de los siguientes elementos:

- irritabilidad general
- expectación ansiosa,
- ansiedad que acecha constantemente;
- crisis rudimentarias de ansiedad;
- despertar nocturno con terror;
- vértigo
- fobias a las serpientes, oscuridad, bichos, etc.
- alteraciones digestivas
- parestesias
- estados crónicos, como sensación de lasitud permanente.

La descripción de la neurosis de ansiedad por Freud, constituye un concepto bastante amplio. En el DSMIV – TR, la crisis de angustia, la agorafobia, la fobia específica y el trastorno de ansiedad generalizada encajan dentro de los límites establecidos por Freud para la neurosis de ansiedad. Todos los trastornos que él y los pioneros del psicoanálisis describieron se podrían entender sobre la base de la ansiedad, definida hoy como un estado frecuente, pero anómalo, distinto del miedo, que no precisa ningún método psicoanalítico para su comprensión. Aun así la explicación predominantemente psicológica de la neurosis de ansiedad no era aceptada de forma unánime.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX persistía una tendencia arraigada, según la cual los principales factores etiológicos de la ansiedad tenían un carácter hereditario o exclusivamente biológico.

El concepto original de ansiedad de Freud sobre la importancia capital de la energía: la libido reprimida por los impulsos no satisfechos determinaba una acumulación excesiva de energía en el sistema nervioso, que se manifestaba en forma de ansiedad. Este modelo mecanicista y cerrado dio paso, dos décadas más tarde, tras la modificación

por Freud de su teoría, a otro en que la ansiedad ya no se medía con arreglo a cuantos concretos de energía (mal distribuida) sino que se consideraba mas bien como una señal de alarma indicativa de un peligro para el equilibrio y el bienestar.

La distinción entre temor y ansiedad fue subrayada una vez mas por Kart Jaspers (1913), entonces se prestó de nuevo atención a algunas variantes del trastorno de ansiedad que habían sido despreciadas durante muchos años. Lo que hoy denominamos fobia social.

Pierre Janet (1859-1947) fundador de la psiquiatría dinámica francesa, ayudo a que sus pacientes expresaran las “ideas fijas” que en su opinión, constituían el origen de casi todo su padecimiento psicológico. Para Janet los sentimientos eran estados mentales secundarios que guiaban la expresión y la terminación del comportamiento. Su eficacia dependía de la “energía” y de la capacidad integradora de cada uno. Un defecto de energía o de capacidad integradora explicaba la ausencia de sentimientos y la aparición de comportamientos primitivos. La ansiedad y la angoisse constituían las manifestaciones principales de este fracaso. En su obra Janet (1926) hablaba de tendencias más que de impulsos; así mismo aludía a la “tensión psicológica”, la capacidad de una persona para utilizar su energía de forma más o menos intensa. Según Janet, el “dinamismo de una persona” dependía de la calidad y cantidad de su energía más que de los conflictos y de las fuerzas respectivas que Freud situaba en el eje de su modelo dinámico.

Las descripciones en el caso de Janet se centran, en el aquí y ahora: la situación y los sentimientos actuales del paciente; rara vez hacen alusiones a los pormenores de la primera infancia o a la influencia que estos acontecimientos preliminares pudieran tener en la configuración de los síntomas de ansiedad del paciente.

Los trabajos de Delay, Deniker y Pichot durante la década de 1950 sirvieron, además para validar la independencia entre la ansiedad y la depresión y para desarrollar, al mismo tiempo, los ansiolíticos y los antidepresivos (Delay y Deniker, 1952).

Otra investigación notable a comienzos del siglo XX es la de Robot (1896, 1911), quien estableció una distinción mas nítida, con respecto a otros científicos, entre el

trastorno de ansiedad generalizada (pantofobia) y las fobias específicas ante diversos animales y objetos.

El principal teórico de la terapia conductual, Burrhus Frederick Skinner (1904-1990), explicó la ansiedad como una manifestación de la respuesta condicionada a una situación temida (1938).

El analista inglés Wilfred Bion (1897-1979) consideraba que el lactante, en fase de desarrollo, experimentaba desde el nacimiento una serie de ansiedades psicóticas relacionadas con sus principales cuidadores y que dichas ansiedades se reactivaban luego en diversas situaciones de grupo. Bion (1967) se había inspirado en Melanie Klein (1882-1960), quien especuló que los lactantes atravesaban posiciones depresivas y paranoides en las primeras etapas de desarrollo (Klein, 1975). El problema de la teoría kleiniana, con respecto a la ansiedad, es que confunde lo sustantivo con la sustancia. Las reacciones del lactante pueden parecer análogas a determinadas reacciones de los pacientes adultos con una psicosis paranoide o depresiva. Sin embargo como ha aclarado la investigación contemporánea de la psiquiatría psicobiológica, las reacciones químicas de los pacientes psicóticos y las de los lactantes o niños no psicóticos no se parecen en nada. Un problema similar surge, con Harry Stack Sullivan (1892-1949). Sullivan contempla la ansiedad como el “síntoma básico” subyace a todas las formas de la psicopatología. Hoy esta afirmación se considera exagerada.

3.2 CONCEPTO DE ANSIEDAD

La ansiedad (del latín *anxietas* = angustia, aflicción), se puede definir como una respuesta emocional o conjunto de respuestas que se manifiestan en cuatro áreas de la persona: cognitiva o de pensamiento, conductual, motora y psicofisiológica.

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, es decir por hechos ocurridos a la persona, por pensamientos, o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes.

La ansiedad como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida, y en ocasiones nos sirve de protección

ante posibles peligros. Ejemplo: ansiedad ante un animal peligroso evitaría acercarnos a él y protegernos.

Los cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o estado de ansiedad; como el aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, la elevación del tono muscular, el aumento del ritmo de la respiración, la disminución de la función digestiva y sexual, etc., sirven para llevar a cabo con más posibilidades de éxito una reacción de huida o ataque ante aquello que suponemos una amenaza. Un ruido inesperado, pasos en una calle solitaria, etc. Pueden producir de forma inmediata una reacción de ansiedad que prepara a las personas para la acción. Estamos ante niveles adecuados y sanos de ansiedad. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia.

Existe otro tipo de ansiedad, la patológica. Estos mecanismos son patológicos cuando se presentan ante estímulos y/o situaciones mínimos y que no son en sí peligrosos, con una intensidad o duración exagerada.

Las respuestas inadecuadas de ansiedad aparecen en un individuo:

- En su forma de pensar, caracterizada fundamentalmente por la preocupación, la inseguridad, el miedo o temor, la aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, tomar decisiones, sensación de desorganización y pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad.

- En aspectos fisiológicos o corporales. Ej. taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, rubor facial, náuseas, vómitos, diarreas, molestias digestivas, tensión muscular, temblores, fatigabilidad excesiva etc.

- En su forma de actuar, que suelen implicar comportamientos inadecuados (movimientos repetitivos o torpes, movimientos sin una finalidad concreta, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones etc.).

Ejemplos de amenazas psicológicas triviales son: discusión con jefe, pareja, tráfico, etc. La ansiedad es un problema cuando:

- Es de intensidad, frecuencia y duración alta
- No es proporcional con la gravedad objetiva de la situación.
- El grado de sufrimiento subjetivo es alto.
- El grado de interferencia en la vida cotidiana es alto.

Cuando la ansiedad se cronifica, es estrés. Alerta permanente del organismo, la cual afecta al sistema inmunológico. Se favorece la hipertensión arterial.

Existen conductas inadecuadas de afrontamiento como comer en exceso, fumar, automedicarse, beber, que alivian tensión momentánea pero contribuyen a mantener el problema a largo plazo

A veces la distinción entre ansiedad crónica y depresión puede ser difícil.

Ansiedad crónica:

- Sentimiento de incapacidad.
- Disolución de la estructura psicosocial.
- Alteraciones psicosociales.
- Pérdida de autoestima.

Depresión:

- Conductas inadecuadas de respuesta.

Ansiedad crónica:

La ansiedad y las enfermedades tienen una relación en sentido bidireccional.

La ansiedad se cronifica fácilmente si la persona no tiene estrategias de afrontamiento de la situación de estrés.

- Síntomas físicos: tensión motora, hiperactividad vegetativa, hipervigilancia.
- Síntomas conductuales: evitación.
- Alteraciones cognitivas: incapacidad subjetiva, temor a las críticas, atribución errónea a los síntomas físicos de ansiedad.

3.3 ANSIEDAD ESTADO – RASGO

La ansiedad Estado es conceptualizada como 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 de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, como elevaciones en la intensidad de la Ansiedad Estado. Como concepto psicológico, la Ansiedad Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama “motivos” y que Campbell (1963) conceptúa como “disposiciones conductuales adquiridas”. Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta “objeto consistentes”

3.4 TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Estos tratamientos incluyen:

- Fármacos ansiolíticos.
- Psicoterapia Cognitivo-Conductual (cognitive-behavior therapy). Esta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas; modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar auto-charlas positivas; técnicas específicas para tratar con el pánico; etc.
- Reducción de estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.
- Cambios en la alimentación, por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan esta. Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas.

Estos tratamientos son solo algunos de los que se utilizan para aminorar los niveles de ansiedad, y elegir un mejor estilo de afrontamiento ante la situación, puesto que sí existen niveles de ansiedad muy altos, las personas tienden a elegir estilos de afrontamiento que muchas ocasiones son contradictorios para las mismas personas.

En el capítulo IV, se define lo que es el afrontamiento, así como también, los estilos de afrontamiento, las condiciones personales, condiciones ambientales, las funciones del afrontamiento, etc.

CAPITULO IV

AFRONTAMIENTO

4.1 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

Estrés psicológico es "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar." Lazarus y Folkman (1980)

El trabajo de Richard Lazarus (1983) sobre el *stress* y las habilidades de afrontamiento puede ser muy útil aquí. Lazarus nos ha mostrado que:

- Las personas presentan diferencias individuales en la vulnerabilidad al estrés.
- Las personas tienen diferencias individuales en su fortaleza frente a la adversidad
- Las personas poseen distintas habilidades de afrontamiento.

Lazarus (1983) concibe el estrés psicológico y las habilidades de afrontamiento como el producto de una relación continua entre la persona y el ambiente. El cree que un individuo, al enfrentarse con una situación potencialmente estresante, realiza una evaluación cognitiva: el sujeto evalúa lo que sucede con base a las agendas personales llevadas a la situación y en base a su creencia sobre la disponibilidad de los propios recursos. El descubrió tres tipos de evaluación (Lazarus y Folkman (1991) en Castillo, V. (1997) :

Acto primario de valoración

El acto primario de valoración se refiere a si lo que sucede es relevante para los propios valores, compromisos relativos a los objetivos, creencias sobre el self y el mundo e intenciones situacionales. La persona vive atendiendo a asuntos rutinarios hasta que se produzca un indicador de que algo de mayor importancia adaptativa está ocurriendo, en

tal caso interrumpirá la rutina ante la posibilidad de daño o pérdida, amenaza o desafío (Mandler, 1984).

En el acto primario de valoración es fundamental la pregunta de si: *¿Hay o no hay algo en juego, o está alguno de los valores nucleares comprometido o amenazado? ¿Puedo sufrir daño? Y en caso afirmativo, ¿Qué podría pasar?.* Si la respuesta a la pregunta fundamental de la valoración primaria es no, en otras palabras no consideramos la transacción relevante para nuestro bienestar, no se producirá estrés.

Si por el contrario, valoramos que lo que está ocurriendo es una condición de estrés, las alternativas transaccionales son daño/pérdida, amenaza o desafío:

1. El *daño/pérdida* consiste en algún perjuicio que ya se ha producido (He sufrido daño)
2. La *amenaza* es la posibilidad de tal perjuicio en un futuro (Puedo sufrir daño)
3. El *desafío* es algo equivalente al autrés de Selye, donde la persona que se siente desafiada lucha con entusiasmo contra los obstáculos (Puedo hacerlo: enfoque como crecimiento).

Estas funciones generalmente se hallan presentes tanto en los casos de crisis como trauma. Claramente, la reacción a esta evaluación depende del inventario inmediato que efectúa el individuo sobre sus recursos personales e interpersonales. Cuando hablamos de los recursos, las cuatro áreas a las que nos referimos son los recursos internos, los recursos interpersonales, los recursos comunitarios y los recursos comunitarios y los espirituales.

La flexibilidad del individuo, así como su habilidad para buscar ayuda, constituyen importantes determinantes de las habilidades de afrontamiento. Estas también afectarán a la percepción de una situación amenazadora, valorándola como amenaza o como reto. Un enigma interesante es que si un individuo percibe una falta de recursos adecuados de apoyo o flexibilidad, la situación de crisis puede aparecer como abrumadora o destructiva. Sin embargo, esas fuentes de apoyo pueden encontrarse disponibles si el individuo es capaz de acceder a ellas y entonces existe la posibilidad de que la situación sea concebida como desafiante en vez de amenazadora. La habilidad para conectar plenamente con los propios recursos puede perfectamente depender de decisiones, o

compromisos cognitivos, que se tomaron cuando se era muy joven, los cuales bloquean en una visión particular del mundo. Un ejemplo de cómo funciona el compromiso cognitivo es el grado en el que se ajustan las personas a reglas arbitrarias sobre las normas y valores que aprendieron cuando eran niños, tal como “el tenedor se coloca a la izquierda del plato” (Langer, citado en McCarthy, 1994). Los conceptos sobre cómo se supone que es el mundo pueden venirse abajo violentamente con el trauma y la crisis y es fundamental la habilidad para ser flexible y modificar las propias expectativas. (Wainrib, B. 1998).

Factores de riesgo

Los siguientes elementos determinan una respuesta individual a la crisis o el trauma. Los factores de riesgo presentan una serie de procedencias. Incluyen factores de riesgo relacionados con el individuo, el rol, la superposición de roles y los relacionados con el evento.

Factores de riesgo relacionados con el individuo

Las reacciones individuales al estrés extremo varían en términos de los factores de riesgo específicos que se hallan presentes en el individuo o en su vida durante la época de crisis (Myers, 1989 en Lazarus y Folkman 1991):

1. Edad y fase de desarrollo. El grado de habilidad y experiencia puede ser un factor de riesgo, tal como en el caso de los niños, que no tienen la capacidad para entender y racionalizar lo que ha sucedido y pueden carecer de la habilidad verbal necesaria para describir sus experiencias; o en los adultos más viejos quienes podrían encontrarse impedidos física o mentalmente, en su habilidad para buscar ayuda y utilizar los recursos disponibles.
2. Salud. Una mala salud, una enfermedad reciente, o un trastorno mental pueden impedir lograr acceso al cuidado médico, sobre todo durante los desastres naturales y sus consecuencias.

3. Discapacidad. Una movilidad, vista, oído o discurso deficientes puede poner a la persona en el riesgo de no obtener los suministros necesarios para la recuperación.
4. Estrés preexistente. Un cambio reciente de trabajo, preocupaciones financieras, traslados, cambios familiares y otros problemas pueden incrementar el riesgo debido al estrés acumulado y a sistemas de apoyo sociales dañados
5. Eventos traumáticos vitales previos. Los resultados exitosos pueden haber generado capacidades de afrontamiento y habilidades de supervivencia. Los resultados insatisfactorios o las reacciones emocionales que no funcionaron pueden dejar a los individuos vulnerables ante estrategias de afrontamiento desadaptativas y con reacciones emocionales intensas ante agentes estresantes actuales.
6. La fortaleza del sistema de apoyo social. La ausencia o pérdida de sistema de apoyo sociales y psicológicos pueden poner en riesgo a las personas.
7. Habilidades de afrontamiento. Descritas anteriormente, unas habilidades de afrontamiento deficientes o esfuerzos desadaptativos (como beber en exceso) indican que una persona está en riesgo.
8. La expectativa del ego y de los demás. Los miembros de la familia que necesiten de un cuidado (por ej., los niños pequeños, familiares con problemas de salud) puede añadirse al estrés de la víctima. Unas autoexpectativas altas pueden poner al individuo en riesgo de experimentar una sensación de fracaso y pérdida, en caso de que sus esfuerzos se muestren inútiles. Además, el modo en que una víctima reacciona y se comporta durante y después de un evento traumático difiere, a menudo, de cómo se lo imaginó esa persona.

