



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**LA DINÁMICA PSICOSOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA
DEL PACIENTE EN TRASPLANTE RENAL
CON DONADOR VIVO RELACIONADO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
REBECA REYES MÁRQUEZ

JURADO DE EXAMEN

**TUTOR: MTRO. GERARDO ÁNGEL VILLALVAZO GUTIÉRREZ
COMITÉ: DRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ
DRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA
LIC. JUAN JOSÉ SALDAÑA CASTILLO**



MÉXICO D.F.

ABRIL 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**LA DINÁMICA PSICOSOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA
DEL PACIENTE EN TRASPLANTE RENAL
CON DONADOR VIVO RELACIONADO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
REBECA REYES MÁRQUEZ

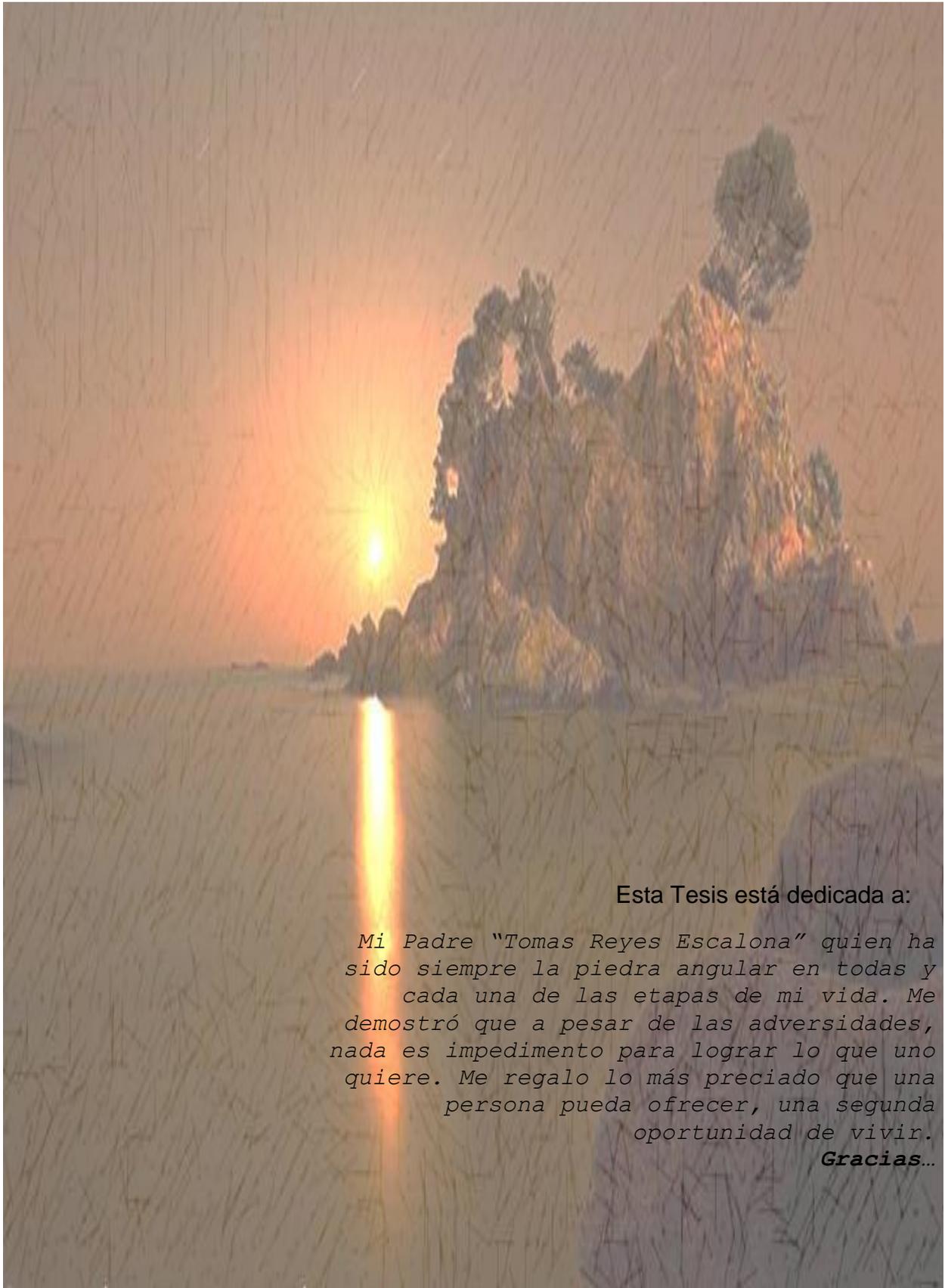
JURADO DE EXAMEN

**TUTOR: MTRO. GERARDO ÁNGEL VILLALVAZO GUTIÉRREZ
COMITÉ: DRA. ALBA ESPERANZA GARCÍA LÓPEZ
DRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA
LIC. JUAN JOSÉ SALDAÑA CASTILLO**



MÉXICO D.F.

ABRIL 2012

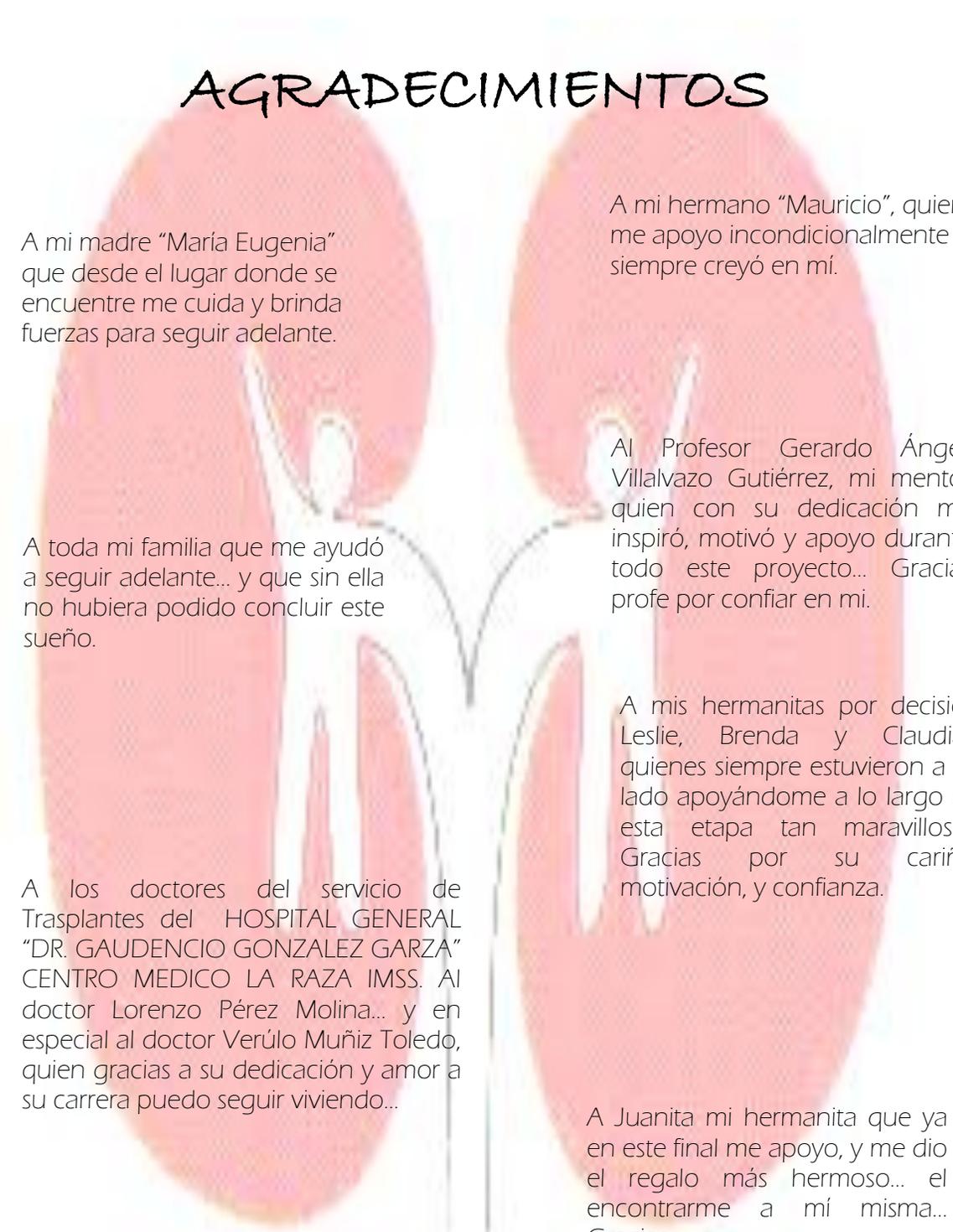


Esta Tesis está dedicada a:

Mi Padre "Tomas Reyes Escalona" quien ha sido siempre la piedra angular en todas y cada una de las etapas de mi vida. Me demostró que a pesar de las adversidades, nada es impedimento para lograr lo que uno quiere. Me regalo lo más preciado que una persona pueda ofrecer, una segunda oportunidad de vivir.