9. Estado de los familiares. Si se encuentran separados en el momento de la crisis, el individuo puede padecer un estrés severo y a veces un daño potencial en un intento por localizarles.
10. Percepción e interpretación del evento. El modo en el que un individuo percibe un evento afectará al nivel de estrés experimentado y a su efectividad en el afrontamiento. Por ejemplo, las personas que creen que ellos fueron los responsables pueden sufrir una culpa y depresión graves (adaptado de Myers, 1989 en Lazarus y Folkman 1991).

4.2 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO

Afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan. Para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 1991).

En primer lugar, se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de cómo rasgo, lo cual se refleja en las palabras constantemente cambiante y demandas específicas y conflictos. En segundo lugar, esta definición implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

4.3 EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales:

- Primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones.

- Segundo, lo que le individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares.
- Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

El significado del afrontamiento como proceso puede observarse en la duración del duelo y de los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida. Por ejemplo, cuando se pierde a un ser querido, puede haber un fuerte shock inicial e incredulidad, o bien puede haber intentos de negación de la muerte. También puede haber una actividad frenética, llanto o denodados esfuerzos por sobrellevar la situación social o laboralmente. En las etapas posteriores puede aparecer desinterés y depresión, seguido de la aceptación de la pérdida, la reanudación de las actividades habituales e incluso, a veces, adhesión a otras personas. El proceso completo puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien puede durar solo algunos meses.

4.4 LAS MÚLTIPLES FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO

Una característica importante de nuestra conceptualización es que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones.

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Una estrategia puede servir a una función determinada.

La definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico sobre el que se conceptualiza el afrontamiento y/o en cuyo contexto se analiza.

Janis y Mann (1977), formulan las funciones del afrontamiento dentro de un marco de toma de decisiones. En su modelo, las funciones principales del afrontamiento tienen que ver con la toma de decisión, particularmente la búsqueda y evaluación de información.

Mechanic (1974), parte de una perspectiva socio-psicológica, cita tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas. Pearlin y Schooler (1978) las denominan función de control situacional.

Existen funciones del afrontamiento que pertenecen a contextos específicos, como salud/enfermedad, exámenes, crisis políticas, saltos en paracaídas, bienestar y los cambios propios de la vida institucional. Las funciones del afrontamiento definidas dentro de contextos específicos son menos generales y más específicas de la situación que las que se derivan de perspectivas teóricas más amplias.

Junto a las funciones descritas existe una diferenciación que nosotros consideramos de extrema importancia: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

En general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

La naturaleza de las estrategias de afrontamiento no siempre es consciente, la investigación empírica se ha centrado básicamente en aquellas estrategias que los individuos pueden conscientemente reconocer y las divide en:

1. *Estrategias de resolución de problemas:* son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando malestar. A veces el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene por si misma repercusiones favorables en la regulación emocional.
2. *Estrategias de regulación emocional:* son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. Estas estrategias son interiores y privadas, se construyen para controlar la angustia y la disfunción que podrían generarse cuando no hay nada o muy poco que hacer, como es el caso de una enfermedad crónica o terminal. El afrontamiento centrado en la emoción consiste en lo que nos decimos nosotros mismos en un intento de llevar a cabo ese control. Cambia nuestra manera de pensar acerca de lo que está ocurriendo, pasamos de una valoración amenazadora a otra más serena o positiva.

Las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, (p. ej. hacer ejercicios para mantener el estado general de salud) mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación, favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (p. ej. la pérdida de un ser querido)

Estas estrategias pueden ser evaluadas mediante la aplicación de escalas que evalúan una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante. Estas escalas cubren varias estrategias diferentes que se detallan a continuación (las dos primeras centradas en la solución de problemas, las otras cinco en la regulación emocional, y la última en ambas. Estas estrategias son:

1. **Confrontación:** Esfuerzos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad y una actitud hacia correr riesgos.
2. **Solución de problemas o planificación:** Esfuerzos deliberados para alterar la situación orientados a la solución del problema apoyados en una perspectiva analítica para resolverlo.

3. **Distanciamiento:** Esfuerzos cognoscitivos para separarse de la situación y para minimizar su significancia. Una manera de distanciarse es percibir algo horrible pero sin asimilar su significado emocional completo, es como si viéramos sin realmente ver. Se hace sin intención consciente.
4. **Autocontrol:** Esfuerzos cognoscitivos para regular los sentimientos y las acciones personales.
5. **Responsabilidad:** Reconocimiento de la participación personal en el problema, con el interés de intentar poner las cosas en orden.
6. **Escape- evitación:** Esfuerzos cognoscitivos y conductuales orientados a escapar o evitar el problema como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. **Reevaluación positiva:** Esfuerzos para crear un significado positivo de la situación enfocado al crecimiento personal. También posee una connotación religiosa.
8. **Apoyo social:** Esfuerzos para buscar apoyo informativo, tangible y emocional.

4.5 RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO

El afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva. Aunque muchos aspectos del individuo y del entorno, la forma en que éste realmente afronte la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. Decir que la persona tiene muchos recursos no significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si son realmente útiles (p. e., dinero, juguetes, personas a las que recurrir, conocimientos importantes) como si constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles. Ambos significados nos interesan en nuestro análisis del tema.

Antonovsky (1979) ha utilizado el término recursos generalizados de resistencia para describir las características que facilitan el manejo del estrés. Estas características pueden ser físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocioculturales. El planteamiento de Antonovsky se refiere a los factores que contribuyen a la resistencia al estrés y no a los recursos que el individuo muestra para afrontarlo. En otras palabras, Antonovsky ve los recursos como neutralizadores del estrés y Lazarus y Folkman los ven como factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés.

El grado en que los recursos por sí mismos neutralizan los efectos del estrés en comparación con los procesos reales de afrontamiento fue demostrado empíricamente por Pearlin y Schooler (1978). Estos autores consideraron el dominio y la autoestima, la relación entre estas características y las respuestas de afrontamiento y de reducción del grado de trastorno emocional en cuatro áreas: economía doméstica, área laboral, paternidad y matrimonio. Hallaron que en el contexto más estrechamente interpersonal del matrimonio y, en menor grado, en la paternidad, son las cosas específicas que haga el individuo lo que determinará más exactamente la aparición o no de un trastorno emocional mientras que disponer de los recursos «adecuados» resulta más efectivo cuando lo que hay que afrontar son problemas relativamente impersonales. Pearlin y Schooler sugieren que los recursos son más útiles para ayudar a las personas en el afrontamiento de tensiones derivadas de las condiciones sobre las que disponen de poco control (dinero y trabajo). Pero cuando se afrontan los problemas que se derivan de las relaciones interpersonales estrechas lo que uno hace es muy distinto.

Sería imposible intentar catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, por ello se identifican las principales categorías. Aquellos que se consideran principalmente propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas. El resto de las categorías son más ambientales e incluyen los recursos sociales y materiales.

Salud y energía

Se hallan entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento de muchas, si no de todas, las situaciones estresantes. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.

Desde luego, puede que se exagere la importancia de la salud y de la energía en el afrontamiento. Muchas de las investigaciones realizadas (p. e., Bulman y Wortman, 1977; Dimsdale, 1974; Hamburg y Adam-S, 1967; Hamburg et al., 1953; Visotsky et al., 1961) sugieren que los individuos son capaces de afrontar las situaciones sorprendentemente bien a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía. Por tanto, mientras que la salud y la energía ciertamente facilitan el afrontamiento es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien, que cuando se encuentra mal, las personas enfermas y debilitadas generalmente pueden movilizarse lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellas.

Creencias positivas

Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Se incluyen en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza, puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (p. ej., un médico) o un programa determinado (p. e., un tratamiento) resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios. La esperanza existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable.

Considerar las creencias positivas como un recurso de afrontamiento, va implícito en la tradición de escritores «de inspiración», como Normal Vincent Peale, que reclama

para el pensamiento positivo poder funcional y capacidad para iluminar las experiencias. Lo que no queda claro es la existencia o no de costos para tal tipo de pensamiento y tampoco está claro si estas creencias son transferibles a las personas que no las tienen. Es posible que aquél que más necesita recurrir a la creencia positiva sea el menos hábil para conseguirlo. Es importante estudiar el pensamiento positivo, incluidas las condiciones que lo favorece, sus costos y beneficios y hasta qué punto puede desarrollarse mediante intervenciones.

No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Por ejemplo, la creencia en un Dios castigador puede llevar al individuo a aceptar una situación perturbadora como un castigo divino y a no hacer nada para dominar o manipular las demandas de tal situación. De hecho, una creencia (un locus externo de control) puede conducir a una evaluación de desesperanza que, a su vez, disminuye el afrontamiento dirigido al problema. De forma similar, una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas.

El grado de generalización de un determinado sistema de creencias influye también sobre su papel en el afrontamiento. Los sistemas de creencias pueden aplicarse prácticamente en todos los contextos o bien tener un espectro de aplicabilidad muy estrecho. La creencia en un Dios paternalista permite la evaluación de su intervención por parte del individuo que en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad, mientras que las creencias sobre el control personal y el dominio pueden limitarse a determinadas situaciones. La creencia de que uno tiene menor control sobre las situaciones laborales que sobre las domésticas puede mermar el afrontamiento dirigido al problema en el primer contexto. Por tanto, tanto la naturaleza de un sistema de creencias como su grado de generalización determinan su valor como recurso y su influencia en los procesos de evaluación y de afrontamiento.

De todas las creencias que se han citado como recursos para el afrontamiento, las que han recibido más atención son las que hacen referencia al control. Por ejemplo, una creencia general sobre un locus de control interno (medido generalmente por la escala

Rotter) produce mayor actividad y persistencia en el afrontamiento (para-Revisiones véase Lefeourt, 1976) que la creencia en un locus externo. De igual forma, las evaluaciones positivas de control en una situación específica, lo que Bandura: 1977) llama expectativas de eficacia, determinan también los esfuerzos de afrontamiento y su persistencia.

Varios estudios sugieren también que las expectativas generales de control guardan relación con el tipo de afrontamiento. En investigaciones sobre las expectativas del locus de control interno y externo y las actitudes y conductas relacionadas con la salud, Strickland (1978) indican que las personas que creen que los resultados dependen de sus propias conductas afrontan de forma distinta los problemas relacionados con la salud que las que los consideran el resultado como fruto del azar, la casualidad, el destino o de fuerzas que se encuentran más allá de su control personal. Los que poseen un locus de control interno tienen más probabilidades de pedir información sobre la enfermedad y la salud cuando se hallan preocupados por la posibilidad de padecer hipertensión (Maiden y Wallston, 1976), tiene más probabilidades de acotar para cambiar sus hábitos insalubres (James, Woodruff y Werner, 1965; Steffy Meichenbaum y Best, 1970; Straits y Sechrest, 1963; Williams, 1973), se ocupan más de la prevención de la caries dental (Williams, 1972) y practican de forma efectiva el control de la natalidad (MacDonald, 1970).

Anderson (1977), encontró que los individuos con un locus de control interno utilizaron más estrategias activas que los que disponían de un locus externo, más propensos a responder con estrategias más defensivas. Entre las estrategias activas se incluyeron esfuerzos para obtener ayuda con la que hacer frente a las pérdidas iniciales. Las conductas dirigidas al control emocional incluyeron el retraimiento, la afiliación a grupos, la hostilidad y la agresividad.

Las discusiones de Anderson (1977) y Strickland (1978) sugieren que las creencias generales sobre el locus de control influyen en el afrontamiento: si el locus de control es interno, predominan las estrategias dirigidas al problema y si el locus es externo, predominan las estrategias dirigidas a la emoción. Los datos obtenidos en un estudio realizado por Folkman, Aldwin y Lazarus, (1981) con sujetos de 45 a 65 años proporcionan hallazgos mixtos Las creencias generales sobre el locus de control no

guardaron relación con el afrontamiento; en contra de lo que cabría esperar, el locus interno no pareció especialmente relacionado con el afrontamiento dirigido al problema.

Técnicas para la resolución del problema

Las técnicas para la resolución de problemas incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974; Janis y Mann, 1977). Son importantes recursos de afrontamiento que, aunque abstractos, se expresan a través de acciones específicas, como cambiar una rueda pinchada, conseguir un empleo, prepararse para un examen, etc. Algunos autores conceptualizan estas técnicas. En términos amplios, como enfrentarse a dilemas morales (Schwartz, 1970), situaciones de emergencia (para revisiones véase Appley y Trumbull, 1967; Baker y Chapman, 1962; Coelho et al., 1974; Janis, .1958; Lazarus, 1966), conflictos de rol, conflictos matrimoniales (Levinger, 1966; Parson y Bales. 1955), o ambigüedades (Haan, 1977). Otros abogan por definiciones más limitadas como las que encontramos en manuales de entrenamiento (Meichenbaum, 1977; Rogers, 1977; Yates, 1976).

Las técnicas para la resolución de problemas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol (p. e., Rosenbam, 1980a, b, en preparación).

Habilidades sociales

Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. La importancia de las habilidades sociales como recurso se hace

evidente en muchas áreas, incluidas los programas terapéuticos que ayudan al individuo a manejar mejor los problemas cotidianos así como los programas de entrenamiento que persiguen mejorar la comunicación interpersonal. El interés de las organizaciones para enseñar técnicas de comunicación refleja una tendencia a considerar que la solución de los problemas depende menos de los actos individuales que de la capacidad de la acción grupal (Mechanic, 1974). Cuánto más acusada sea esta tendencia, más influirán las habilidades sociales en las relaciones cooperativas con los demás.

Apoyo social

El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés, tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social (Berkman y Syme, 1979; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Kaplan, Cassel y Gore, 1977; Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972).

Recursos materiales

Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Este recurso obvio se menciona raramente en las discusiones sobre afrontamiento (véase también Antonovsky, 1970), aunque su importancia queda implicada en las discusiones sobre las fuertes relaciones que existen entre el estatus económico, el estrés y la adaptación (cf. Antonovsky, 1979; House, 1979; Syme y Berkman, 1976). Las personas con dinero, sobre todo si saben cómo utilizarlo, generalmente viven mucho mejor que los que carecen de él. Obviamente, los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo. Simplemente el hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento afectivo.

Limitaciones en la utilización de los recursos de afrontamiento

La novedad y la complejidad de muchas situaciones estresantes dan lugar a una serie de demandas que muchas veces exceden los recursos del individuo. Sin embargo, en muchas ocasiones los recursos son de hecho adecuados, pero es el individuo el que no los utiliza al máximo porque hacerlo podría crear conflictos y perturbaciones adicionales. Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse cofactores y algunos derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno.

Grado de amenaza

La amenaza puede ser evaluada como mínima cuando se experimenta escasa sensación de estrés, o como máxima cuando provoca emociones negativas intensas como el miedo. Junto con los recursos y los condicionantes, el grado de amenaza que experimenta el individuo, juega un papel importante en la determinación del afrontamiento. Aquí se cae en un círculo vicioso: el grado en que una persona se siente amenazada depende, en parte, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de los condicionantes que limitan su aplicación. El grado de amenaza, a su vez, influye en el grado en que tales recursos pueden aplicarse. Cuanto mayor es la amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitado al abanico de los modos de afrontamiento dirigido al problema. Con respecto a los del primer tipo, Menninger (1945) escribe: Los grados menores de estrés generalmente se afrontan con técnicas relativamente normales» o «saludables»: un grado mayor de estrés o un estrés prolongado estimula el aumento de la actividad energética y expansiva para mantener la homeostasis.

En un estudio sobre los efectos del aislamiento, Wheaton (1959) observa que cuando se añaden a la experiencia de aislamiento amenazas como el hambre, la sed, el daño, la enfermedad o los trastornos físicos, aparecían con mayor probabilidad síntomas patológicos extremos y “regresión a un tipo de labilidad emocional y a un modelo de conducta parecido al de la infancia”. Y señala que la ausencia de una alternativa de afrontamiento factible estimula la actividad primitiva de defensa.

La amenaza extrema interfiere con los modos de afrontamiento dirigido al problema mediante sus efectos sobre el funcionamiento cognitivo y la capacidad de procesamiento de la información. Esta cuestión se hace principal en el modelo de conflicto de Janis y Mann (1977), en el que la amenaza extrema conduce a una acumulación inefectiva de la información y a una evaluación incorrecta, debido a lo que ellos llaman hipervigilancia. La hipervigilancia se caracteriza por fantasías obsesivas, funcionamiento cognitivo limitado y establecimiento prematuro de conclusiones (véase Easterbrook, 1959; Hamilton, 1975; Korchin, 1964; Sarason, 1975). Por ejemplo, la reducción de la capacidad para el procesamiento de la información y la resolución de problemas debida a un alto grado de amenaza. La capacidad del paciente para escuchar lo que tiene que decirle el médico sobre la prognosis, los procedimientos y el tratamiento puede quedar muy disminuida por el alto grado de amenaza originado por el diagnóstico.