Gracias...

AGRADECIMIENTOS



A mi madre "María Eugenia" que desde el lugar donde se encuentre me cuida y brinda fuerzas para seguir adelante.

A mi hermano "Mauricio", quien me apoyo incondicionalmente y siempre creyó en mí.

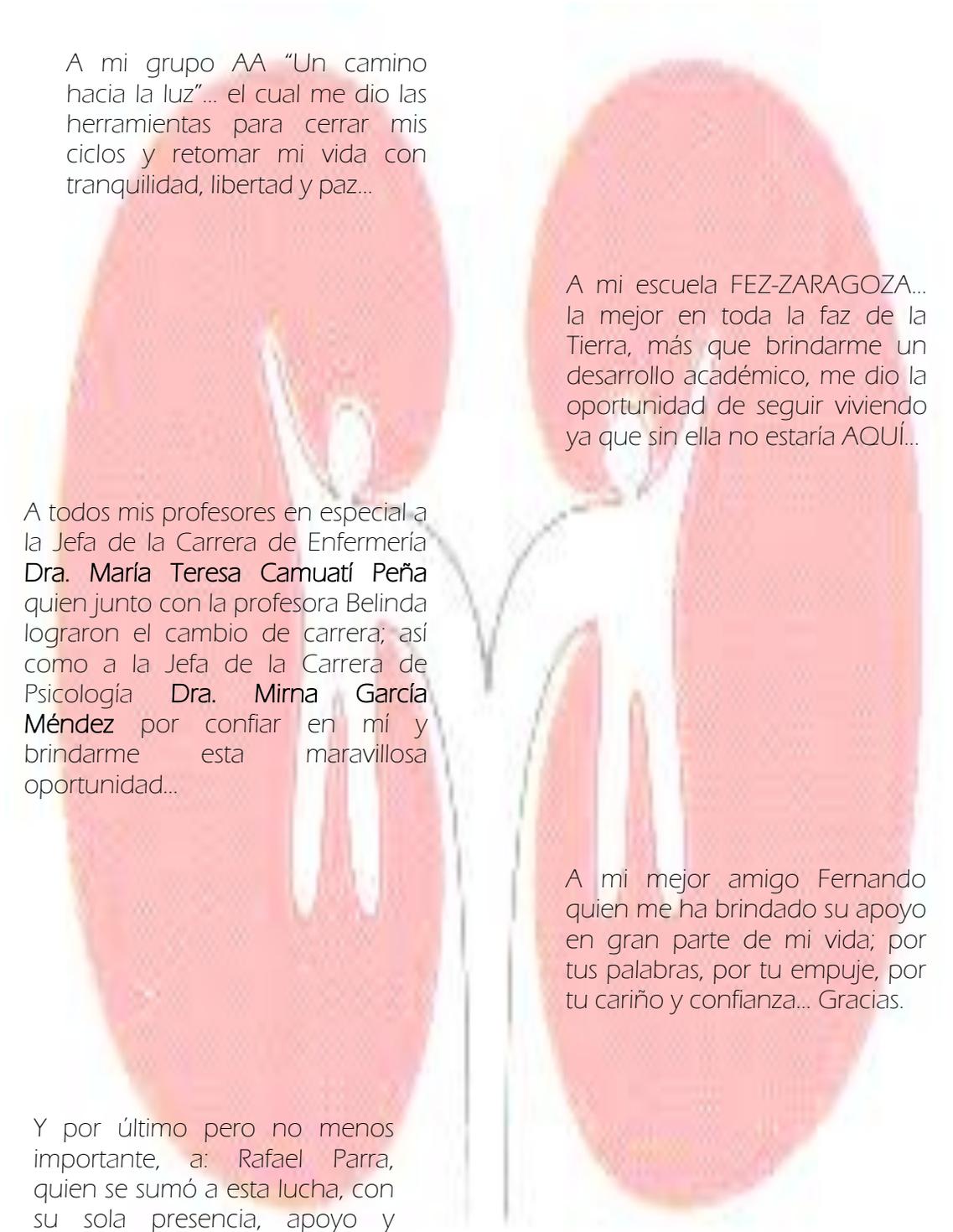
A toda mi familia que me ayudó a seguir adelante... y que sin ella no hubiera podido concluir este sueño.

Al Profesor Gerardo Ángel Villalvazo Gutiérrez, mi mentor quien con su dedicación me inspiró, motivó y apoyo durante todo este proyecto... Gracias profe por confiar en mí.

A los doctores del servicio de Trasplantes del HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS. Al doctor Lorenzo Pérez Molina... y en especial al doctor Verúlo Muñoz Toledo, quien gracias a su dedicación y amor a su carrera puedo seguir viviendo...

A mis hermanitas por decisión Leslie, Brenda y Claudia... quienes siempre estuvieron a mi lado apoyándome a lo largo de esta etapa tan maravillosa... Gracias por su cariño, motivación, y confianza.

A Juanita mi hermanita que ya en este final me apoyo, y me dio el regalo más hermoso... el encontrarme a mí misma... Gracias



A mi grupo AA "Un camino hacia la luz"... el cual me dio las herramientas para cerrar mis ciclos y retomar mi vida con tranquilidad, libertad y paz...

A mi escuela FEZ-ZARAGOZA... la mejor en toda la faz de la Tierra, más que brindarme un desarrollo académico, me dio la oportunidad de seguir viviendo ya que sin ella no estaría AQUÍ...

A todos mis profesores en especial a la Jefa de la Carrera de Enfermería **Dra. María Teresa Camuatí Peña** quien junto con la profesora Belinda lograron el cambio de carrera; así como a la Jefa de la Carrera de Psicología **Dra. Mirna García Méndez** por confiar en mí y brindarme esta maravillosa oportunidad...

A mi mejor amigo Fernando quien me ha brindado su apoyo en gran parte de mi vida; por tus palabras, por tu empuje, por tu cariño y confianza... Gracias.

Y por último pero no menos importante, a: Rafael Parra, quien se sumó a esta lucha, con su sola presencia, apoyo y motivación en este último paso; quien llegó para quedarse y compartir parte de su vida conmigo. Gracias.