Anderson (1977) concluye que la ansiedad asociada a grados de estrés conduce a la sobreutilización de mecanismos de afrontamiento emocionales o defensivos y a una insuficiente atención a los dirigidos a la resolución del problema, dando todo ello como resultado una disminución en los niveles de rendimiento.

Es importante resaltar que los grados de amenaza no significan necesariamente una disminución de alguna o de ambas formas de afrontamiento. Numerosos ejemplos existentes en la literatura ilustran el alto nivel de funcionamiento emocional y cognitivo que aparece en las circunstancias más adversas, sobre todo en aquellos casos de afrontamiento de enfermedad física e incapacidad y de circunstancias extremas. La conducta de afrontamiento está múltiplemente determinada; el grado de amenaza es sólo uno de los factores determinantes.

También es importante reconocer que en algunas situaciones existen pocas o ninguna opción para resolver el problema. En tales casos, la ausencia de afrontamiento dirigido al problema no debería interpretarse como primitivización, sino más bien como una consecuencia de la situación. Por ejemplo, Janoff-Bulman y Brickman (1982), señalan que el afrontamiento adaptativo incluye el saber en qué momento hay que dejar de perseguir un objetivo que es inalcanzable.

Es posible que en una situación con alto grado de amenaza el funcionamiento cognitivo se vea favorecido hasta un nivel alto mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción se haga más primitivo. Por ejemplo, la negación es considerada una defensa primitiva pero, ¿no hay situaciones en las que utilizar la negación permite al individuo mantener el equilibrio emocional necesario para iniciar la actividad adecuada para la resolución del problema? Es menos probable lo contrario; es decir, restringir la actividad para la resolución del problema como consecuencia de un afrontamiento «maduro» dirigido a la emoción, a no ser, que tal reducción se deba a una limitación de recursos.

Conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento. La relación entre recursos y afrontamiento se halla mediada por las coacciones personales y ambientales y por el grado de amenaza. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos períodos de la vida.

Por tanto, la presencia de un recurso en un momento dado no significa que éste será igualmente útil para el mismo individuo en otro momento. Sin embargo, la información que obtengamos sobre ellos puede ayudar a entender por qué algunos individuos parecen resultar más desafiados que amenazados y por qué se encuentran mejor que otros en el curso de numerosas situaciones estresantes.

Condicionantes personales

Las condicionantes personales hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo. También llamamos a los condicionantes personales esquemas o factores de coacción. Los valores y las creencias culturales sirven como normas que determinan cuándo ciertas conductas y ciertos sentimientos son apropiados o no. El sentido del humor puede ser una técnica apropiada y efectiva para reducir la tensión en una discusión acalorada, pero resultará inapropiado e incluso provocará tensión en un funeral. En una investigación realizada por Klass (1981), las alumnas que experimentaban un gran sentimiento de culpa respecto las conductas

asertivas refirieron ser menos asertivas en los contextos sociales que no se sentían culpables. La medida de la culpa sugiere la existencia de un factor de coacción presumiblemente derivado de los procesos de socialización. Indudablemente, existen algunas situaciones donde el individuo se verá más influido por las normas culturales, dependiendo de lo que se halle en juego y de las consecuencias de violarlas. Los individuos también difieren entre sí en el grado de aceptación de tales normas. Por consiguiente, aun dejando un amplio margen de diferencias situacionales e individuales, vemos que los valores, las creencias y las normas derivadas de la cultura actúan como importantes agentes de coacción.

Por ejemplo, es posible que el individuo en crisis tenga a su disposición muchas formas de apoyo social, pero sea incapaz de utilizarlas. Por la forma en que se siente coaccionado por este apoyo. Puede que no acepte la ayuda que se le ofrece porque aceptarla significaría que está necesitado o desvalido; o puede no querer sentirse obligado o quizá desconfía de los motivos por los que tal ayuda se le brinda.

Mechanic (1974) dice que la solución a determinados problemas depende probablemente de la capacidad y voluntad del individuo para trabajar junto con otros. Este autor escribe que los individuos que pueden ser personas adaptadas y efectivas desde una perspectiva psicológica pueden resultar incompetentes, debido a sus valores y orientaciones individuales, cuando se trata de cooperar en grupo para conseguir soluciones a determinados problemas comunitarios. Por tanto, muchos sujetos eficaces pueden volverse incompetentes debido a la influencia de su entorno y a su resistencia o incapacidad para aceptar las relaciones cooperativas.

Existen muchos otros factores coactivos personales que pueden condicionar el afrontamiento, como las conclusiones prematuras a que da lugar esta predisposición de la personalidad pueden restringir el grado de utilización de los recursos individuales. Otras posibilidades incluyen el miedo al fracaso y el miedo al éxito (p. e., Atkinson, 1964; Horner, 1972), que pueden interferir con el afrontamiento en aquellas situaciones donde las consecuencias pueden preverse. Los problemas con las figuras de la autoridad, la necesidad de dependencia y los estilos particulares de hacer las cosas también pueden considerarse como factores coaccionantes

Condicionantes ambientales

Los condicionantes existen tanto en el ambiente como en el individuo. Dado que muchos recursos son finitos especialmente los recursos materiales como el dinero, hay que decidir cómo distribuirlos.

En otros casos, el entorno impide el uso apropiado de los recursos. El estudio de Siebill y sus colaboradores (1980) expresan, que el entorno puede diferir en la naturaleza y en la frecuencia de las amenazas presentadas al individuo, así como el tipo de opciones disponibles para tratar las situaciones amenazantes. El entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de un modo tal que acabe anulando sus estrategias.

El valor de este estudio, radica en la consideración de los factores coactivos como inhibidores del empleo de estrategias de afrontamiento apropiadas. Sin embargo, sabemos que también estos factores pueden actuar como facilitadores.

Por lo tanto, la manera en la que los pacientes como sus madres enfrenten la situación, influirá en la manera en que se adhieran a su tratamiento y por lo tanto el progreso que se obtenga.

CAPITULO V

MÉTODO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que padecer una enfermedad crónica como la Insuficiencia Renal trae consigo diversas consecuencias físicas y psicológicas tanto al paciente como a su familia, es importante investigar la forma en que las personas utilizan los estilos de afrontamiento, es decir, los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 1991).

5.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la IRC en México, constituye un problema de salud frecuente en la población, ya que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes, se estima que cada año son alrededor de 35 mil en todo el sistema de salud. Este tipo de enfermedad, es considerada como fuente generadora de ansiedad, ya que implica un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de las personas, originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la presencia de la enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal sino también puede ser evaluada como un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales, sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres queridos. El afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos de la ansiedad.

Cabe mencionar que el nivel de ansiedad y la forma como se enfrentan las familias de los pacientes crónicos ante el suceso es importante puesto que la familia influye en el progreso del tratamiento, tanto de manera positiva o negativa.

Consideramos por tanto, que es importante investigar si existe una relación entre el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento que llegan a tener los pacientes con IRC que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal, en relación con el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento de las madres de éstos pacientes, ya que estas, con frecuencia son las que mantienen un mayor contacto con los pacientes durante el proceso de tratamiento, por lo que parecen tener ingerencia sobre el curso del mismo y la evolución de la enfermedad.

De encontrar una relación entre estos factores, se harán propuestas de intervención, talleres psicoeducativos para los pacientes y su familia, dado que tienen que aprender a vivir con la enfermedad misma que exige un tratamiento de por vida.

De esta manera la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Existirá relación entre los estilos de afrontamiento y el nivel de ansiedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica actualmente en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal y los estilos de afrontamiento y el nivel de ansiedad de las madres de estos pacientes?

5.3 OBJETIVOS

- Investigar si existe relación entre los estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad en pacientes con IRC y los estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad de las madres de estos pacientes.
- Analizar los estilos de afrontamiento en pacientes con IRC y sus madres.
- Medir el nivel de ansiedad en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal y medir el nivel de ansiedad en las madres de los pacientes y los estilos de afrontamiento de ambos.

5.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad de las madres de pacientes con insuficiencia renal crónica tienen relación con los estilos de afrontamiento y en los niveles de ansiedad de los mismos.

HIPOTESIS ESTADISTICA

Hipótesis₁: Existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de madres de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de los pacientes.

Hipótesis₀: No existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de madres de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de los pacientes.

Hipótesis₁: Existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de madres de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de la mismas.

Hipótesis₀: No existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de madres de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de las mismas.

Hipótesis₁: Existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de las madres.

Hipótesis₀: No existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de las madres.

Hipótesis₁: Existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los estilos de afrontamiento de las madres.

Hipótesis₀: No existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los estilos de afrontamiento de las madres.

Hipótesis₁: Existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los niveles de ansiedad de los mismos.

Hipótesis₀: No existirá una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los niveles de ansiedad de los mismos.

Hipótesis₁: Existirá una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los niveles de ansiedad de las madres.

Hipótesis₀: No existirá una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los niveles de ansiedad de las madres.

5.5 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

1. **Definición Conceptual:**

- a) *Estilos de afrontamiento*: Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman, 1984).

- b) *Ansiedad*: respuesta emocional o conjunto de respuestas que se manifiestan en cuatro áreas de la persona: cognitiva o de pensamiento, conductual, motora y psicofisiológica; que pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, es decir por hechos ocurridos a la persona, por pensamientos, o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes.

2 .Definición operacional

a) *Estilos de afrontamiento*: Puntajes obtenidos en el Inventario de Modos de Afrontamiento

b) *Ansiedad*: Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE)

VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición Conceptual:

Insuficiencia renal crónica: incapacidad de los riñones para mantener el plasma libre de desechos nitrogenados y otras impurezas, así como para mantener la homeostasis del agua, los electrolitos y el equilibrio ácido base del organismo en su conjunto. Se puede acompañar de disminución (oliguria o anuria) o de un aumento (poliuria) de la excreción de agua.

Definición operacional

Diálisis peritoneal: consiste en la introducción, a través de un catéter (sonda), de un líquido especial conocido como solución de diálisis, que entra a la cavidad abdominal hacia el peritoneo (membrana que cubre la superficie interior del vientre e intestinos), con el fin de ayudar al organismo a expulsar las sustancias dañinas y quedarse con las necesarias. De

esta manera, se filtran las sustancias que el riñón ya no puede procesar. Las necesarias se quedan en la sangre y las dañinas en el líquido de diálisis, que luego es desechado.

Hemodiálisis: Consiste en filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro periódicamente, la sangre del paciente se conduce entubada desde el organismo hasta una máquina llamada “riñón artificial” en la que pasa a través de un filtro de limpieza (dializador), en el que se produce el intercambio entre el líquido del dializador y la sangre, recogiendo las sustancias tóxicas de la sangre y aportando otras beneficiosas, y retorna de nuevo al cuerpo.

5.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un diseño exposfacto de dos muestras independientes con una sola medición, ya que no se introduce ninguna variable experimental en la situación que se desea estudiar por el contrario, se examinaron los efectos que tiene una variable que ha actuado u ocurrido de manera normal u ordinaria.

5.7 MUESTRA

Se trata de una muestra no probabilística – Intencional. La muestra estuvo integrada por un total de 20 adolescentes con Insuficiencia Renal Crónica, tratados en el Hospital Darío Fernández Fierro del I.S.S.S.T.E, con las características descritas a continuación en los criterios de inclusión y exclusión, para medir estilos de afrontamiento y ansiedad.

Criterios de inclusión:

- Que sean adolescentes entre 14 y 19 años de edad
- Que padezcan insuficiencia renal crónica
- Que se encuentren en tratamiento de hemodiálisis o Diálisis peritoneal
- Que sean acompañados por sus madres

5.8 INSTRUMENTOS

- Se utilizó la prueba IDARE: inventario de ansiedad: rasgo-estado (Charles D. Spielberger, Rogelio Díaz-Guerrero), que consta de 20 reactivos con cuatro opciones de respuesta cada uno (1= No en lo absoluto; 2=Un poco; 3=Bastante; 4= Mucho).
- También se utilizó el Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, que consta de 67 reactivos con cuatro opciones de respuesta cada uno (0=No, de ninguna manera; 1= En alguna medida; 2= Generalmente, usualmente; 3= Siempre, en gran medida), dentro de los cuales se miden los siguientes estilos: *confrontación, distanciamiento, autocontrol, apoyo social, responsabilidad, escape - evitación, solución de problemas, reevaluación positiva y autocontrol.*
- Entrevista estructurada (ver anexo 1) a los pacientes y a sus madres, en relación a la enfermedad.

5.9 PROCEDIMIENTO

Para la presente investigación se realizó la revisión de los expedientes, de los cuales inicialmente 25 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, de igual manera se consideraron sus 25 madres. Sin embargo por cuestiones administrativas 5 de los 25 pacientes fueron trasladados a otro hospital, por lo que esta investigación se realizó con 20 pacientes y sus respectivas madres.

Se realizaron los trámites administrativos necesarios para notificar a las autoridades acerca de la intencionalidad de llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, solicitando su autorización.

Se les explicó tanto a las madres como a los hijos sobre la aplicación de los instrumentos antes mencionados y de la entrevista estructurada, explicándoles que los datos proporcionados eran confidenciales, solo con fines de investigación y firmaron un consentimiento informado.

Inmediatamente después, se les realizó la entrevista y posteriormente los instrumentos, al finalizar estas actividades, se les agradeció su participación y se les informó que se les entregarían los resultados en cuanto finalizara la investigación.

A continuación se muestran los resultados obtenidos de la presente investigación.

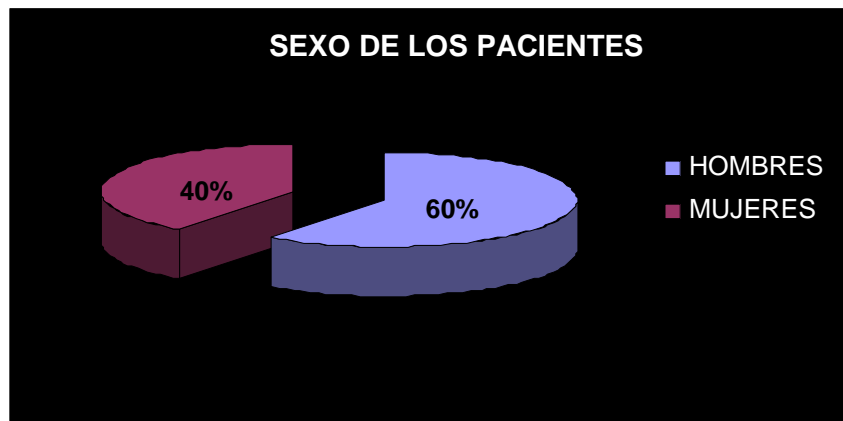
CAPITULO VI

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la investigación. Los datos que se muestran en las distintas graficas, son datos descriptivos y pertenecen únicamente a la muestra tomada. La muestra estuvo conformada por 40 personas, de las cuales 20 son pacientes adolescentes que padecen Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y los 20 restantes corresponden a las madres de éstos pacientes.

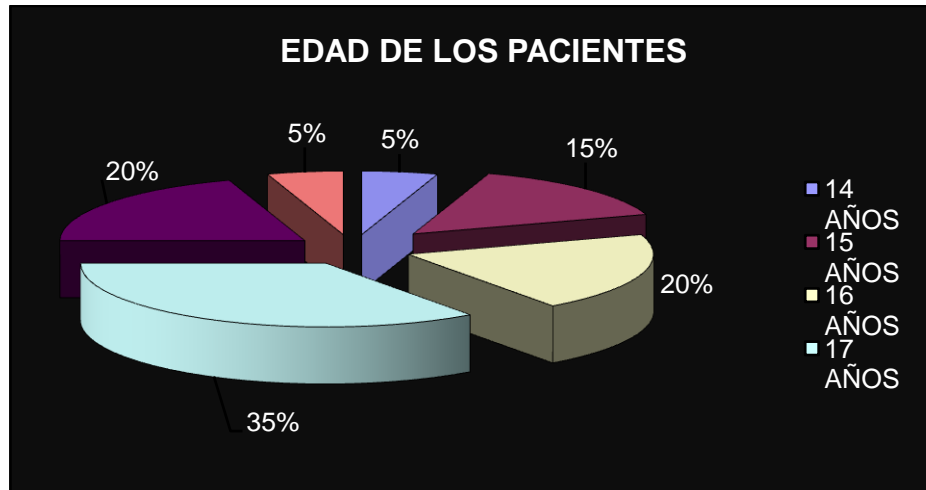
Datos sociodemográficos

Del total de pacientes que participaron en el trabajo, el 60% son de sexo masculino y el 40% son de sexo femenino. Como se muestra en la gráfica 1.