ÍNDICE

LA DINÁMICA PSICOSOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN TRASPLANTE RENAL CON DONADOR VIVO RELACIONADO

RESUMEN.....1

INTRODUCCIÓN.....2

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

CAP. I TRASPLANTE RENAL

2. TRATAMIENTO CON TRASPLANTE RENAL.....7

1.1 ETIOLOGÍA DEL TRASPLANTE RENAL.....7

1.1.1 TIPOS DE DONANTES.....8

1.1.2 EL PROTOCOLO DE TRASPLANTES.....11

1.1.3 TIPOS DE RECHAZO DEL ÓRGANO TRASPLANTADO.....15

1.1.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....16

1.1.5 DOLOR.....17

1.1.6 ALIMENTACIÓN / APETITO.....18

1.1.7 LÍQUIDOS.....20

1.1.8 MOVILIDAD Y DESPLAZAMIENTO.....20

1.1.9 SUEÑO – DESCANSO.....23

1.2 TRATAMIENTO.....24

1.2.1 MEDICAMENTOS UTILIZADOS.....29

1.2.2 POSOLOGÍA Y VARIACIONES EN LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS
.....34

1.2.3 CUMPLIMIENTO O ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.....35

CAP. II PRINCIPALES IMPACTOS PSICOLÓGICOS

2. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.....37

2.1 ESTADOS EMOCIONALES.....38

2.2 PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS / TEMOR O MIEDO
/DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.....43

2.3 AUTOIMAEN CORPORAL – AUTOACEPTACIÓN.....44

2.4 TRASTORNOS SEXUALES.....45

2.5 VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN.....51

CAP. III LOS PROCESOS PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DINÁMICA COTIDIANA

3 VARIACIONES PSICOSOCIALES.....	52
3.1 PACIENTES SOMETIDOS A DIÁLISIS.....	53
3.1.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	53
3.1.2 RED DE APOYO SOCIAL; INCENTIVOS, MOTIVACIONES ILUSIÓN, ESPERANZA.....	56
3.1.3 PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS).....	57
3.1.4 MODO DE VIDA COTIDIANO: SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES.....	58
3.1.5 RELACIONES FAMILIARES.....	60
3.1.6 RELACIÓN DE PAREJA.....	63
3.1.7 CAPACIDAD DE TRABAJO.....	66
3.2 PACIENTES EN TRASPLANTE CON DONADOR VIVO RELACIONADO.....	68
3.2.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	68
3.2.2 RED DE APOYO SOCIAL; INCENTIVOS, MOTIVACIONES ILUSIÓN, ESPERANZA.....	74
3.2.3 PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS).....	77
3.2.4 MODO DE VIDA COTIDIANO: SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES.....	78
3.2.5 RELACIONES FAMILIARES.....	80
3.2.6 RELACIÓN DE PAREJA.....	82
3.2.7 RELACIONES LABORALES.....	83
3.2.8 LOS PROCESOS PSICOSOCIALES EN LA IRC: LA AUTOPERCEPCIÓN	84

CAP. IV CALIDAD DE VIDA

4. ASPECTOS GENERALES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	85
4.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	85
4.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).....	86
4.1.2 FACTORES DE LA CVRS.....	88
4.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL EN TRASPLANTE RENAL.....	91

CAP. V PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PROPÓSITO	100
5.1 OBJETIVOS.....	101
5.1.1 GENERALES.....	101
5.1.2 ESPECÍFICOS.....	101
5.2 MÉTODO.....	102
5.2.1 JUSTIFICACIÓN.....	102
5.2.2 VARIABLES.....	102
5.2.2.1 CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.....	102
5.2.3.1.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	102
5.2.3.1.2 VARIABLES DEPENDIENTES.....	103
5.2.3.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES.....	103
5.3 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	107
5.3.1 TIPO DE MUESTRA.....	107
5.3.1.1 PARTICIPANTES.....	107
5.4 INSTRUMENTOS.....	108
5.5 TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS.....	109
5.5.1 DESCRPCIÓN DE LOS DATOS.....	133
CAP. VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	143
CAP. VII ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS.....	154
CAP. VIII BIBLIOGRAFÍA.....	199
CAP. IX ANEXOS	208

RESUMEN

I El presente trabajo aborda desde la teoría médica los principales factores del Trasplante Renal, su manejo terapéutico, los tipos de donadores, los tipos de rechazo renal; hasta los principales impactos psicológicos y sociales que se relacionan con el comportamiento de las personas que padecen la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y se encuentran en tratamiento a base de un Trasplante Renal con Donador Vivo Relacionado.

Los procesos psicosociales identifican los tipos de relación social relevantes que expresan los pacientes, tales como: Los estilos de afrontamiento, la autoestima, el apoyo social familiar y el de los grupos secundarios como los religiosos o de búsqueda de bienestar emocional.

Se presenta un análisis estadístico exploratorio, con una muestra intencionada y de una sola medición de 10 pacientes Post-trasplantados de riñón con donador vivo relacionado, que habían tenido como tratamiento anterior la diálisis peritoneal continua ambulatoria DPCA. De las cuales 7 son mujeres entre 19 y 35 años y 3 hombres entre 16 y 38 años que se ubican en su tratamiento en el Hospital General "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" Centro Medico LA RAZA IMSS.

Se exploran las relaciones psicológicas y sociales con un conjunto o grupo de 212 ítems que se agruparon en indicadores de CVRS.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante Renal, Donador vivo relacionado, Aspectos psicosociales, Vida cotidiana.

INTRODUCCIÓN

En México existe un gran índice de la población, que es afectada por el padecimiento de la Insuficiencia Renal Crónica y que está bajo tratamiento de diálisis peritoneal, hemodiálisis y algunos de ellos en la lista para el trasplante renal. Esta enfermedad es considerada como una enfermedad Terminal porque no tiene cura, para ello, existen tratamientos que controlan y mejoran la calidad de vida de los pacientes. Es importante destacar que en la última década se ha presentado un gran avance en la medicina, en el campo de los Trasplantes Renales, en la calidad de la atención y en la organización hospitalaria de los médicos involucrados en este trabajo institucionalizado.

De acuerdo a la Fundación Mexicana del Riñón A.C. (FMR), en México, más de 129 mil personas padecen Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en etapas avanzadas, sólo el 50% de los pacientes tienen la oportunidad de ser atendidos en el Sector Salud, enfatiza el Dr. Leopoldo Garvey.

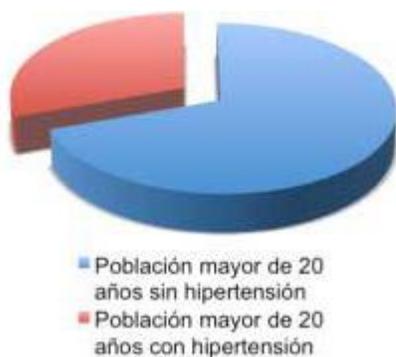
La IRC es cada vez más común en los países sub-desarrollados como México, donde las personas tienen hábitos alimenticios poco saludables con un estilo de vida sedentario, lo que provoca un aumento de la grasa corporal e incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión las cuales son los principales factores de riesgo para desarrollar IRC. Los pacientes con esta enfermedad, tienen un riesgo tres veces mayor de presentar problemas cardiacos que una persona saludable. Desde el 2008, la FMR ha realizado pruebas de detección oportuna con 3,848 participantes, de los cuales el 26% presentó algún estadio de IRC. Garvey señala que: “En nuestro país, 8.3 millones de personas padecen algún tipo de falla renal leve, en este sentido, se promueven acciones preventivas como el KEEP (Kidney Early Evaluation Program), el cual incluye cuestionario, medición de peso, talla, presión arterial, prueba de orina y sangre; lo que permitirá diagnosticar

oportunamente la enfermedad renal para dar pie al inicio de tratamiento oportuno y calidad”.

En consecuencia la consideración central preventiva radica que la detección temprana de la enfermedad renal retrasará la llegada a las terapias sustitutivas como diálisis, hemodiálisis y en algunos casos trasplante renal, que incrementan progresivamente el costo de atención.

La FMR destaca que:

1. Más de 129 mil personas padecen insuficiencia renal crónica en México.
2. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las dos causas más frecuentes de insuficiencia renal.
3. En la mayoría de los casos, la insuficiencia renal se puede prevenir o retrasar gracias a la detección temprana y tratamiento adecuado.
4. La insuficiencia renal crónica puede detectarse mediante estudios simples de laboratorio en sangre y orina.
5. Las personas que padecen diabetes mellitus e hipertensión tienen mayor riesgo de desarrollar insuficiencia renal.
6. Actualmente, el 30,8% de la población mayor de 20 años tiene hipertensión mientras que alrededor del 10% tiene diabetes mellitus.
7. Las personas que tienen antecedentes familiares de diabetes, hipertensión o insuficiencia renal también tienen un riesgo mayor.
8. El tratamiento adecuado de la diabetes mellitus y la hipertensión reduce el riesgo de desarrollar insuficiencia renal.
9. La anemia es una complicación frecuente de la insuficiencia renal crónica.
10. 8.3 millones de personas padecen Insuficiencia Renal Leve.
11. Y 129 mil personas con Insuficiencia Renal Crónica.