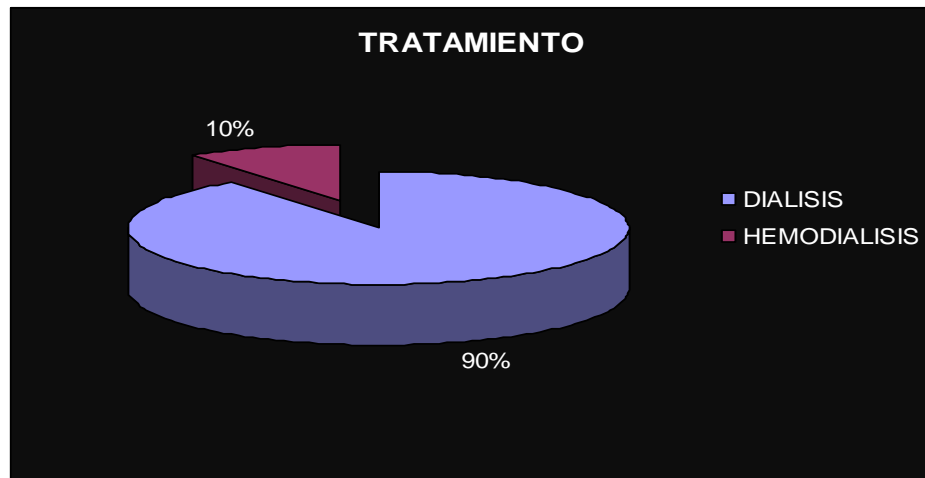
Gráfica 1

En la gráfica 2 se muestra el rango de edad de los pacientes que oscila entre 14 y 19 años de edad; así el 35% de ellos tienen 17 años, el 40% tiene 16 y 18 años, el 15% tiene 15 años y un 10% más tiene 14 y 19 años.



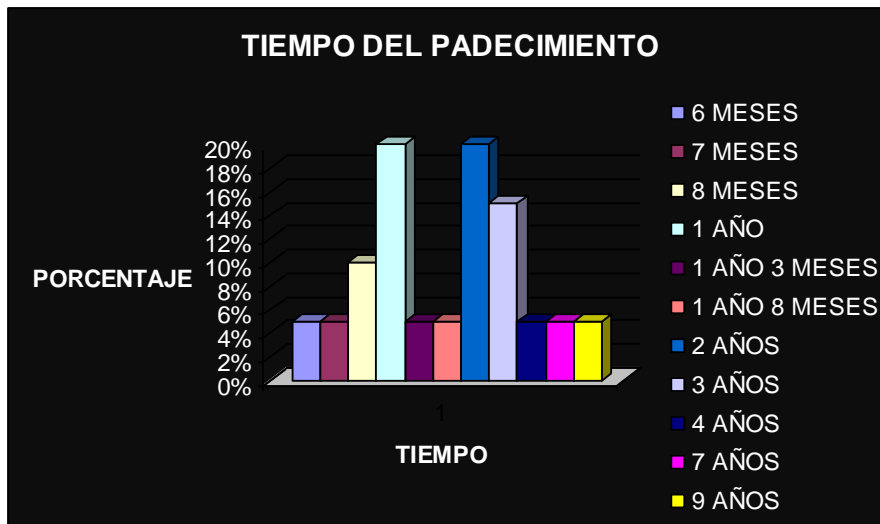
Gráfica 2

En la gráfica 3 podemos ver los datos son respecto al tratamiento en el que se encuentran actualmente los pacientes, podemos decir que el 90% se encuentra en tratamiento de Diálisis Peritoneal Ambulatoria (DPA) y el 10% restante se encuentra en tratamiento de Hemodiálisis.



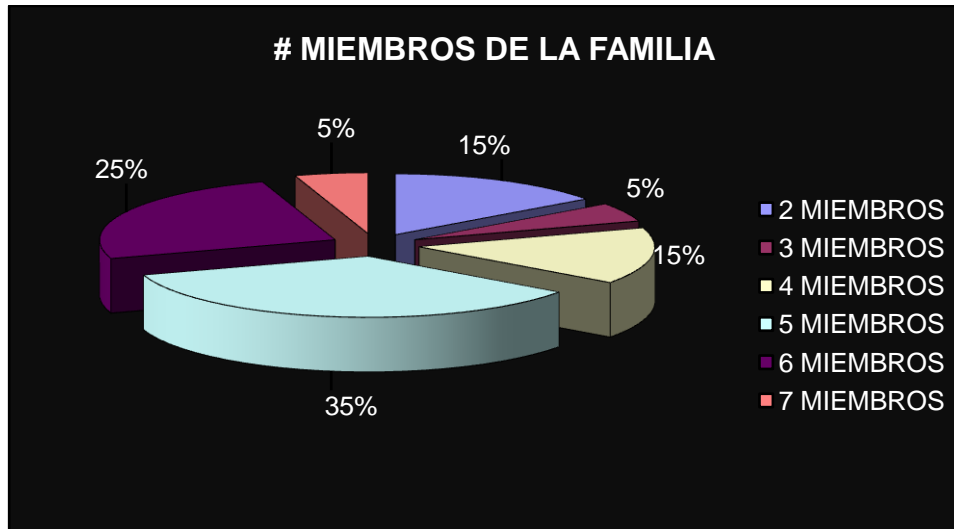
Gráfica 3

Un dato importante que se obtuvo fue el tiempo que tiene de padecer la enfermedad, el 50% tiene entre 1 y 2 años con el padecimiento, el 30% más de 2 años con el padecimiento, el 20% tiene menos de 1 año con el padecimiento. Como se muestra en la gráfica 4.



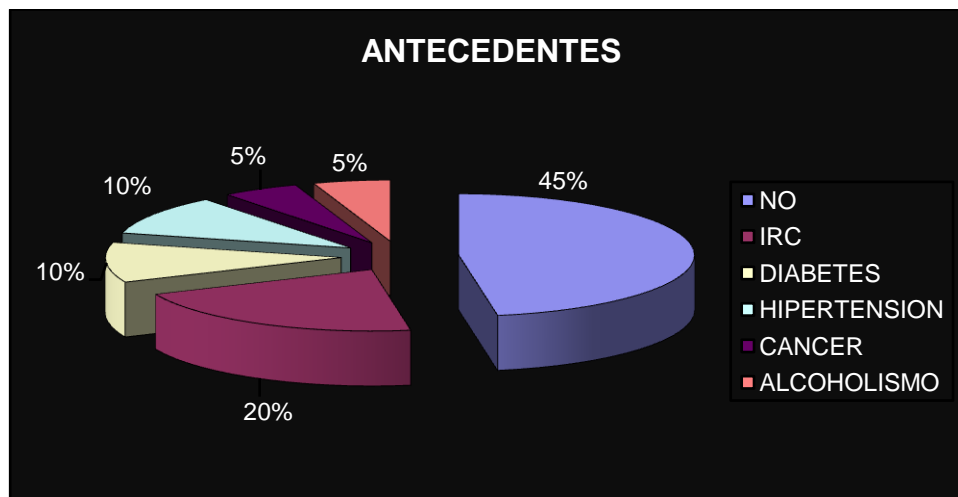
Gráfica 4

Se preguntó el número de integrantes de la familia con los que actualmente viven los pacientes. Los datos obtenidos son: cada familia se encuentra conformada por miembros que oscilan entre 2 y 7 personas por cada una, es decir, el 35% son familias integradas por 5 miembros (papá, mamá e hijos), el 25% son familias integradas por 6 miembros (papá, mamá e hijos), el 15% son familias integradas por 2 miembros (mamá e hijo), otro 15% más son familias integradas por 4 miembros y un 10% más son familias integradas por 3 y 7 miembros. En la gráfica 5 se muestran los porcentajes.



Gráfica 5

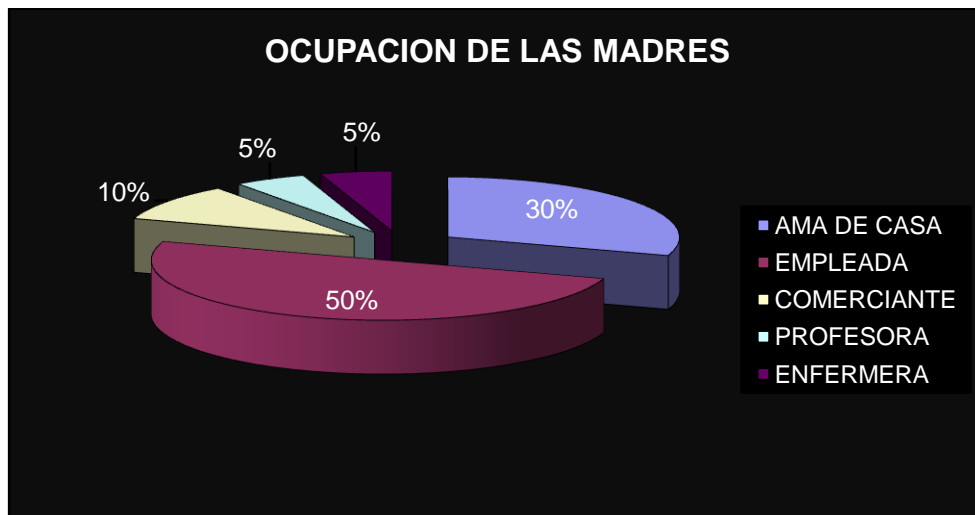
También se les preguntó si había antecedentes patológicos dentro de sus familias, como se muestra en la gráfica 6, el 50% de ellos reportó que no hay antecedentes patológicos, el 20% dijeron que hay antecedentes de IRC, el 10% mencionó que hay antecedentes de Diabetes, un 10% más tiene antecedentes de Hipertensión y 10% informó que hay antecedentes de Cáncer y Alcoholismo.



Gráfica 6

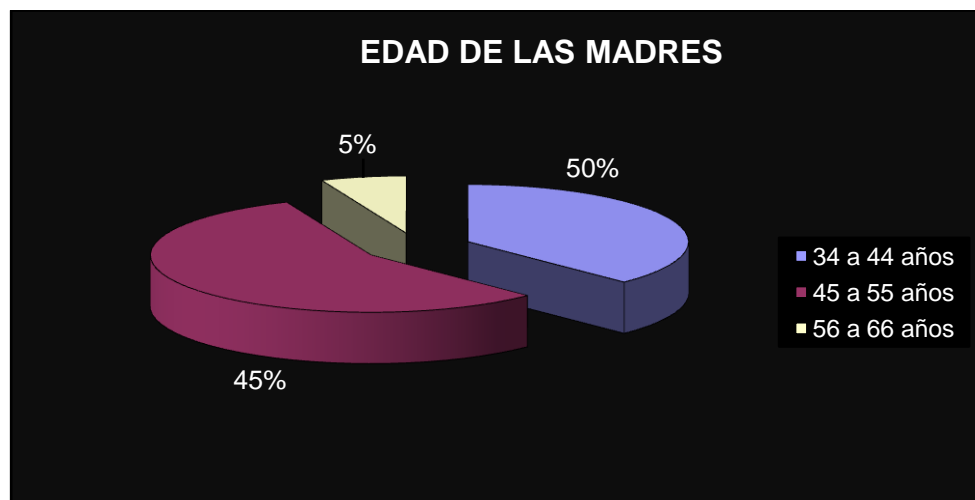
Una de las preguntas que se hizo exclusivamente a las madres fue, cual es la actividad a la cual se dedican. Los datos de ésta pregunta se muestran en la gráfica 7 el

50% mencionó que son empleadas, el 30% son amas de casa, el 10% son comerciantes, 5% son profesoras y 5% más son enfermeras.



Gráfica 7

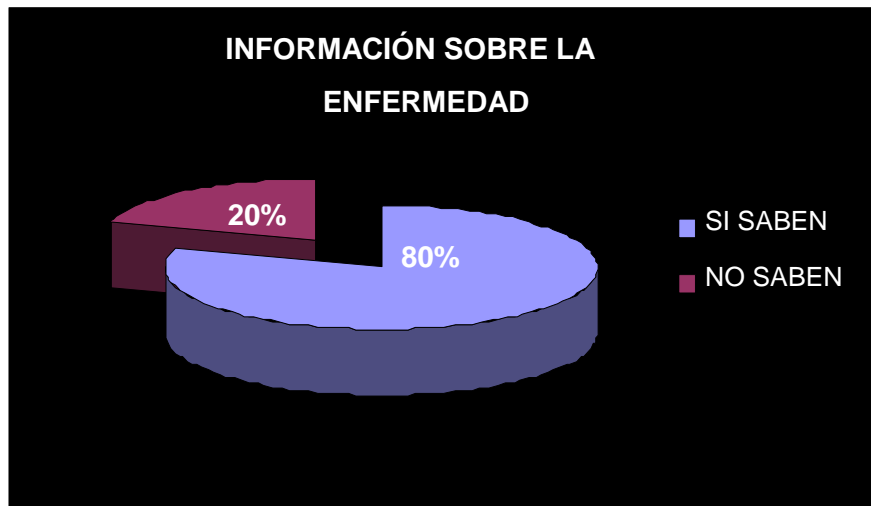
En la grafica 8 se muestra la edad de las madres de los pacientes, ésta oscila entre los 34 y los 64 años de edad, con una media de 44.8 años



Gráfica 8

Resultados de la entrevista realizada a la muestra

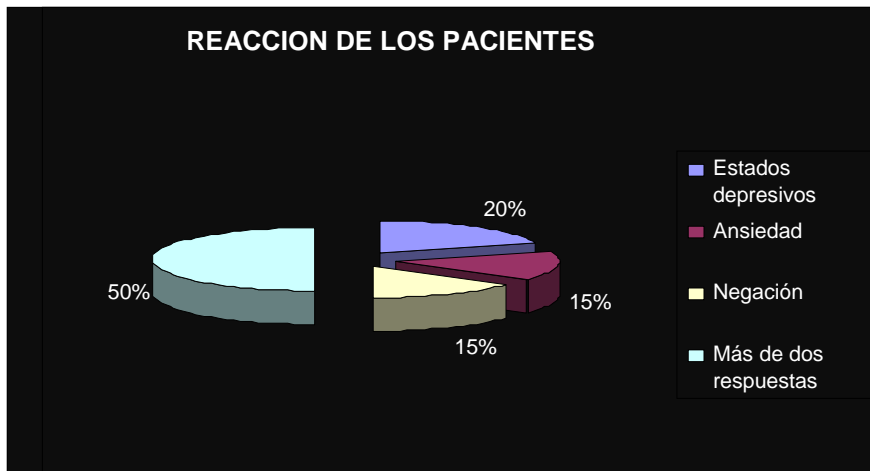
Se muestra a continuación en la gráfica 9 el porcentaje de los pacientes que saben o tienen información sobre la IRC y sus respectivos tratamientos, el 80% si sabe lo que es la enfermedad y el 20% restante no saben lo que es la IRC y sus tratamientos.



Gráfica 9

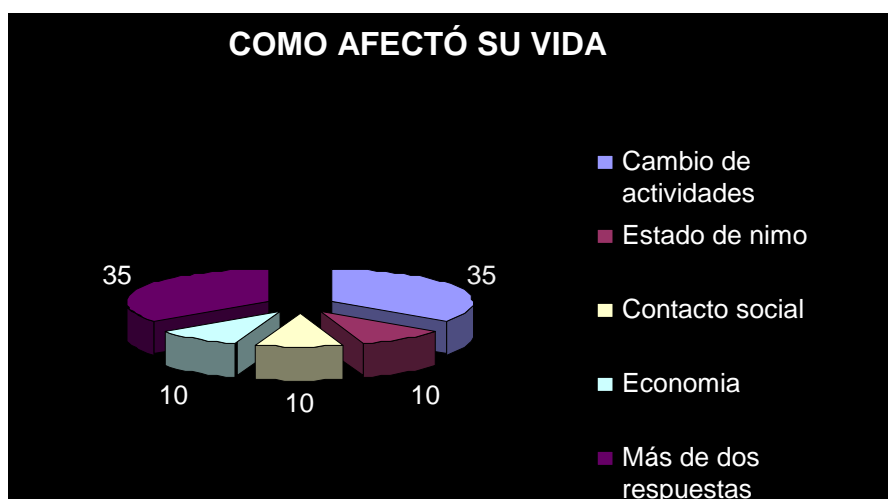
En las gráficas 10 a la 15 se muestran los datos de las preguntas abiertas realizadas a los participantes (hijos-madres), se encontraron los siguientes resultados.