Y los datos críticos muestran, que en México hay más de 129,000 enfermos renales que requieren diálisis o un trasplante, y solo el 50% de ellos es atendido por el Sector Salud; el resto por su

parte tiene que buscar por su cuenta todo el procedimiento y la ayuda necesaria, y si no se cuenta con el servicio de Seguridad Social este proceso se vuelve mucho más complejo. Se calcula que en México existen 8,3 millones de enfermos en etapa uno que desconocen que padecen de enfermedades renales; al año mueren 70,000 personas por este padecimiento.

EL INEGI en la encuesta del 2010 nos proporciona que la población mexicana consta de 112 336 538 de personas, de las cuales 57 481 307 son mujeres y 54 855 231 hombres

Los procesos de salud - enfermedad que está presentando la población mexicana nos están mostrando una serie de deficiencias en el modo y la calidad de vida. Destacan: la mala nutrición y hábitos alimentarios que son afectados por alimentos industrializados entre los aspectos reconocibles, la vida sedentaria, las tensiones de la vida cotidiana y los distintos problemas que enfrentan mujeres y hombres por mejorar sus formas de desarrollo familiar y social; sobre peso, hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, alteraciones del ciclo del sueño, enfermedades gastrointestinales, etc. En particular, los trastornos renales en la población mexicana nos indican una tendencia de incremento, debido a que no solo se limita a un sector de la misma, sino q con el paso del tiempo se va extendiendo a otros sectores, como el de los jóvenes en edad productiva. Es decir los problemas q se derivan de la IRC ya afectan a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, donde la tendencia de muchas mujeres y jóvenes se va a ver afectada su vida personal y productiva, lo cual nos indica un serio problema de salud poblacional. En consecuencia, cabe destacar que los procesos de desarrollo psicosocial equilibrado o de bienestar en su calidad de vida se trastocan y alteran; afectando en cadena las relaciones interindividuales en la familia y el entorno social, donde tal y como lo han señalado los investigadores en el campo de la medicina, los costos económicos son muy altos ara la sociedad y en donde muchos de ellos no llegan a recibir los tratamientos

adecuados y oportunos. Si estos altos costos son clara y objetivamente muy bien señalados hay aspectos que no se toman en cuenta y se refiere a las experiencias alteradas de la vida cotidiana de las personas que han llegado a estos padecimientos, con ello, nos referimos a los procesos psicológicos del dolor y la fuerte lucha que entablan las personas por su vida. Esto abre para la investigación desde la psicología en todos sus campos un gran margen para el desarrollo de estudios que pueden arrojar datos y teorías plausibles para una más aproximada comprensión, tanto desde el plano de los procesos psicológicos para una mejor ubicación como en el de una visión integral de los procesos de salud-enfermedad y con ello poder derivar las acciones profesionales de intervención para apoyar al paciente en su proceso de enfermedad y las posibilidades que las técnicas psicológicas pueden ofrecer a este tipo de pacientes en el proceso de una cura.

En el Capítulo 1, se aborda la etiología del Trasplante Renal, las características de los tipos de donantes: Donador cadavérico, Donación en vivo, Familiar vivo y No familiar vivo

Así como los principales tipos de Rechazo: rechazo hiperagudo, rechazo agudo y rechazo crónico. Y aspectos de la medicación inmunosupresora. En el Capítulo 2 se ubican los principales factores psicológicos, se enfatizan los estados emocionales, autoimagen corporal – autoaceptación, percepción subjetiva de los síntomas / temor o miedo / depresión y ansiedad, trastornos sexuales y valoración subjetiva de limitación. El Capítulo 3 se exponen las variables psicosociales que influyen en la dinámica cotidiana de los pacientes en las etapas pre-trasplante y post-trasplante, como: estilos de afrontamiento, red de apoyo social; incentivos, motivaciones e ilusiones, esperanza, preocupación por el futuro (de los hijos, propio, económicas, etc.) modo de vida cotidiano, satisfacción social a través de las relaciones familiares, relación de pareja y capacidad de trabajo. El Capítulo 4 describe la Calidad de Vida, y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), así como, los factores de la (CVRS). Dentro del Capítulo 6 se presenta el Planteamiento Metodológico, las

características de la muestra, la aplicación del instrumento para evaluar la Calidad de Vida en los pacientes con IRC, post-operados de trasplante renal con donador vivo relacionado del HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA” CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS. Así como el análisis exploratorio de los datos obtenidos a partir del conjunto de 212 ítems. En el Capítulo 5 podemos observar la discusión y conclusiones con respecto al análisis de los datos y por último en el Capítulo 6, ubicamos las Alternativas y Propuestas planteadas para intervención con la finalidad de educar y orientar a la población, a partir de Manuales informativos para pacientes con IRC detectada; en Diálisis Peritoneal y en Trasplante Renal y campañas de información.

CAPÍTULO 1
TRASPLANTE RENAL

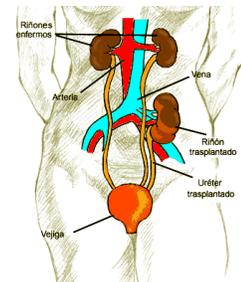
El Trasplante Renal se realiza como tratamiento en la enfermedad de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), la cual es controlada por medio de distintos tratamientos como lo son la Diálisis Peritoneal y la Hemodiálisis. De esta forma el Trasplante renal mejora significativamente el estado de salud del paciente, y por lo tanto mejora su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

1. TRATAMIENTO CON TRASPLANTE RENAL

1.1 ETIOLOGÍA DEL TRASPLANTE RENAL

Un trasplante de riñón 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 sólo 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 por ello:



“El trasplante de riñón se recomienda para las personas que tienen disfunciones de los riñones graves y que no podrían vivir sin la diálisis o un trasplante. Algunas de las enfermedades de los riñones para las que se realizan los trasplantes incluyen las siguientes condiciones: creatinina alta, trastorno urémico, etc.”... (Rosario, V., 2006)¹

⁷¹ Rosario, V., Montero, R. Tratado de trasplantes de órganos, Volumen 1 (2006). España: Aran

1.1.1 TIPOS DE DONANTES

La extracción de riñón a un donante vivo debe cumplir los siguientes requisitos:

1. El donante debe ser mayor de 20 años y menor de 60 años de edad, gozar de sus plenas facultades mentales y de un estado de salud general adecuado. Debe tratarse de un órgano o parte de él, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma suficientemente segura.
2. El donante debe ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, y otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.

La extracción de órganos de donante vivo: se limita a situaciones con grandes posibilidades de éxito del trasplante. Es necesario un informe preceptivo del Comité de Ética del hospital trasplantador. En ningún caso se pueden extraer ni utilizar órganos de donantes vivos cuando pudiera considerarse que media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico. La extracción de órganos procedentes de donantes vivos sólo puede realizarse en los centros sanitarios expresamente autorizados para ello por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente... (Aguilar, 2002)²

No puede realizarse la extracción de órganos de personas que, por deficiencias o alteraciones psicológicas, enfermedad mental o cualquier otra causa de orden subjetivo, no puedan otorgar su consentimiento en la forma indicada. Tampoco puede realizarse la extracción de órganos a menores de edad, aun con el consentimiento de los padres o tutores.

El destino del órgano extraído es el trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida.

² Aguilar, J. Donación y trasplante de órganos. (2002). Disponible en: <http://e-salud.gob.mx/e-salud/cuida-tu-salud/todos-por-la-salud/donacion-de-organos/donacion-de-organos-regalo-de-vida/donacion-de-organos.html>

Según Rosario, V., 2006³ los nombres de los diferentes tipos de trasplantes se refieren al donador del riñón. Hay tres orígenes de los órganos para trasplante:

1. Cadavérico
2. Donación en vivo
3. Familiar vivo
4. No familiar vivo

Un **trasplante cadavérico** se refiere a la extracción de un riñón de alguna persona que ha fallecido; los riñones cadavéricos se retiran solo después de una serie de pruebas para establecer que el donador tiene muerte cerebral. Esto significa que la parte del cerebro denominada tronco encefálico, que controla la respiración, ha dejado de trabajar permanentemente. Un paciente con muerte cerebral se mantiene vivo únicamente por una máquina de la que depende su vida.

Un riñón disponible no se da a una persona que haya estado esperando durante largo tiempo, sino al paciente más adecuado para recibirlo. Por tanto, la espera podría ser de un día o varios años.

Un paciente puede salir de una lista de espera si está enfermo, tiene una infección o viaja al extranjero. La separación de la lista de espera puede ser temporal o permanente.



En una **donación de una persona viva** se retira uno de los dos riñones sanos del donador, este riñón se trasplanta en el paciente con IRC; un donador que esté apto y bien antes de la operación podrá vivir una vida completamente normal con el riñón sano que le queda. La mayoría de los trasplantes exitosos son de donadores vivos; los donadores vivos pueden ser familiares o no familiares del receptor del trasplante.

⁷¹ Rosario, V., (2006).

En los **TRASPLANTES DE UN FAMILIAR VIVO RELACIONADO**; un familiar vivo dona un riñón para el trasplante; es muy probable que el trasplante de un familiar vivo, ya sea alguno de los padres o hermanos funcione más que un trasplante cadavérico porque es más factible que coincida mejor, que el de un donador vivo no familiar.

El familiar necesita considerar muy bien la decisión de donar un riñón, en especial porque no hay garantía de que el trasplante funcione. La mayoría de los donadores y receptores reciben intensa asesoría antes de llegar a tomar una decisión final. Si un paciente renal tiene un familiar de por lo menos 18 años de edad, sano y que desea donar un riñón, debe hablar con el coordinador de trasplantes de su unidad. Entonces se necesitarán diversas pruebas para el paciente y el donador.

Este criterio es muy pragmático desde el punto de vista biomédico, de manera que se ha comprobado la eficacia de los trasplantes realizados con Donadores Vivos Relacionados, esto debido a la mayor accesibilidad a un Trasplante Renal, compatibilidad sanguínea, la corta espera para dicho tratamiento, una pronta recuperación y una mejoría en su calidad de vida.

En ocasiones una **persona no familiar vivo relacionado** donará un riñón para trasplante; por lo regular es alguien cercano al paciente, como el esposo, la esposa, pareja o amigo cercano.

Antes de que se lleve a cabo un trasplante de un no familiar vivo relacionado, debe llegarse a un acuerdo de una agencia gubernamental denominada ULTRA (siglas en inglés que significan Autoridad Reguladora de Trasplantes Vivos no Familiares). En muchos países es ilícito comprar o vender órganos. Igual que con el trasplante de un familiar vivo, al donador y receptor se les practicarán diversas pruebas y recibirán asesoría abundante.

El tema del tráfico de órganos ilegal que es un fenómeno mundial reconocido e identificado no es un tema de análisis del presente trabajo.

1.1.2 EL PROTOCOLO DE TRASPLANTES

Con el objeto de conocer el protocolo que siguen los pacientes con IRC para someterse al Trasplante Renal, es específicamente para el proceso de Trasplante Renal con Donador Vivo Relacionado, según el HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA” CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS, debido al abordaje del estudio.

EL PROTOCOLO DE TRASPLANTES CON DONADOR VIVO RELACIONADO

El protocolo de trasplantes, inicia con la hoja de envío realizada por la Unidad de Medicina Interna, o la Unidad de Diálisis Peritoneal, o bien por la Unidad de Hemodiálisis; según sea el caso, así como de una serie de análisis de laboratorio e interconsultas de dicho Hospital General en el que se encuentre atendido el paciente por la Insuficiencia Renal Crónica en etapa Terminal; estos documentos son entregados al jefe de la Unidad de Trasplantes, para que estos sean valorados, y determinar si el paciente se encuentra en condiciones adecuadas para la realización del trasplante; y así poder asignar un médico el cual se encargará del Trasplante y su seguimiento; ya realizado este trámite se programa una cita con dicho médico, para realizar el **PROTOCOLO DE TRASPLANTE** el cual consiste en, una serie de análisis de laboratorio e interconsultas, tanto para el donador, como para el receptor; este tiene una duración según sea la disposición de citas en el Laboratorio, Ex, y Medicina Nuclear; por lo regular en el Instituto Mexicano del Seguro Social es un mínimo de 3 meses debido a la gran demanda de análisis de laboratorio y las distintas especialidades que son requeridas para interconsulta, de esta forma valorar adecuadamente el estado de salud, tanto del donador como del receptor del órgano.

El médico encargado del caso, tiene la obligación de explicarle al paciente tanto donador como receptor, los requisitos del protocolo de trasplante, (análisis de laboratorio, Rx, etc., así como de la localización de cada una de las áreas a donde se tiene que dirigir para sacar las citas para las interconsultas).

El Urólogo de la Unidad de Trasplantes es el encargado de dar el voto de aprobación para el trasplante, debido a que este, evalúa las condiciones en que se encuentran (donador-receptor) mediante los estudios de laboratorio, en particular el estado de los uréteres, la vejiga, la uretra, del receptor y la funcionalidad del riñón del donador ya que éste, es el médico que escoge que riñón es el más adecuado para el trasplante; por lo que estos son datos muy importantes para el éxito del trasplante.

Ya que el Urólogo haya dado su aprobación para la realización del trasplante; el médico encargado del trasplante, programa una cita para la cirugía, le proporciona los documentos necesarios para la autorización (hoja quirúrgica) y se le explica de manera detallada y de forma clara; el procedimiento de la cirugía; los efectos secundarios que pueden darse después de la cirugía como son: dolor en la herida quirúrgica, colocación de una sonda Foley para drenar la orina, así como la posibilidad de complicaciones postoperatorias como infección en la herida quirúrgica, infección en vías urinarias, fistula urinaria, rechazo del injerto etc... y los efectos a largo plazo de los medicamentos inmunosupresores, los cuales son la propensión a infecciones, a leucocitos bajos; esteroides vello facial, acné etc... También la valoración por parte del Psicólogo es muy importante, ya que este tiene el propósito de hacerle ver tanto al donador como al receptor los efectos secundarios que pueden darse no solo por la cirugía, sino a largo plazo, como los mencionados, así como la baja autoestima como producto de las heridas quirúrgicas, los efectos secundarios de los fármacos, y sociales como las ventajas de la suspensión de la diálisis o hemodiálisis a la que se encuentran sometidos, dentro de las que se puede encontrar la independencia que le da el

trasplante para poder estudiar o trabajar. Así como valorar el estado emocional en el que se encuentran ambos pacientes (donador-receptor) y brindar terapéuticas psicológicas de apoyo.

PROTOCOLO DE DONADOR RENAL

El protocolo correspondiente al donador se encuentra compuesto por la solicitud de análisis de laboratorio, dentro de los cuales se encuentran:

Exudado Faríngeo, Inmunología; Urocultivo, EGO; Microbiología, biometría hemática completa; Química sanguínea de 24 elementos; Depuración de creatinina y albúmina en orina de 24hr. Antígeno específico de próstata (total) en caso de donador masculino.

Así como estudios radiológicos; radiografía de tórax; Ultrasonido Renal, urografía excretora, electrocardiograma, ecocardiograma y arteriografía renal.

También un estudio el cual pertenece al área de medicina nuclear, Gamagrama renal.

Las interconsultas a distintas disciplinas forman parte del protocolo las cuales son las siguientes: Medicina Interna, Cardiología, y Urología siendo esta como decisiva para la aprobación de la donación; en caso de ser un donador femenino se realizará la interconsulta al área de Ginecología.

PROTOCOLO DE RECEPTOR RENAL

El protocolo correspondiente al donador se encuentra compuesto por la solicitud de análisis de laboratorio, dentro de los cuales se encuentran:

Exudado Faríngeo, Inmunología; Urocultivo, EGO; Microbiología, biometría hemática completa; Química sanguínea de 24 elementos; Depuración de creatinina y albúmina en orina de 24hr. Antígeno específico de próstata (total) en caso de donador masculino. Cultivo de líquido de diálisis (celularidad diálisis).

Así como estudios radiológicos; radiografía de tórax; Ultrasonido Renal, cistograma miccional, electrocardiograma, ecocardiograma y Rx ultrasonido esofágico SGD.