En la gráfica 10 se muestran los datos de las respuestas de los hijos, correspondientes a la pregunta: ¿Cuál fue la reacción al enterarse del padecimiento de la enfermedad? el 20% reportó que su reacción fue estados que caracterizan depresión como, tristeza, falta de apetito, falta de sueño, etc, el 15 % informó que su reacción fue de ansiedad, el 15% mostró una reacción de negación ante el problema y el 50% dijo más de dos respuestas de las 3 mencionadas.



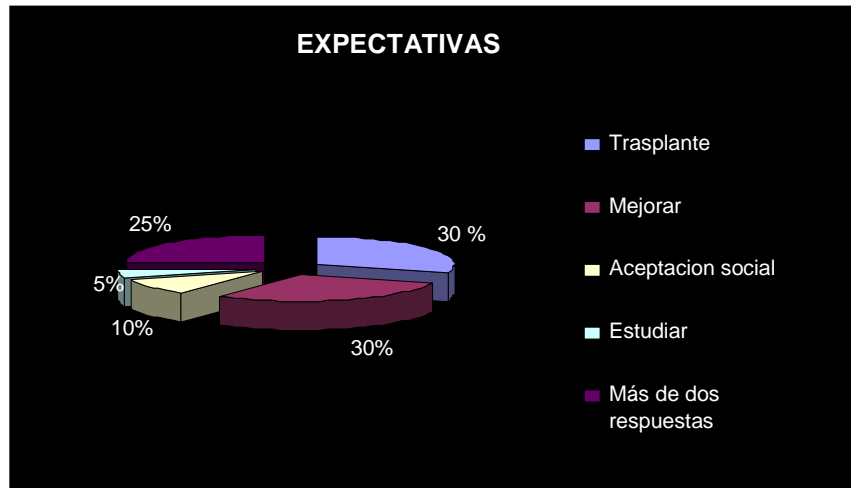
Gráfica 10

Como podemos ver en la gráfica 11, se muestran las respuestas de los hijos correspondientes a la pregunta: ¿Cómo afectó su vida la enfermedad? El 35% aludió que su vida cambió en cuanto a las actividades que realizan cotidianamente, el 10% se vio afectado en cuanto al estado de ánimo, el 10% aludió que su vida se vio afectada en cuanto al contacto social, es decir, se aislaron de las personas que les rodeaban, el 10% dijo que su vida se vio afectada en cuanto a la economía, es decir, gastaban mas en cosas menos importantes como diversiones, vestimenta, etc. El 35% restante mencionó que su vida se vio afectada por más de dos respuestas de las ya mencionadas anteriormente.



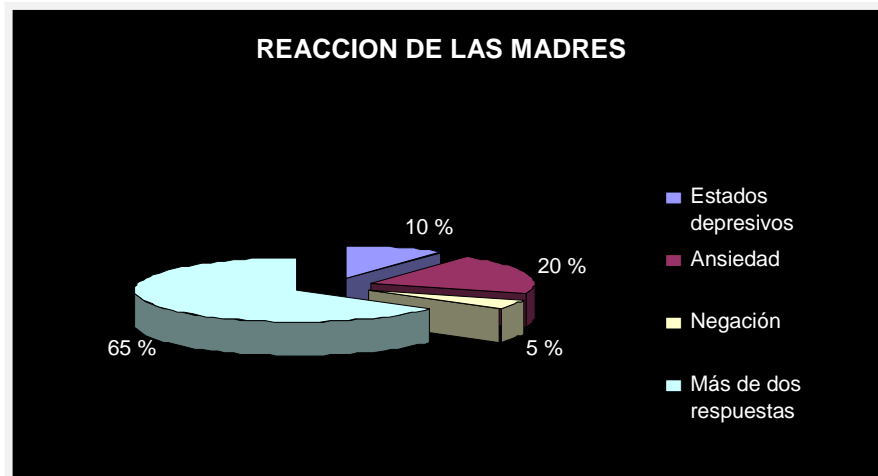
Grafica 11

A continuación en la gráfica 12, se muestran las respuestas de los hijos correspondientes a la pregunta: ¿Cuáles son las expectativas de vida a partir de la enfermedad? El 30% indicó que esperan ser trasplantados, el 25% informó que sus expectativas son mejorar, el 10% señaló que espera ser aceptados por la sociedad, el 5% comentó que les gustaría seguir estudiando, y el 30% restante refirió más de dos respuestas de las ya mencionadas



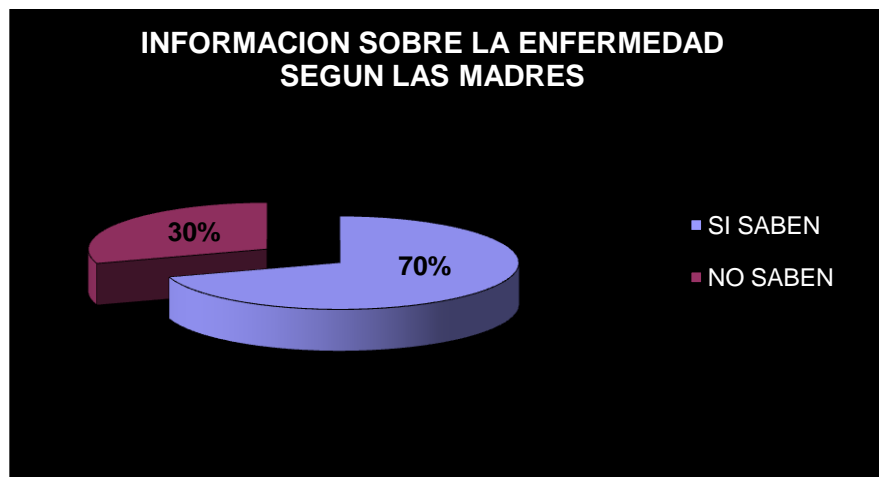
Gráfica 12

La gráfica 13 muestra las respuestas de las madres de los pacientes, correspondientes a la pregunta: ¿Cuál fue la reacción al enterarse del padecimiento de la enfermedad de su hijo? El 20% de las mamás, mencionó que su reacción fue de ansiedad, el 10% dijo que su reacción fue reacciones que corresponden a depresión, en el 5% su reacción fue la negación ante el problema y el 65% restante indicó más de dos respuestas de las anteriores.



Gráfica 13

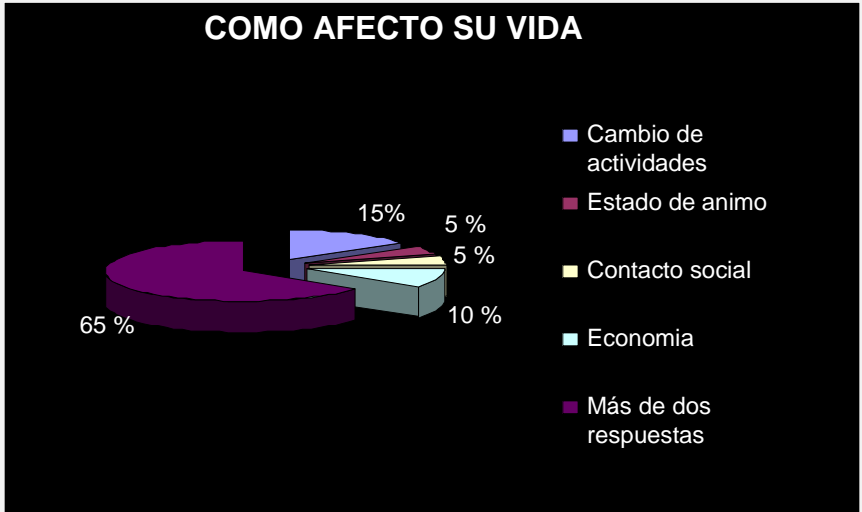
Se muestra a continuación en la gráfica 14 el porcentaje de las madres que saben o tienen información sobre la IRC y sus respectivos tratamientos, el 70% si sabe lo que es la enfermedad y el 30% restante no saben lo que es la IRC y sus tratamientos.



Gráfica 14

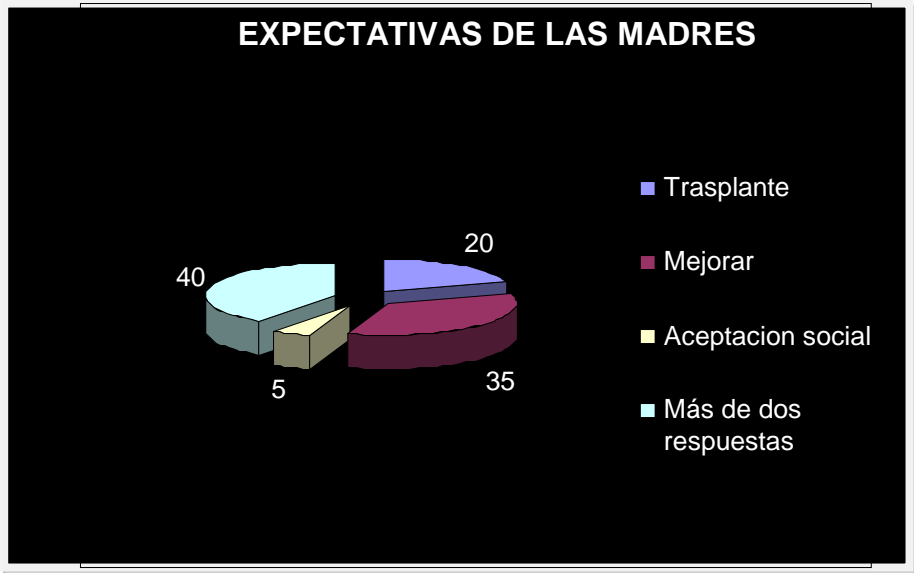
La gráfica 15, muestra las respuestas de las mamás de los pacientes, correspondientes a la pregunta: ¿Cómo afectó su vida la enfermedad de su hijo? El 15% aludió que afectó en sus actividades cotidianas, como empleos, convivencias, dietas, etc. El 10% señaló que su vida se vio afectada en el aspecto económico, el 5% dijo que su

vida se vio afectada en su estado de ánimo, el 5% más mencionó que su vida se vio afectada en el contacto social, es decir, se aislaron o alejaron de las personas con las cuales convivían y el 65% restante dijo que su vida se vio afectada por más de dos respuestas anteriormente descritas.



Grafica 15

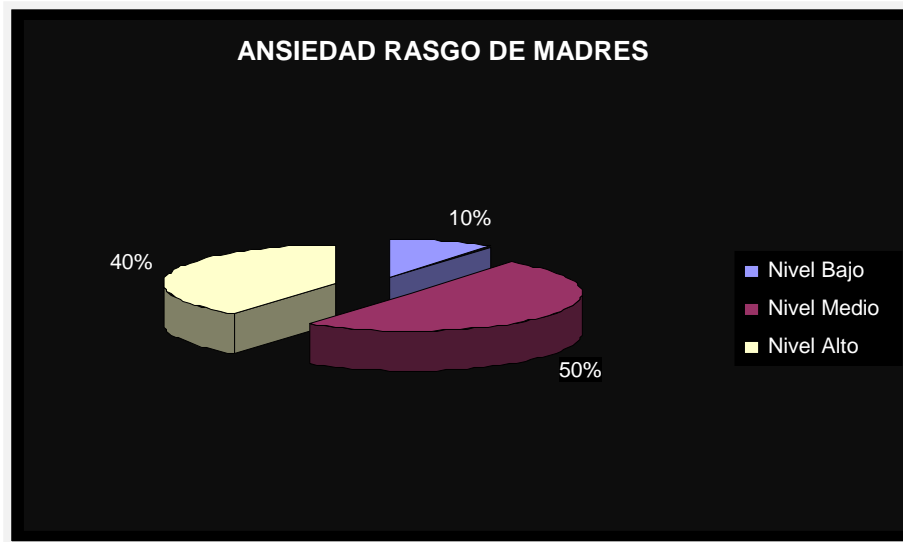
En la grafica 16, se muestran las respuestas de las mamás de los pacientes, correspondientes a la pregunta: ¿Cuáles son las expectativas de vida a partir de la enfermedad de su hijo? El 35% dijo que esperan que sus hijos mejoren con el tratamiento, el 20% informó que están en espera de un posible trasplante, el 5% señaló que esperan que sus hijos sean aceptados socialmente y el 40% restante indicó más de dos respuestas de las ya mencionadas



Gráfica 16

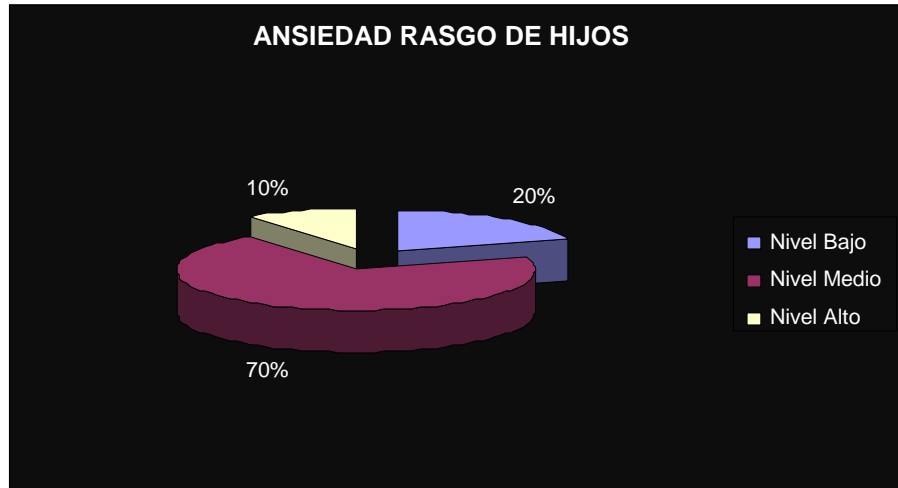
Resultados de la pruebas aplicadas a los participantes

La gráfica 17, señala los niveles de ansiedad rasgo presentados por las madres, en donde se puede observar que el mayor porcentaje de las madres se encuentra en el nivel medio de ansiedad, mientras que el 40% en el nivel alto y el 10% en el nivel bajo.



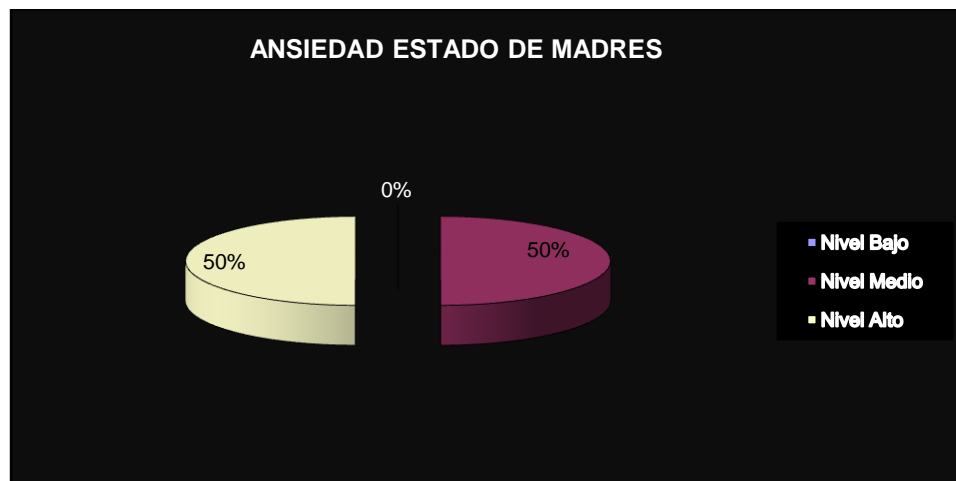
Gráfica 17

La gráfica 18, muestra los niveles de ansiedad rasgo de los hijos, en donde se puede observar que el 70 % de ellos se ubica en el nivel medio, el 20% en el nivel bajo y el 10% en el nivel alto.



GRAFICA 18

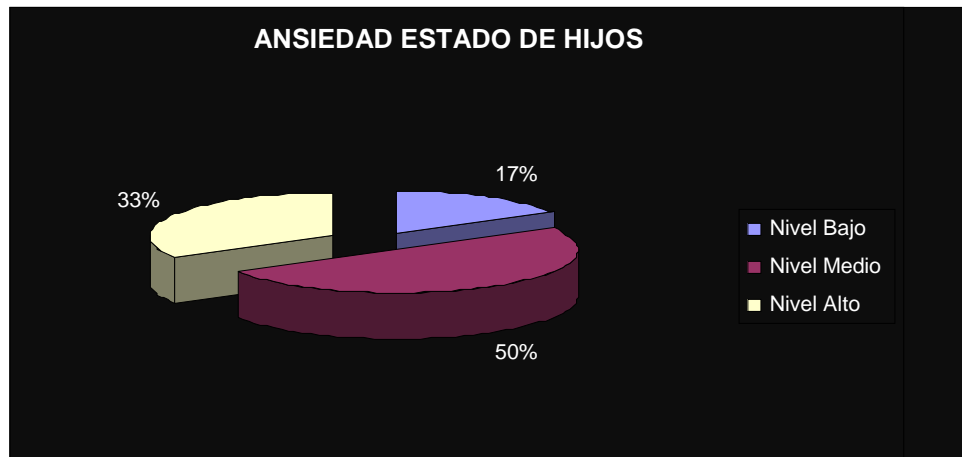
En lo que se refiere a los niveles de ansiedad estado de las madres, se encontró, que el 50% se ubica en un nivel de ansiedad alto, el 50% en un nivel medio y el 0% en el nivel bajo, como se muestra en la gráfica 19.



Gráfica 19

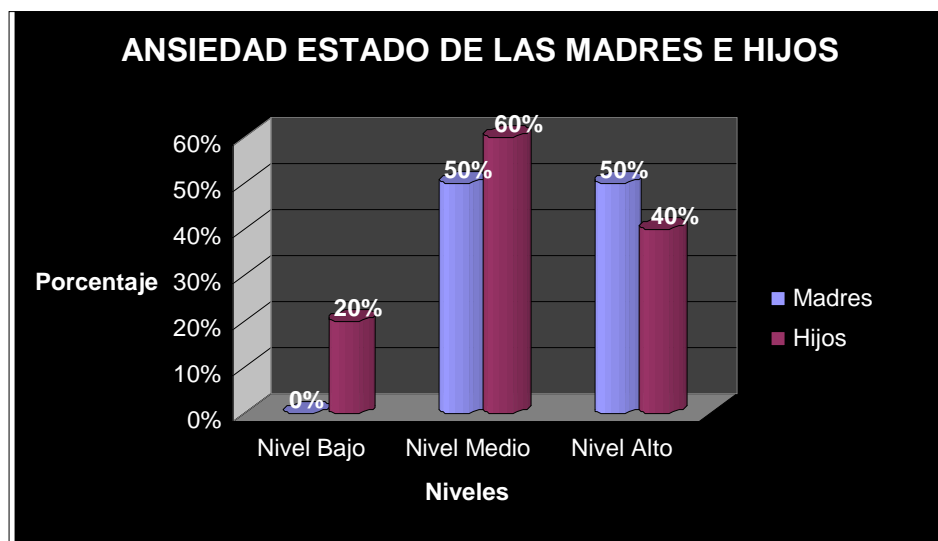
De acuerdo al nivel de ansiedad estado de los hijos el 50% se ubicaron en el nivel medio de ansiedad estado, el 33% en el nivel alto y el 17% en el nivel bajo. Como lo muestra la gráfica 19.

Lo que indica que la mitad de las madres se encuentran en el nivel de ansiedad estado alto y la otra mitad en el nivel medio, en comparación con los hijos, los cuales la mayor parte se ubica en el nivel medio. Como se muestra en la gráfica 20



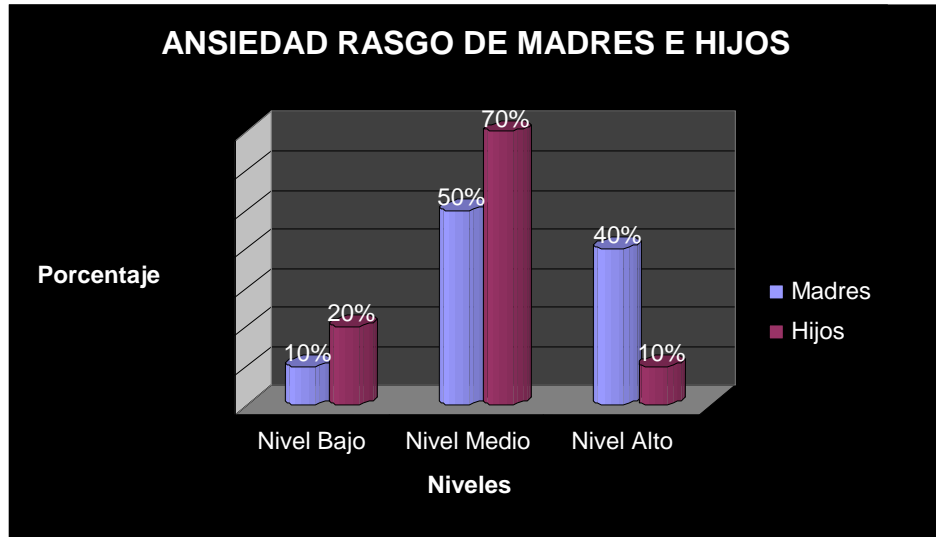
Gráfica 20

En las gráfica 21, se pueden apreciar las diferencias entre los niveles de ansiedad estado de madres e hijos



Gráfica 21

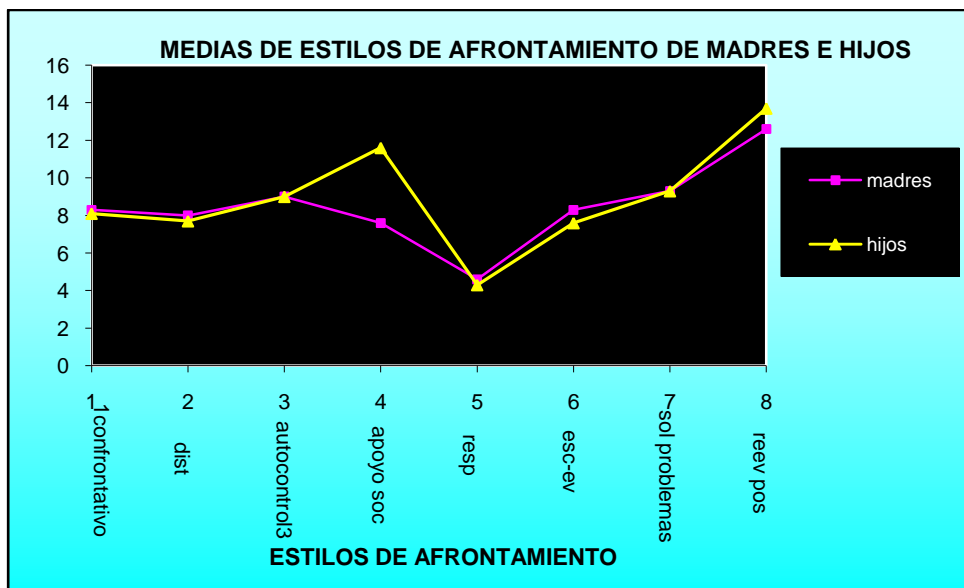
En las gráfica 22., se pueden apreciar las diferencias entre los niveles de ansiedad rasgo de madres e hijos



Gráfica 22

De acuerdo a los estilos de afrontamiento, la grafica 23 se muestra la media de éstos tanto de los hijos como de las madres, en el primer estilo de afrontamiento Confrontativo las madres tiene una media de 8.3 y los hijo en ese mismo estilo tienen una media de 8.1,; en Distanciamiento las madres tienen una media de 8.0 y los hijos de 7.7; en Autocontrol la madres tienen una media de 9.0 y los hijos tienen la misma media; en Apoyo Social las mamás tienen una media de 7.6 y los hijo de 11.6; en Responsabilidad las madres muestran una media de 4.6 y sus hijo de 4.3; en Escape-avoidance las mamás muestran una media de 8.3 y los hijo de 7.6, en Solución de problemas las mamás muestran una media de 9.3 al igual que sus hijos; y en Re-evaluación positiva, las mamás muestran una media de 12.6 y sus hijos de 13.7.

Como se puede observar, las diferencias entre las medias de las mamás no son tan altas comparadas con las medias obtenidas de los hijos, lo cual quiere decir, que ambos (madres e hijos) usan de forma parecida los estilos de afrontamiento ante la situación por la que están pasando.



Gráfica 23

En la siguiente tabla se muestran las correlaciones obtenidas de los estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad de los pacientes y sus madres.

Tabla 1. Correlación de estilos de afrontamiento y ansiedad de hijos y madres

CORRELACION	VALOR	SIGNIFICANCIA
Distanciamiento Hijo- Mamá ansiedad total	-.481	.032
Mamá Rasgo- Hijo Distanciamiento	-.491	.028
Hijo Escape Evitación – Mamá Rasgo	-.486	.030
Mamá apoyo social- Distanciamiento hijo	-.477	.034
Hijo escape evitación- Mamá apoyo social	.450	.046
Reevaluación positiva hijo- Mamá apoyo social	.488	.029
Responsabilidad mamá- Autocontrol hijo	.668	.001
Responsabilidad mamá- Distanciamiento hijo	.545	.013
Responsabilidad mamá- Apoyo social hijo	.752	.000

Solución de problemas mamá- Reevaluación positiva hijo	.455	.044
Responsabilidad mamá- Reevaluación positiva hijo	.583	.007
Escape evitación mamá- Ansiedad total mamá	.480	.032
Escape evitación mamá- Ansiedad rasgo mamá	.032	.030

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con base en el objetivo planteado para esta investigación que fue, buscar si existe relación entre los estilos de afrontamiento y el nivel de ansiedad de pacientes renales y sus madres, se propusieron diversas hipótesis de investigación, llevándose a cabo pruebas estadísticas, con la finalidad de contestar dichas hipótesis, por lo tanto y con base en los resultados obtenidos se presentan a continuación cada una de ellas.

La primera hipótesis fue: **Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de madres de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de los pacientes.** Se rechaza la hipótesis alterna, debido a que no se encontró correlación estadísticamente significativa en lo que corresponde a esta variable. Lo cual significa que la forma de afrontar la situación por parte de las madres, no tiene relación alguna con el nivel de ansiedad que presentan los pacientes.

Respecto a la segunda hipótesis planteada: **Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de madres de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de las mismas.** Se acepta la hipótesis alterna, debido a que se encontró una correlación estadísticamente significativa. Lo cual indica que la forma de afrontar la situación por parte de las madres, se relaciona con el nivel de ansiedad que presentan las misma, es decir, el estilo de afrontamiento que elijan ellas, determina el nivel de ansiedad manifestado en cada una, ya que cuando la ansiedad que presentan es mayor en comparación con la manifestada en sus hijos, utilizan como se espera estilos de afrontamiento centrados en la emoción, debido a que la enfermedad que padecen sus hijos no tiene cura y por lo tanto no hay mucho que hacer en este aspecto, por lo que es viable utilizar estilos de afrontamiento centrados en las emociones que la enfermedad les está provocando, esta situación se ve reflejada en el estilo que utilizan mas que es la reevaluación positiva, ya que se esfuerzan por crear un significado positivo de la situación enfocado al crecimiento personal, acercándose a la religión (Lazarus 1991), ya que este estilo de afrontamiento se centra en la emoción. Por otro lado, el estilo de afrontamiento

que menos utilizan es el de responsabilidad, es decir que en menor grado consideran tener una participación personal en el problema.

Concretamente se encontró que cuando están ansiosas tratan de escapar o evitar la situación, ya que la perciben como amenazante.

La tercera hipótesis fue: **Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y el nivel de ansiedad de las madres.** Se acepta la hipótesis alterna, puesto que se encontró una correlación estadísticamente significativa. Lo cual significa que la forma de afrontar la situación por parte de los pacientes, tiene relación con el nivel de ansiedad que presentan las madres, por lo tanto podemos decir que cuando los hijos eligen la forma más adecuada para ellos de afrontar la situación, el nivel de ansiedad de las madres tiende a aumentar o disminuir, dependiendo del estilo de afrontamiento, para este análisis es importante mencionar la forma en que utilizan los estilos de afrontamiento los hijos es decir, los estilos que utilizan de manera más frecuente son: reevaluación positiva, seguida por apoyo social y autocontrol, lo cual indica que utilizan estilos de afrontamiento centrados en la emoción para enfocarse en el manejo de las emociones que la situación le está provocando, lo que probablemente a las madres les genere un nivel menor de ansiedad, ya que sus hijos están intentando crear un significado positivo de la situación enfocado al crecimiento personal, además de que buscan a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible, ya que las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales (Mechanic, 1974), lo que permite a su vez tener un mayor control sobre la situación.

Concretamente se encontró que *entre menor sea el estilo de afrontamiento de distanciamiento del hijo, mayor será la ansiedad total de la madre*, lo que indica que las madres prefieren que sus hijos traten de alejarse emocionalmente de los significados angustiosos de la situación y de esta forma minimizar su significancia para que la ansiedad que les provoca tanto a ellas como a sus hijos sea menor. Además de que

entre menor sea el nivel de ansiedad rasgo de la madre, mayor será el distanciamiento del hijo lo cual indica que la ansiedad rasgo de las madres disminuye cuando los hijos utilizan el distanciamiento como estilo de afrontamiento, es decir cuando se esfuerzan por alejarse emocionalmente de los significados angustiosos de la situación y de esta forma minimizar su significancia.

También se encontró que *entre menor sea el estilo de afrontamiento de escape-evitación del hijo, mayor será el nivel de ansiedad rasgo de la madre*, esto sugiere que cuando los hijos optan por escapar de la situación tratando de no pensar en lo que les está sucediendo, la ansiedad de las madres aumenta porque sus hijos no están enfrentándose a la situación lo cual puede traer problemas en relación a el tratamiento de la enfermedad, ya que al no pensar en lo que les pasa, pueden dejar de lado su tratamiento médico (diálisis peritoneal o hemodiálisis).

La cuarta hipótesis fue: **Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis y los estilos de afrontamiento de las madres.** Se acepta la hipótesis alterna, debido a que se encontró correlación estadísticamente significativa en lo que corresponde a esta variable, aunque no con todos los estilos de afrontamiento. Lo cual significa que la forma de afrontar la situación por parte de los pacientes, si tiene relación con la forma de afrontar la situación por parte de las madres ya que a menor apoyo social y emocional por parte de la madre, mayor es el distanciamiento del hijo ante la situación, debido a que la madre no expresa sus emociones, lo cual probablemente haga que tenga cierto malestar físico y emocional, lo cual lleve al hijo a tratar de distanciarse de tal situación.

Ya que como se observa en la gráfica 22, madres e hijos utilizan de forma similar los estilos de afrontamiento, sin embargo existen algunas diferencias en estilos como apoyo social, escape evitación y reevaluación positiva.

Cuando el hijo trata de escapar o evitar el problema, la madre busca el apoyo informativo, emocional y tangible para la solución del problema, lo mismo ocurre cuando el hijo no intenta encontrar algo positivo a la situación.

La madre muestra menos esfuerzos en tratar de ordenar la situación para una mejor solución, por su parte el hijo se esfuerza más por separarse de la situación,

ocupa sus pensamientos en el problema pero minimizando sus significancia, busca más apoyo informativo, tangible y emocional para afrontar mejor la situación, esforzarse por regular sus sentimientos y emociones. Una causa de esto es porque las madres presentaron niveles de ansiedad mayores que los de los pacientes.

Así mismo, cuando la madre no se esfuerza deliberadamente para alterar la situación para la solución del problema apoyados en una perspectiva analítica para resolverlo, el hijo busca encontrar algo positivo de la situación.