Las interconsultas a distintas disciplinas forman parte del protocolo las cuales son las siguientes: Otorrinolaringología, Oftalmología, Estomatología, Cardiología, Urología, en caso de ser un receptor femenino se realizara la interconsulta al área de Ginecología y por ultimo Higiene mental.

Por último se realiza un estudio de compatibilidad (grupo y RH) en ambos (donador-receptor). Ya que se cumplieron satisfactoriamente los requisitos antes mencionados; se lleva a cabo una cita con el médico de trasplantes asignado; para firmar la carta de consentimiento (ver Anexo I) y programar la fecha del trasplante. De este modo se presenta de forma general los factores fisiológicos, con el objetivo de conocer los factores desencadenantes de conductas y alteraciones en la dinámica psicosocial de los pacientes en Trasplante Renal con Donador Vivo Relacionado, durante la etapa de pre-trasplante.

1.1.3 TIPOS DE RECHAZO DEL ÓRGANO TRASPLANTADO

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. El rechazo puede producirse en la misma mesa de quirófano (rechazo hiperagudo), durante los tres primeros meses pos-trasplante (rechazo agudo) y durante toda la vida del injerto (rechazo crónico). Existen tres tipos principales de rechazo:

- 1. RECHAZO HIPERAGUDO.**
- 2. RECHAZO AGUDO**
- 3. RECHAZO CRÓNICO**

Por lo que:

“Según ⁴Aguilar, 2002 los factores más importantes que pueden causar rechazo crónico son: Factores inmunológicos (mala tolerancia crónica por el organismo del receptor al trasplante). Trastornos circulatorios (colesterol alto, fumadores, obesidad)”...

Los síntomas más habituales pueden ser: Temperatura corporal superior a los 38°: la fiebre manifestada en estos primeros días puede ser un signo de rechazo del órgano trasplantado. Síntomas de gripe: conjuntamente con la fiebre pueden aparecer una sensación generalizada de no sentirse bien. Tos con o sin expectoración: puede ser síntoma de varias enfermedades infecciosas como bronquitis o neumonía. Es necesario consultar al médico. Disminución de la diuresis (poca orina), hinchazón de pies. Otros signos: cualquier síntoma ha de ser conocido y valorado por los médicos del equipo de trasplante quienes

² Aguilar, J (2002)

decidirán en cada caso. Un paciente puede perfectamente ser trasplantado y no sufrir ninguna infección; no obstante, esta situación es excepcional ya que la mayoría de los pacientes sufren al menos una infección una vez reciben el órgano trasplantado. La aparición de infecciones no debe causar preocupación, ya que en un porcentaje altísimo de situaciones los médicos controlan cualquier problema potencial, mediante el uso de fármacos u otros tratamientos. Conocer y cuantificar el correcto funcionamiento del riñón trasplantado, es muy importante; la mejor manera de conocer y cuantificar el funcionamiento, es realizando análisis de sangre y de orina, que determinarán los valores de creatinina, urea (BUN), ácido úrico, potasio y fósforo. La creatinina refleja de manera muy fiable cómo está funcionando el riñón; es un parámetro de referencia que se utiliza siempre en las pruebas de control, que se le realizan al paciente.

Normalmente una persona con los riñones en pleno funcionamiento y sin enfermedad renal tiene una creatinina que oscila entre 0,6 y 1,2 mg/dl; una persona trasplantada puede estar por encima de estos valores perfectamente y tener una buena función renal. Una vez que el paciente recibe el trasplante renal los niveles de creatinina bajan de manera progresiva, debido al buen funcionamiento del riñón trasplantado, hasta llegar a la normalidad; no es de alarmarse que estos valores no permanezcan estables; en cambio, el incremento progresivo y sostenido en el tiempo de los niveles de creatinina sí pueden indicar una disfunción o el rechazo del órgano trasplantado.

1.1.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se habla de hipertensión cuando la presión arterial en un paciente trasplantado se establece como mínimo en 130/85; como la literatura lo menciona, si hubiera proteinuria los niveles deberían ser menores de 125/75 mmHg; la hipertensión arterial afecta entre un 70-85% de los pacientes con un riñón trasplantado. Son varios los factores que pueden influir en tener hipertensión arterial post-trasplante, así que:

“La hipertensión en el trasplante renal se asocia a aumento de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, aumento de cardiopatía isquémica, aumento de muerte, aumento de nefropatía crónica del trasplante y está implicada en la supervivencia a largo plazo del injerto renal.. “ (Aguilar, 2002)⁵

La tensión arterial mayor de 140-150/90-95 mmHg es uno de los elementos que afecta más negativamente al receptor y al órgano trasplantado, por lo que es muy importante normalizar las cifras de tensión arterial.

1.1.5 DOLOR

El dolor en los pacientes pos-trasplantados renales; se da en los primeros días de la cirugía, posteriormente, este va desapareciendo, claro que esto dependerá de cada persona, ya que el dolor es totalmente individualizado y no afecta a todos por igual, así es considerado por:

La International Association of the Study of Pain ha definido el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión tisular real o potencial descrita en términos de dicho daño”. De acuerdo con Penzo, esta definición tiene implicaciones significativas desde el punto de vista psicológico: considerar el dolor como algo subjetivo invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja; otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo; y que una parte intrínseca de la experiencia de dolor es la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables. (Caravaca, F., 2004)⁶

El umbral de dolor se le puede describir como la intensidad mínima de estímulo a partir de la cual se despierta la sensación de dolor. Dicho de otra manera, el umbral de dolor es el punto en que el dolor empieza a ser

² Aguilar, J. (2002)

¹³ Caravaca, F. (2004).

perceptible en el cuerpo como reacción a un estímulo como un golpe, una quemadura, rozadura, etc., por ello:

“Es de tomar en cuenta que de una persona a otra puede variar el nivel de tolerancia al dolor y en determinado momento las circunstancias y el estado psíquico de la persona puede alterar (aumentando o disminuyendo) la tolerancia al dolor que está presente...” (Medicina y Prevención, 2007)⁷

El dolor agudo secundario a la cirugía del trasplante suele ser mínimo; el órgano trasplantado carece de nervios aferentes, de manera que el dolor se origina en la incisión cutánea o en estructuras musculo esqueléticas, No es infrecuente el dolor en la espalda, y en algunos casos:

Los pacientes utilizan morfina durante el periodo posoperatorio inicial, pero rápidamente deben cambiar a un analgésico opiáceo menos potente. Los pacientes que están recibiendo tratamiento de mantenimiento con metadona pueden requerir medicación adicional frente a los cuadros de dolor agudo. En los casos en los que se utiliza metadona como analgésico, se debe administrar a intervalos de 6 hrs. (Wyszynsky, A., Wyszynsky, B., 2006, p.217)⁸

Las molestias más frecuentes en los pacientes post-trasplantados son el dolor de cabeza causado por la hipertensión arterial, malestar generalizado por el descontrol urémico, en el área del injerto debido al rechazo renal, debilidad por la baja de hemoglobina producida por el efecto de los inmunosupresores.

1.1.6 ALIMENTACIÓN / APETITO

Uno de los aspectos claves en el panorama general de las orientaciones que debe recibir el paciente trasplantado renal, es el de la orientación del dietista quien conjuntamente con el médico tratante, debe proporcionar una

⁴⁴ Medicina y Prevención. Umbral de dolor. (2007) Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/dolor/dolor.htm>

⁸⁴ Wyszynsky, A., Wyszynsky, B. (2006). Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. España: Masson (pp. 217-229)

información accesible con el fin de comprender las nuevas necesidades que impone el trasplante desde un punto de vista nutricional. El papel del dietista es fundamental en la educación de pacientes en el manejo de los sistemas de raciones / alimentos incluidos / excluidos para preparar la dieta día a día (Ver Anexo II).

Hablar de una correcta alimentación implica hablar de una dieta equilibrada, es decir, porciones adecuadas de alimento, según el peso y complejión del paciente, para que de esta forma, estas proporcionen los nutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del organismo.



El paciente tendrá que cambiar los hábitos de alimentación, lo que no es nada fácil, porque representa prescindir de ciertos placeres que son importantes o comer por obligación cuando se le apetece; para esto es importante que el paciente siempre debe: ***Adoptar actitudes positivas.***

La dieta del paciente trasplantado renal debe ser variada, rica en fibra para evitar estreñimiento; con un contenido moderado de grasas de origen animal, de proteínas y de sal; el consumo de calorías debe adecuarse según las necesidades energéticas de cada paciente. La cantidad de calorías depende de sí se desea mantener, aumentar o disminuir el peso del paciente. Es de vital importancia en el paciente trasplantado evitar chocolates, grasas animales. El pescado y el aceite de oliva son ricos en ácidos grasos monoinsaturados, los cuales son beneficiosos para nuestro organismo. La carne de pollo contiene una baja proporción de grasas.

En general, la tendencia pos-trasplante es a subir de peso, por ello debe cuidarse mucho el equilibrio que debe existir entre cantidad tomada diariamente de calorías y el consumo de las mismas mediante ejercicio físico y otras funciones del organismo.

1.1.7 LÍQUIDOS

Los líquidos son de libre demanda es decir que a diferencia de los pacientes en Diálisis Peritoneal o hemodiálisis; los pacientes trasplantados deben consumir 2 litros de agua, para que el injerto tenga un mejor funcionamiento, y así eliminar adecuadamente las toxinas. Aun así es necesario poner atención en el: limitar el consumo de sal alimentos ricos en sodio como: alimentos enlatados, procesados y productos de salchichonería.

1.1.8 MOVILIDAD Y DESPLAZAMIENTO

Debido al tipo de cirugía que se practica para la realización del trasplante, puede afectar la movilidad de la pierna ya sea la derecha o izquierda, dependiendo del lugar en el que se colocó el implante; sin embargo con el transcurso del tiempo la movilidad es recuperada; otra de las cosas que puede afectar al desplazamiento y la movilidad del paciente es la hipertensión o hipotensión arterial, ya que los efectos (dolor de cabeza, mareos, náuseas, etc.) de estos producen una dificultad para que el paciente pueda moverse adecuadamente.

Destacar el entrenamiento físico como parte vital del cuidado general, ya que contribuye a disminuir o controlar muchos de los efectos metabólicos de la medicación inmunosupresora, especialmente cuando el paciente es obeso o diabético. Como factor preventivo ayuda en la recuperación de la atrofia muscular o en la osteoporosis es indispensable que el paciente camine como mínimo 30 o 40 minutos cada vez. A los pacientes trasplantados, desde el segundo día, se les demanda a que comiencen a caminar lentamente, y de acuerdo con su estado de salud se les sugiere incrementar gradualmente la duración y frecuencia del ejercicio. En general, se puede realizar cualquier tipo de ejercicio, excepto deportes de contacto, por lo tanto, se destaca que:

El ejercicio físico actuaría modulando diferentes respuestas fisiopatológicas a nivel neurohormonal, cardiovascular, pulmonar y osteomuscular. La mayoría de pacientes trasplantados presentan un riesgo considerable de desarrollar complicaciones vasculares.

La práctica de ejercicio de forma regular ayuda a controlar ciertos factores de riesgo cardiovascular en trasplantados renales. Si bien algún estudio no detecta beneficios significativos en cuanto a la reducción de factores de riesgo cardiovascular tras el primer año del trasplante renal, en general los pacientes mejoran precozmente a otros niveles, incluso con programas de entrenamiento relativamente cortos. (Garrido, E. 2004)⁹

De hecho, el tratamiento farmacológico inmunosupresor no parece alterar la capacidad oxidativa celular, especialmente a nivel muscular, por lo que la respuesta física producida por el ejercicio, es la adecuada. El rendimiento físico que poseen los trasplantados renales que no realizan actividad física regular, parece ser similar al que poseían durante el periodo de diálisis. El inicio de un programa de ejercicio físico en estos pacientes dependerá de la recuperación post-quirúrgica. Por lo tanto, determinar dicho momento compete al equipo médico-quirúrgico que ha llevado a cabo con éxito el trasplante, por ello:

“Diversos estudios sugieren, incluso, la necesidad de realización de un programa de actividad física mínimo durante la espera previa al trasplante, especialmente de riñón.” (Garrido, E. 2004)¹⁰

En general, podría prescribirse la misma pauta de gasto calórico semanal recomendada por el Colegio Americano de Medicina del Deporte para la población sana; no obstante, lo ideal sería que los programas y entrenamiento físico estuvieran supervisados y fueran individualizados, muy especialmente en el caso de aquellos individuos trasplantados que deseen practicar actividades deportivas, o sea que impliquen una exigencia física mayor. El deporte supervisado en estos casos ha mejorado sustancialmente la calidad de vida de

³⁰ Garrido, E. Ejercicio físico y deporte en trasplantados. (2004, agosto). Disponible en: http://www.aecati.or/eneral/dr_garrido_2004.doc

³⁰ Garrido, E. (2004, agosto).

estos pacientes, aumentando su capacidad funcional, previniendo la osteoporosis y minimizando el impacto psicológico, así como la percepción de efectos secundarios propios de algunos fármacos prescritos.

Una vez que el paciente recibe el alta, debe reiniciar su vida de manera paulatina; pasado el periodo obligado de convalecencia no debe existir ninguna limitación para la práctica de una actividad física moderada y siempre autorizada por el médico responsable del seguimiento del trasplante renal. El estado físico y de ánimo se relaciona con el estado de salud del paciente y marca una actitud y comportamiento determinado en todo este tiempo. Se recomienda, dentro de las posibilidades de cada uno, continuar con el ritmo habitual de trabajo y actividades sociales, esto nos conduce a destacar que:

La práctica de ejercicio físico de manera regular y monitorizada produce numerosos beneficios tanto físicos como psicológicos para la salud del paciente trasplantado renal:

1. Disminuye el riesgo de padecer algún malestar.
2. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
3. Diabetes no insulino dependiente.
4. Ciertos tipos de cáncer.

El perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL).

1. El control del peso corporal.
2. La imagen personal.
3. La fuerza y la resistencia muscular.
4. La capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
5. La estructura y función de las articulaciones, por lo que puede ser beneficiosa para la artrosis.
6. La calidad del sueño.
7. El manejo del estrés.
8. Los síntomas de la ansiedad y la depresión.
9. El entusiasmo y el optimismo.
10. Previene y/o retrasa: el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos... (Guirado, L. 2005)¹¹

³⁴ Guirado, L. (2005). Guía del paciente trasplantado renal. [Revista electrónica]. (pp.6-72). Disponible en: <http://www.alcer.es/mm/File/publicaciones/paciente.pdf> -

En la actualidad además de practicar ejercicio físico, es posible participar en competencias deportivas dentro de la Unidad de Trasplantes. En estas competencias, es imprescindible la autorización del médico para participar; se compite en deportes como el tenis, la natación, el atletismo o el ciclismo. Todas aquellas personas que han sido sometidas con éxito a un trasplante de órgano presentan ciertas peculiaridades según sea su edad, el órgano trasplantado y el tratamiento farmacológico posterior. Los pacientes trasplantados mejoran su salud por diversos mecanismos cuando participan en programas de ejercicio físico. En definitiva, el ejercicio físico practicado regularmente y de forma adecuada debe considerarse como una importante arma terapéutica en el tratamiento a corto, medio y largo plazo de aquellos sujetos que han recibido un trasplante renal. De esta forma se lograra evitar el sedentarismo; la realización de ejercicio físico es fundamental para el equilibrio psicológico y como prevención de numerosas enfermedades post-trasplante. Sin embargo, el estrés de la vida moderna, la propia dinámica generada por la IRC, y la falta de información hacen que la mayoría de los pacientes no tengan tiempo suficiente para desarrollar algún tipo de actividad física.