Cabe mencionar que se realizó un análisis de correlación de los estilos de afrontamiento de las madres y de los hijos, del cual se obtuvieron ciertos resultados en relación a la manera de utilizar los estilos de afrontamiento, por lo que podemos decir que cuando los hijos tratan de controlar la enfermedad o alterar la situación lo hacen de manera riesgosa por lo que no miden las consecuencias que esto pueda provocar. Por otro lado un aspecto que se observó en éste análisis es que, ellos Intentan regular los sentimientos y acciones personales, sin embargo estos intentos no son suficientes, lo que los lleva a utilizar el distanciamiento, es decir esforzarse para alejarse emocionalmente de los significados angustiosos de la situación y de esta forma minimizar su significancia. En ocasiones buscan apoyo informativo, tangible y emocional que sirve para que ellos se sientan más seguros de sí mismos y por lo tanto tratan de cambiar el significado de la enfermedad, volviendo a evaluar de una manera más serena y menos amenazadora, que a la larga puede ser la estrategia más eficaz, ya que permitirá tener un control sobre los sentimientos y acciones personales.

En otros casos, tratan de no pensar en lo que les está sucediendo porque piensan que son responsables en cierta medida de lo que les está pasando, por lo que realizan actividades que los puedan distraer de lo que les está preocupando. Sin embargo tratar de evitar o de escapar del problema es una mala estrategia de afrontamiento aunque las preocupaciones pueden parecer menos graves durante un tiempo, aunque se eviten los problemas éstos no desaparecen, hasta que realmente se enfrenten a ellos y los resuelvan.

Es muy importante mencionar que hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el

individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Además de que la manera de enfrentar la situación depende del inventario inmediato que efectúa el individuo sobre sus recursos personales e interpersonales y de la flexibilidad del individuo, así como su habilidad para buscar ayuda, constituyen importantes determinantes de las habilidades de afrontamiento. Estas también afectaran a la percepción de una situación amenazadora, valorándola como amenaza o como reto.

En cuanto a las madres, encontramos que en ocasiones ellas se esfuerzan para minimizar el significado y/o la importancia de la enfermedad o bien tratan de ver el lado positivo de las misma. Tratan de mantener un control en cuanto a sentimientos y emociones se refiere, buscando apoyo informativo, tangible y emocional respecto a la situación y así pueden buscar más recursos para poder enfrentar la situación de la manera mas adecuada posible.

La quinta hipótesis: Existe una relación estadísticamente significativa **entre los estilos de afrontamiento de los pacientes** con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis **y los niveles de ansiedad de los mismos**. Se rechaza la hipótesis alterna, debido a que no se encontró correlación estadísticamente significativa. Lo cual significa que la forma de afrontar la situación por parte de los pacientes, no tiene relación con el nivel de ansiedad que presentan los mismos, es decir, el nivel de ansiedad de los pacientes que es generado por la situación no determina la manera en que afrontan el problema, es decir que la ansiedad que presenten no va a relacionarse con un tipo específico de afrontamiento, porque posiblemente estén utilizando las formas de enfrentar la situación de una manera muy variada.

Por último la sexta hipótesis: **Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad de los pacientes** con IRC en tratamiento de hemodiálisis y diálisis **y los niveles de ansiedad de las madres**. Se rechaza la hipótesis alterna, debido a que **no se encontró** correlación estadísticamente significativa en lo que corresponde a esta variable. Lo cual significa que el nivel de ansiedad que presentan los pacientes, no se relaciona con el nivel de ansiedad que presentan sus madres, posiblemente porque las causas que les están provocando ansiedad aunque algunas son las mismas, también existen algunas diferencias, ya que por parte de los pacientes, una

de las causas es que la mayor parte de las madres aparte del cuidado de sus hijos, también realizan una actividad adicional que es remunerada económicamente, es decir tienen un empleo, además de que en algunos casos se desarrollan de conductas evitativas hacia la enfermedad por parte de los otros miembros, por ejemplo, el cuidado del enfermo recae directamente sobre un solo miembro familiar, originando la completa dependencia del enfermo hacia dicho miembro familiar, esto se observa de manera frecuente en los pacientes pediátricos con leucemia, ya que el cuidado del niño recae directamente sobre la madre. También de manera frecuente, es la madre quien absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad, llegando incluso a anular al paciente, en una forma de sobreprotección absoluta, de manera que evita la participación de otros miembros de la familia. (Kornblit, A., 1996; Rodea, B.A., 1997, Navarro, J. & Beyebach, M, (1995) en García y Ramírez 2003). Así mismo en algunos casos existen madres solteras, en donde se presenta la misma situación por la falta de apoyo del padre.

Otro aspecto importante que comparten con el enfermo son los cambios que surgen en todos los aspectos de su vida y de la familia, como la posible limitación de sus capacidades en el interior de la familia y en su entorno, cambios en las jerarquías, en los roles, en el estilo de vida, en el estado de ánimo, contacto social, economía familiar ya que la enfermedad genera un aumento en los gastos por la compra de medicamentos, trasplante y cambios en la dieta del paciente.

También si la enfermedad tiene en algunos casos una base genética, los padres pueden sentir culpa por la transmisión de la enfermedad, como reportaron algunos de ellos. Aunado al rechazo social que sufren sus hijos por el padecimiento.

La poca información del padecimiento, ya que en toda situación estresante, cuanta más información se tenga es mejor porque entonces podremos ponderar nuestra situación y dirigir bien nuestras reacciones.

La espera de un trasplante, debido a que es la única esperanza que tienen para prolongar la vida de su hijo, además de que existe la posibilidad de que el riñón trasplantado sea rechazado.

Entre los factores causantes de la ansiedad en los pacientes, podemos mencionar el tratamiento de diálisis o hemodiálisis según sea el caso, ya que estos tratamientos son

invasivos y por lo tanto dolorosos, además de que pueden producir un elevado nivel de angustia en la medida que interfiere con la capacidad del paciente para realizar las actividades rutinarias que antes realizaba sin problema; los cambios en la dieta, restricción de actividades producidas por la enfermedad, como la práctica de algún deporte. Aunado al Rechazo social por parte de aquellas personas con las que solía relacionarse, este aspecto puede explicarse desde la perspectiva de Aberastury y Knobel (1986) que se mencionaba en capítulos anteriores, para los cuales, el grupo social adquiere una importancia trascendental para el adolescente, ya que le transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente mantenía con la organización familiar y con los padres en especial, por lo que el autoconcepto del adolescente se desarrolla a medida que el individuo cambia e integra los conceptos que acerca de él mismo tienen las personas, así como la definición que sobre él se forman los grupos e instituciones a los que pertenece, al mismo tiempo que asimila los valores que constituyen su ambiente social, lo que a su vez le genera baja autoestima, este aspecto está muy relacionado con el anterior, ya que el rechazo social provoca en el paciente esta baja autoestima, ya que es considerado como “diferente” puesto que la enfermedad repercute en su imagen corporal, como por ejemplo; las alteraciones en la piel como el color amarillento, la baja estatura, la colocación del catéter, etc. Esta situación lo puede hacer más vulnerable a padecer depresión. La autoestima a su vez, influye en el tipo de afrontamiento que se haga, ya que cuanto más seguros estemos de nuestra capacidad para superar los obstáculos y los peligros, es más probable que seamos desafiados que amenazados y viceversa, la sensación de inadecuación promueve la amenaza. (Bandura, 1982, 1997).

Cabe señalar que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que pueden funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones (Lazarus y Folkman, 1986) además es un proceso mutable o inestable a lo largo del día, y de las distintas situaciones vitales (Lazarus, citado por Buendía, 1999:146).

En el análisis de los estilos de afrontamiento, encontramos que los estilos o estrategias de afrontamiento que más se utilizan por los participantes de la muestra son: autocontrol, reevaluación positiva, apoyo social y solución de problemas, lo cual nos indica que tanto los pacientes como sus madres primero mantienen un control de emociones y/o sentimientos, ya que ante una situación estresante como el padecer insuficiencia renal crónica, la resolución de problemas no funciona o ni siquiera se puede intentar porque el problema es resistente al cambio, es decir no se puede cambiar la

situación real, por lo que se opta por regular las emociones angustiosas que esta causa, lo que los lleva a tratar de ver el lado positivo del problema, esto ayuda a aminorar el grado de amenaza del padecimiento y finalmente buscan apoyo informativo, sobre la enfermedad, acuden con personal especializado en el tema y solicitan su ayuda profesional para poder resolver el problema .

Respecto a los datos sociodemográficos obtenidos mediante la investigación, es importante tomar en cuenta la información planteada a continuación.

Como ya se mencionó la muestra estuvo constituida por 20 pacientes adolescentes que padecen insuficiencia renal crónica que se encuentran entre 14 y 19 años de edad y sus 20 madres, las edades de estas oscilan entre 34 y 66 años de edad, sin embargo la mayor parte de ellas oscilan entre 45 a 55 años de edad. Este punto es importante discutirlo porque que puede ser un factor de importancia, debido a que puede influir en la forma de enfrentar la situación, ya que la energía que se requiere para el cuidado de sus hijos y mas con la enfermedad que padecen es bastante y conforme la edad va avanzando esta se va terminando, lo que puede dificultar el bienestar de ambos, esta situación también puede obligar al adolescente en la medida que se lo permita la enfermedad valerse por sí mismo ya que una parte de ellos se realizan su tratamiento de diálisis y cuidan su dieta.

De acuerdo con diversas investigaciones hay una mayor incidencia de la IRC en personas del sexo masculino, en la presente investigación, encontramos que el 60% de los pacientes son de sexo masculino y el 40% restantes son de sexo femenino, lo que confirma que la IRC se manifiesta más en hombres que en mujeres, sin embargo se deben tener precauciones para ambos sexos.

De los pacientes participantes, el 90% se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria y el 10% restante se encuentra en tratamiento de hemodiálisis, esto es una situación favorable en cierta medida, puesto que los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis se han adherido adecuadamente al tratamiento, mientras que aquellos pacientes que dependen de la hemodiálisis, no se han adherido al tratamiento y por lo tanto la única opción de tratamiento es por este medio que es más invasivo y que requiere de mayor tiempo, lo que puede dificultar que el paciente lleve una

vida lo más normal posible porque le impide acudir a la escuela con cierta regularidad o realizar actividades recreativas y sociales.

Otro dato importante obtenido es el tiempo de padecimiento de la enfermedad, se encontró que el 50% de los pacientes tienen entre 1 y 2 años con la enfermedad, y son pocos los que tienen más tiempo de padecer IRC, lo que indica que es un tiempo que les ha permitido adaptarse a la nueva situación y volver a encontrar un equilibrio familiar, ya que la mayor parte de ellos se han adherido al tratamiento, porque como se mencionó anteriormente, cuando el paciente se da cuenta de que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. Todos entran en crisis, aunque cada uno a su manera (Suchecky, 1989).

En cuanto a los miembros que conforman las familias de los participantes, el 75% tienen familias conformadas por más de 4 integrantes, lo cual nos indica que no son familias pequeñas, esto puede favorecer el afrontamiento de la enfermedad, puesto que los participantes comentaron que los integrantes de su familia ayudan a que el paciente lleve a cabo su tratamiento lo mejor posible, en cuanto a comodidad, limpieza e higiene, etc. Sin embargo, hubo personas que comentaron que el padecimiento de la enfermedad, en vez de unir a la familia y organizarse mejor, ha habido un distanciamiento entre ellos, les es complicado organizarse y ayudar a la mejora del paciente como lo mencionan Navarro, Góngora y Beyebach (1995) en García y Ramírez 2003 ya esta situación se da en la fase de desorganización En el periodo de impacto de la enfermedad se rompe el funcionamiento de la estructura familiar, esta ruptura suele iniciarse en las “fracturas” familiares que existen desde hace mucho tiempo, incluso antes de la aparición de la enfermedad. En algunos casos puede suceder que la fase de desorganización llegue a ser tan profunda que la misma familia no pueda recuperarse.

Dentro de los datos que se obtuvieron, encontramos que de la muestra tomada hay un 45% que dice no hay antecedentes patológicos de gran importancia, es decir, si ha habido enfermedades en su familia, sin embargo nada crónico. Por otro lado, un 55% de los encuestados reportó que en su familia hay antecedentes patológicos importantes, por ejemplo un 20% mencionó que hay antecedentes de IRC, lo cual nos confirma que una de las causas de la IRC es hereditaria, lo que como aumentar

Muchas de las madres de éstos pacientes actualmente se encuentran laborando, el 70% son madres que realizan alguna actividad mediante la cual aumentan sus ingresos económicos, el 30% restante son amas de casa; esto nos indica que, aumentar

Respecto a los datos obtenidos mediante la entrevista donde se les realizaron las siguientes preguntas: ¿Sabe qué es la Insuficiencia Renal Crónica y en qué consisten sus tratamientos?, ¿Cuál fue la reacción al enterarse del padecimiento de su hijo?, ¿Cómo afectó su vida la enfermedad de su hijo? Y ¿Cuáles son las expectativas de vida para su hijo a partir de la enfermedad?, éstas preguntas se realizaron tanto a las madres como a sus hijos (pacientes), se encontró lo siguiente.

Encontramos que el 50% de los pacientes y el 65% de las madres, reportó que su reacción ante el diagnóstico de la enfermedad fue de ansiedad, depresión y negación. Esto indica que cuando recibieron el diagnóstico, de acuerdo a la valoración que hicieron de tal evento, consideraron que la situación por la que estaban pasando, rebasa sus recursos ya que el estrés es particularmente poderoso cuando el individuo debe enfrentarse a demandas que no pueden ser satisfechas fácilmente, así la ansiedad, que es una emoción propia del estrés, es más propensa a aparecer y a ser intensa cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad Bandura (1997).

Con respecto a cómo afectó su vida el padecimiento, encontramos que el 35% de los pacientes y el 65% de las madres de estos pacientes, mencionó que su vida dio un cambio radical, puesto que se adoptaron nuevas formas de convivencia, debilitamiento de relaciones sociales, economía afectada y cambios en el estado anímico, lo que se refiere a que los pacientes cambian su estado de ánimo con frecuencia, por ejemplo, de pasar de la alegría a la tristeza o a la ira esta situación se puede explicar, debido a la manera de responder del paciente y su familia ante el diagnóstico de la enfermedad, ya que las personas suelen reaccionar con sentimientos tales como: enojo, ira, resentimiento y coraje o posiblemente por la fase en que se encuentren ante el impacto de la enfermedad, de acuerdo a las mencionadas anteriormente por Komblit, A., (1996) como la fase de desorganización, la cual se caracteriza por una ruptura en el funcionamiento familiar.

De acuerdo a las expectativas, el 30% de los pacientes y el 40% de las madres, mencionaron que esperan un donante de riñón para ser trasplantado y por lo tanto

mejorar su calidad de vida, ya que este es el único medio para poder curarse de esta enfermedad.

Es importante mencionar que la información que tienen los pacientes y sus madres de la enfermedad no es suficiente, encontramos que el 70% tiene idea de que es la IRC, mientras que el 30% del total de la muestra tomada, reporta no tener información clara sobre la IRC, lo cual influye mucho en la manera de afrontar la situación, puesto que por la poca información que tienen respecto a la enfermedad, suelen pensar o hacer conclusiones muy drásticas con respecto al desarrollo ésta, al grado de pensar en la muerte sin considerar otra posibilidad, como el trasplante.

En lo que se refiere a los niveles de **ansiedad estado** de las madres, se encontró, que el 50% se ubica en un nivel de ansiedad alto, el 50% en un nivel medio y el 0% en el nivel bajo, de acuerdo al nivel de ansiedad estado de los hijos el 50% se ubicaron en el nivel medio de ansiedad estado, el 33% en el nivel alto y el 17% en el nivel bajo. Por lo que se puede observar que las madres se muestran más ansiosas que los hijos, por lo que esta ansiedad es provocada por la situación por la que están pasando.

En lo referente a **la ansiedad rasgo** presentados por las madres, en donde se puede observar que el mayor porcentaje de las madres se encuentra en el nivel medio de ansiedad, mientras que el 40% en el nivel alto y el 10% en el nivel bajo. Mientras que el mayor porcentaje de los hijos se ubica en el nivel medio, el 20% en el nivel bajo y el 10% en el nivel alto. Con lo que podemos decir que nuevamente las madres se muestran más ansiosas porque la ansiedad ya es un rasgo de su personalidad, además de los factores que hemos mencionado anteriormente.

Para finalizar ésta investigación, es importante mencionar que de acuerdo a nuestras observaciones pudimos darnos cuenta de que la mayoría de los participantes se encuentran muy susceptibles, al conversar con ellos sobre la enfermedad (IRC) se muestran tristes, preocupados, cansados y algunos llegaron hasta el llanto, esto se hizo más presente en las madres de los pacientes, muchas de las cuales al término de la entrevista y aplicación de los instrumentos nos agradecieron por haberlas escuchado, sin embargo las agradecidas fuimos nosotras por la participación de todos.

Otro dato importante es que, algunos de los participantes (pacientes y/o madres de los mismos) han estado o están en tratamiento psicológico, los que han estado, mencionan que les sirvió mucho y algunos fueron dados de alta, sin embargo otros mencionan que dejaron el tratamiento por falta de tiempo, problemas económicos, etc.,

Por otro lado los que aún se encuentran en tratamiento dicen sentirse bien pero comentan que les gustaría que las citas fueran más constantes, ya que por la demanda tan alta que tiene el servicio en la institución (ISSSTE), las citas se las dan muy alejadas. Y aquellos que no tienen atención psicológica, son personas que consideran que no la necesitan y en éstos casos no se les puede obligar.

ya que como se mostró en los resultados gran parte de las madres aparte de ser amas de casa, también trabajan lo cual provoca que en algunos casos esta situación provoque que la relación con los pacientes se dificulte, lo que puede afectar su tratamiento, ya que los pacientes se sienten descuidados o que las madres no les prestan la atención y el tiempo necesario, sin embargo las madres dicen que la razón es porque tienen que trabajar y que por esto no pueden atenderlos el tiempo que ellas quisieran, ya que son las únicas que aportan recursos económicos a la familia porque son madres solteras o divorciadas, lo que implica la falta de apoyo de los padres. Este tipo de situaciones también genera que la dinámica familiar se modifique debido al cambio de roles dentro de la familia porque cuando la madre no puede cubrir las necesidades del paciente totalmente, la persona que la suple o que la apoya es por lo regular otro familiar, en estos casos se pudo observar mediante las entrevistas que son los hermanos, sin embargo esto les genera conflicto tanto a ellos como a los pacientes, ya que en el caso de los hermanos, llega un momento en que se desesperan y tienen que descuidar parte de sus actividades y por parte de los pacientes, llegan a sentir que son una carga, porque en ocasiones no pueden valerse por ellos mismos, manifestándolo a través de cambios de ánimo donde predomina la ira, especialmente en los casos en los que la enfermedad está muy avanzada. Sin embargo, afortunadamente hay casos en los que los pacientes pueden ser más independientes y responsables de los cuidados que deben de tener como la dieta y su tratamiento, un factor que influye en esta situación es el tiempo que tienen con la enfermedad, ya que si tienen un periodo de tiempo considerable con ella, se adhieren con mayor facilidad al tratamiento.

También es importante mencionar que el departamento de psicología ha sido de gran ayuda para los pacientes y para su familia, principalmente cuando entran en crisis porque no pueden manejar las situaciones que se les presentan, sobre todo cuando la enfermedad se complica. Sin embargo en ocasiones la demanda es muy grande, por lo que sería importante abrir un espacio exclusivo para enfermos crónicos.

CAPITULO VIII

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Entre las limitaciones que se encontraron en esta investigación, están la dificultad para la evaluación y aplicación de adolescentes que padecen insuficiencia renal crónica, en diversas Instituciones de salud, por lo que el estudio no puede ser generalizado, siendo la sugerencia para posteriores investigaciones la evaluación de estos pacientes de diferentes instituciones de salud, además de que no existe un instrumento que mida específicamente estilos de afrontamiento para personas que presentan una enfermedad crónica y tampoco para sus madres, por lo que se sugiere realizar una investigación con esta población.

Así mismo resultaría interesante realizar comparaciones con respecto a datos socioeconómicos, es decir aplicar y evaluar a pacientes adolescentes con I.R.C de instituciones de salud pública comparados con pacientes de instituciones de salud privadas, ya que esta enfermedad afecta la economía de la familia, además de que es una población poco estudiada.

También sería una importante contribución investigar el comportamiento de los estilos de afrontamiento en el transcurso de la enfermedad.

. Una limitación mas fue que, algunas de las madres no contaban con el tiempo necesario para realizar las pruebas, por lo que el tiempo de aplicación, en estos casos se alargaba en otra sesión.

Otra de las propuestas es que la atención psicológica fuera oficialmente parte de la terapia para combatir la insuficiencia renal crónica, así como todas las enfermedades crónicas.

Debido a que una enfermedad crónica, como es la insuficiencia renal, provoca ansiedad tanto a los pacientes como a los familiares, sería importante la realización de talleres psicoeducativos para enfrentar la enfermedad de una manera más adecuada.

También sería importante generar programas para entrenar los estilos de afrontamiento dirigidos al apoyo social y búsqueda de información, capacitando a las personas cercanas al paciente en el esclarecimiento de dudas e ideas respecto a la enfermedad, sugiriendo que sea en el momento de que el paciente y su familia reciban el diagnóstico, por lo que es trascendental, así como crear terapias de grupo de padres y de los pacientes en donde puedan compartir sus experiencias con personas que compartan el mismo problema. Por lo que es muy importante abrir los espacios necesarios para la atención psicológica dentro de los hospitales porque actualmente no se le da la importancia que merece, ya que tanto la atención física como la mental son importantes, lo que da cabida a otra limitación que fue la falta de un lugar adecuado para la realización de esta investigación, ya que la aplicación de las pruebas se tuvo que hacer en algunas ocasiones en lugares poco adecuados como afuera de los consultorios y en otras áreas del hospital que no eran las apropiadas.

BIBLIOGRAFIA

- Andreu, P., Lola & Force Sanmartín, E. *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. Barcelona, 2001. Masson. 372p.
- Ayala Delgado, Angélica. (2001). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer, un análisis cuantitativo*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Carbellido Vazquez, Soledad. (1992). *Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y niveles de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Castillo Hernández, Víctor Manuel. (1997). *Estilos de afrontamiento de un grupo de madres de niños de 0 a 6 años con diagnóstico de retinoblastoma*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Cía, Alfredo H. *Trastornos de ansiedad social: manual diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, 2000. Polemos. 200 p.
- Conde, F. *Análisis funcional de la ansiedad*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, escuela de psicología, 1975. 143p.
- Echeburúa, E. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid, 1997. Pirámide. 140 p.
- Estrada Inda, Lauro. *El ciclo vital de la familia*. México, c1987. Posada. 133 p.
- Eyer, E. *Vinculación madre-hijo: una ficción científica*. Barcelona, 1995. Herder. 285p.
- García, D y Ramírez. (2003). *Apercepción de la interacción familiar del niño con leucemia*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Ghatak, N. *Enfermedades crónicas: su causa y curación*. Madrid, 2003. Dilema 317 p.

- Gregory, Rober J. *Evaluación psicológica: historia, principios y aplicaciones*. México, c2001. Manual Moderno. 815 p.
- Heredia de la Huerta, Bertha. *Relación madre-hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México, 2005. Edit. Trillas. 144 p.
- Hermida, Osvaldo. *Temas de insuficiencia renal, diálisis y trasplante*. Buenos Aires : Journal, 2004-
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos & Baptista Lucio, Pilar. *Métodos de la investigación*. México, 2006. MacGrawHill. 850p.
- Hollander, E. *Guía de trastornos de ansiedad*. Madrid 2004. Elsevier.
- Lazarus, Richard S., Folkman, Susan. *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones roca. México, 1991. 468 p.
- Lipkin, Gladis B. *Atención emocional del paciente*. México, c1984. Prensa Mexicana. 287p.
- Mendoza, B. (1997). *Factores psicologicos que intervienen en la adherencia a la diálisis peritoneal*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Navarro Góngora, José. *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial* Barcelona : Paidós Ibérica, c2004. 325 p.
- Papalia, D., Wendkos O., Sally & Duskin R. *Desarrollo Humano*. México, 2004. 9a edición. Mc Graw Hill. 785p.
- Peña Rodríguez, J. *Manual de nefrología; y trastornos de agua y electrolitos*. México, 2006. Mc Graw-Hill Interamericana. 390 p.
- Ponce, A.. Fischer E. *Adolescencia, educación y sociedad*. México: 1976. Cultura popular. 200 p

- Powell, M. *La psicología de la adolescencia*. México 1975. Fondo de Cultura Económica. 614 p.
- Reynoso, L. (2004) *Manual para conocer la insuficiencia renal (Proyecto CONACYT 2004/41654)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Rice, F. Philip. *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid 2002. Prentice Hall. 505 p.
- Robles De Fabre, Teresa .*El enfermo crónico y su familia: Propuestas terapéuticas*. México: Nuevo mar, 1987. 140 p
- Rojas, Enrique. *La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. México, 2001. Planeta mexicana. 227 p.
- Rotellar, E. *Insuficiencia renal crónica*. Caracas, 1976. Mediciencia, 366p.
- Rubin,W., Hellín L. *Intervención en crisis y repuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao, 2001. Desclee de Brouwer. 183p.
- Sellarés, V. *Manual de nefrología: nefrología clínica, hipertensión arterial, diálisis, trasplante renal*. Madrid, 2002. Elsevier Science. 874p.
- Shaffer, D. *Psicología del Desarrollo: infancia y adolescencia*. México: International Thomson, 2000 641 p.
- Shaughnessy, John J, Zechmeister, Eugene B. & Zechmeister Jeanne S. *Métodos de investigación en psicología*. México, 2007. McGrawHill, 7ª edición. 578p.
- Suárez D. *Personalidad, cáncer y sobrevivida*. Ciudad de La Habana Cuba (2002). Científico-Técnica. 231 p.
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México, D. F 2001. Manual Moderno. 330 p.

- Wainrib., E, Rubin E. *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2001. 183 p.
- *Insuficiencia renal crónica y la alternativa de un trasplante*. Recuperado el 26 de febrero 2008 de <http://www.invdes.com.mx/anteriores/Mayo2001/htm/renal.html>.
- *Factores que intervienen en el modo de reaccionar del paciente frente a la enfermedad*. Recuperado el 5 de marzo 2008, de <http://www.siliconpc.com/asapar/aspectopsicologico.html>
- *Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Recuperado el 8 de abril 2008, de <http://blog.pucp.edu.pe/member> . (Hernández y Baptista 2003).
- *Insuficiencia renal aguda*. Recuperado el 26 de febrero 2008, de http://www.zaragoza.unam.mx/educacion_n_linea/tema_10_insuf_renal/t10anecedentes.html
- *La Medicina del Adolescente*. Recuperado el 9 de abril del 2008, de http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/ahphub.cfm
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* American Psychiatric Association de Washington. Washington 1994.
- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV* Barcelona. Massón S.A. 1995.
- *Practica medica efectiva: Insuficiencia Renal Crónica*. Recuperado el 29 de Abril del 2008, de <http://bvs.insp.mx/articulos/1/13/v2n6.pdf>.

ANEXO 1

México, D.F., _____ de _____ del 2008

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente, Yo _____ hago constar que acepto participar el protocolo que se realizará con madres de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica así como también con los pacientes mismos para fines de investigación. Se me informa que los resultados obtenidos serán manejados en forma confidencial, así como también que la aplicación de los instrumentos no producirá daños físicos o psicológicos.

Si por alguna razón no decidiera participar más o suspender la valoración, esto no repercutirá en el tratamiento que el Hospital ofrece a mi hijo.

Los resultados me serán proporcionados en forma gratuita al término de la investigación.

Firma de consentimiento de la madre

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA (Para las madres)

Nombre:

Edad:

Tiempo del padecimiento:

Actividad a la que se dedica:

Antecedentes patológicos:

Integrantes de la familia:

- 1.- ¿Sabe qué es la Insuficiencia Renal Crónica y en qué consisten sus tratamientos?
- 2.- ¿Cuál fue la reacción al enterarse del padecimiento de su hijo?
- 3.- ¿Cómo afectó su vida la enfermedad de su hijo?
- 4.- ¿Cuáles son las expectativas de vida para su hijo a partir de la enfermedad?

GUIA DE ENTREVISTA (Para los pacientes)

Nombre:

Edad:

Tiempo del padecimiento:

Antecedentes patológicos:

Integrantes de la familia:

- 1.- ¿Sabes qué es la Insuficiencia Renal Crónica y en qué consisten sus tratamientos?
- 2.- ¿Cuál fue la reacción al enterarte de tu padecimiento?
- 3.- ¿Cómo afectó tu vida la enfermedad?
- 4.- ¿Cuáles son tus expectativas de vida a partir de la enfermedad?

ANEXO 3

IDARE

Nombre: _____ Fecha: _____

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

	N O	E N	L O	A B S O L U T O	U N P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
1. Me siento calmado (a).....	1	2	3	4			
2. Me siento seguro (a).....	1	2	3	4			
3. Estoy tenso (a).....	1	2	3	4			
4. Estoy contrariado (a).....	1	2	3	4			
5. Estoy a gusto.....	1	2	3	4			
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4			
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4			
8. Me siento descansado (a).....	1	2	3	4			
9. Me siento ansioso (a).....	1	2	3	4			

10. Me siento cómodo.....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo.....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a).....	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a).....	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”.....	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a).....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a).....	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a).....	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4

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

	C A S I N U N C A	A L G U N A S V E C E S	F R E C U E N T E M E N T E	C A S I S I E M P R E
21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado.....	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mi mismo.....	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a).....	1	2	3	4
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico (a).....	1	2	3	4

36. Me siento satisfecho (a).....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a).....	1	2	3	4

ANEXO 4

INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Instrucciones: Lee por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tacha el numero que mejor describa la forma en que enfrentaste tu enfermedad. Utiliza la siguiente escala para seleccionar tu respuesta:

0= No, de ninguna manera
1= En alguna medida
2= Generalmente, usualmente
3 = Siempre, en gran medida

1. Me concentré en lo que tenía que hacer a continuación	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	0	1	2	3
3. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4. Pensé que el tiempo cambiara las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1	2	3
5. Me propuse obtener algo positivo de la situación	0	1	2	3
6. Hice cualquier cosa y pensé que al menos no me quedaba sin hacer nada	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
9. Me critiqué a mi mismo	0	1	2	3
10. No agoté mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que deje alguna otra alternativa abierta	0	1	2	3
11. Esperé que ocurriera un milagro	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí, mis sentimientos	0	1	2	3
15. Busque un poco de esperanza, por así decirlo; intente mirar las cosas por su lado bueno	0	1	2	3
16. Dormí más de lo que acostumbro	0	1	2	3
17. Exprese mi enojo a la persona que creí responsable del problema	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
19. Me dije a mi misma cosas que me hicieron sentir mejor	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3
22. Busqué ayuda profesional	0	1	2	3
23. Maduré como persona	0	1	2	3
24. Esperé a ver lo que sucedía antes de hacer algo	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
27. Acepté una segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería	0	1	2	3

28. De alguna forma exprese mis sentimientos	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo era la causa del problema	0	1	2	3
30. Salí mejor de la situación de cómo la empecé	0	1	2	3
31. Hablé con alguien que podía hacer algo por solucionar mi problema	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo, intente descansar o distraerme	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando o tomando medicamentos	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado a prisa o dejarme llevar por el primer impulso	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida	0	1	2	3
39. Hice cambios para que las cosas salieran mejor	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general	0	1	2	3
41. No permití que el problema me venciera, evitaba pensar en el durante mucho tiempo	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respete su consejo	0	1	2	3
43. Oculté a los demás lo mal que me iba	0	1	2	3
44. No tomé en serio la situación	0	1	2	3
45. Le platicué a alguien como me sentía	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y luché por lo que quería	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasada, ya que antes me había encontrado en una situación similar	0	1	2	3
49. Sabía lo que tenía que hacer y redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido				
51. Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	0	1	2	3
52. Propuse un par de situaciones distintas al problema				
53. Acepté la situación, pues no podía hacer nada mas al respecto	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos por el problema no interfirieran demasiado	0	1	2	3
55. Deseaba poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí				
57. Soñé o imaginé otro tiempo u otro lugar mejor que en el que estaba	0	1	2	3
58. Deseaba que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
59. Tuve fantasías e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	0	1	2	3
60. Recé	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor	0	1	2	3
62. Repasé lentamente lo que haría o diría	0	1	2	3
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo	0	1	2	3

64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otras Personas	0	1	2	3
65. Me dije a mi misma que las cosas podrian ser peor	0	1	2	3
66. Hice ejercicio	0	1	2	3
67. Intente algo distinto a todo lo anterior (describalo)	0	1	2	3