1.1.9 SUEÑO - DESCANSO.

El sueño-descanso en los pacientes post-trasplantados renales, mejora con el paso de la recuperación, hasta llegar a un estado normal de sueño, sin las interrupciones normales de la hospitalización, de forma que estos pacientes van recuperando su forma habitual de dormir. En ocasiones, los pacientes sufren insomnio, producido por el estrés de su nueva situación de vida, pero conforme este se va adaptando, recupera su estado normal de sueño. La valoración del sueño- descanso es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva de la persona con el fin de intervenir eficazmente sobre la disfunción. Para eso, es importante determinar qué tipo de manifestación se presenta: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, despertar

precoz, somnolencia excesiva, cansancio o falta de energía diurna, en general se considera que los:

Factores que pueden alterar el patrón de sueño y descanso

1. Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar.
2. Problemas de salud psicológica que afecten el estado anímico (ansiedad, depresión, alteraciones perceptivas y cognitivas, etc.). En la mayoría de los trastornos mentales, uno de los primeros parámetros que se altera es el sueño.
3. Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés, como hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, procesos de duelo por pérdidas afectivas, etcétera... (*Psicofxp, 2000*)¹²

Todo esto nos conduce a destacar la importancia que tiene el proceso del sueño adecuado para el buen funcionamiento metabólico y recuperación de energía. De este modo el paciente tendrá una mejor recuperación y adaptación al injerto.

1.2 TRATAMIENTO MÉDICO

Realizado el Trasplante Renal (TR), el paciente post-operado (Donador) es retenido; hasta que no haya signos de complicación en la herida quirúrgica o alguna otra complicación, por lo regular es un lapso de 3 días a partir del internamiento. Al paciente donador se le da de alta, explicándole los cuidados necesarios de la herida quirúrgica, dieta, y programándole una cita para el retiro de puntos, así como, de una cita con el urólogo de la Unidad de trasplantes para su atención posterior, hasta que este considere que sea dado de alta.

En cambio el paciente post-operado (receptor); es retenido, hasta que presente mejoría, es decir, la adaptación al injerto, así como, un estado hemodinámico adecuado, sin compromiso cardiopulmonar y una adecuada producción de orina. Suele ser un lapso mínimo de 8 días. Ya dado de alta el paciente (receptor) se le explica los cuidados de la herida quirúrgica, se le da

⁶³ *Psicofxp. (2000).*

una cita para el retiro de puntos, así como de una cita abierta a urgencias, solicitudes de laboratorio y cita en una semana con su médico en la Unidad de Trasplantes. También se le instruye en la forma de cómo llevar su dieta, mediante un folleto ampliamente detallado proporcionado por el dietista; de manera que si este no tiene ninguna complicación, como infecciones, o fístula urinaria, etc., el control será llevado por medio de la consulta externa; primero cada mes, hasta llegar a cada 3 o 4 meses; así como cada mes para la solicitud de medicamentos. Estos controles no son estándares y pueden variar según la evolución clínica del paciente y la aparición de complicaciones, que pueden obligar a incrementar la periodicidad de las visitas y a ampliar los tipos de exploraciones post-trasplante (ecografía, biopsia,



etc.).

Todas las personas trasplantadas de riñón deben seguir los controles médicos recomendados a la población general para el mantenimiento de la salud: con consultas oftalmológicas, visitas al dentista, revisión anual ginecológica en

las mujeres, etc. Sin un tratamiento especial que limite su actividad (inmunosupresión), el sistema inmunitario del cuerpo responde agresivamente contra un trasplante, del mismo modo que lo hace contra las infecciones. Esta respuesta, que es conocida como rechazo, puede ocasionar la pérdida. Pasadas las primeras semanas del trasplante, es cuando se tienen las defensas más bajas, la probabilidad de aparición de infecciones aumenta en comparación con la de los individuos sanos; por lo que es necesario llevar un cubrebocas en todo momento por lo menos 3 meses a partir del TR; así como maximizar las medidas de higiene. Siempre que aparezcan signos o síntomas de alerta, se

debe avisar al médico, ya que las infecciones oportunistas pueden ser peligrosas si se detectan tardíamente.

Las infecciones son las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en los pacientes trasplantados. Pueden ocurrir debido a que el sistema inmunitario ha permitido que otros cuerpos extraños además del órgano trasplantado permanezcan vivos dentro del organismo. Los mismos fármacos eficaces para prevenir el rechazo pueden dejar también al receptor más bajo de defensas para luchar contra la infección. Esto significa que la infección puede ocurrir y extenderse mucho más rápido, en general:

Las infecciones más frecuentes son las urinarias, respiratorias, de la herida, etc... Las infecciones bacterianas aparecen en el 32% de los casos de los receptores de un trasplante y se tratan con fármacos antibióticos, como en cualquier individuo.

Los síntomas más habituales que pueden manifestarse en la mayoría de los pacientes con un riñón trasplantado son: Fiebre, malestar general, fatiga., tos o expectoración sucia, dificultad en la respiración, escozor, picazón o dolor al orinar, lesiones en la piel, náuseas o vómitos frecuentes, mareos o inestabilidad, palpitaciones o arritmias e Hinchazón en los pies o en lo párpados... (Jofré, R., 1999)¹³

Es necesario seguir las indicaciones realizadas por el equipo médico y enfermería antes de abandonar el hospital, así como, conocer que se está tomando una medicación inmunosupresora y que resulta imprescindible para evitar el rechazo, pero a su vez, puede resultar motivo de complicaciones. Una vez que el paciente abandona la unidad de Trasplante Renal se inicia una de las fases más complicadas de todo el proceso: la vuelta a la normalidad y con ella la adaptación a la vida cotidiana. Fuera del hospital, el paciente deja de estar bajo control del equipo médico y pasa a ser responsable absoluto del seguimiento de las pautas del trasplante, por lo que:



⁴⁰ Jofré, R. (1999)

Durante las primeras semanas después de la salida del hospital, debe llevar una vida ordenada y relajada. En esta fase surge una mezcla de alegría por la nueva situación y de intranquilidad ante lo que pueda ocurrir. El alta representa el final de un largo padecimiento y el comienzo de una nueva vida. Al ser dado de alta del hospital, el paciente pasa por un periodo de adaptación a la "nueva vida". (Aguilar, 2002)¹⁴

En principio se genera una sensación de desamparo; el equipo médico de la unidad de trasplante realiza un seguimiento extraordinario de los pacientes con un órgano recién trasplantado, las atenciones y cuidados se multiplican y la sensación de estar protegido es absoluta. Una vez que el paciente regresa a casa, debe desarrollar una vida lo más normalizada posible; a partir de este momento se debe cuidar más que nunca y sobre todo comunicar cualquier posible incidente a los médicos que cuidan de él. El reencuentro con familiares y amigos puede generar sentimientos de contradicción, pero el paciente no debe preocuparse, poco a poco va a recuperar el tono y la sensibilidad con el entorno. Por esto, es importante iniciar de inmediato una progresiva adecuación al ritmo normal de vida.

Por lo que las recomendaciones generales para este tipo de pacientes son:

1. Seguir las instrucciones de los profesionales sanitarios.
2. Tomar la medicación a las horas indicadas.
3. Descansar las horas necesarias (7/8 horas).
4. Evitar la ingesta excesiva de alimentos y el sobrepeso.
5. Por supuesto, no fumar.
6. No consumir alcohol.
7. Realizar ejercicio físico moderado.
8. Reiniciar la actividad laboral tan pronto sea posible y sus fuerzas lo permitan.
9. Acudir a todas las revisiones.
10. Confiar en el médico de trasplante.

² Aguilar. (2002)

Es importante en este momento el apoyo que pueda recibir de otras personas que han recibido un riñón y que han pasado por esta experiencia. Cuando visite al médico en la consulta externa del hospital es muy útil que anote las posibles preguntas, observaciones o dudas que vaya a realizarle.



Destacando los fármacos que se han prescrito, entre ellos los fármacos inmunosupresores que bajan la capacidad del organismo para combatir las infecciones, se recomienda en los primeros meses post-trasplante evitar a las personas que padezcan sarampión, varicela, gripes, herpes zoster u otras infecciones y evitar tener contacto con personas que padezcan. Los espacios donde se aglomeren multitudes de personas en espacios cerrados. Algunos animales de compañía pueden transmitir infecciones al paciente trasplantado, especialmente gatos y pájaros. No existe inconveniente en tener perros, aunque deben estar adecuadamente vacunados. Se debe evitar sus lamidos y lavarse las manos después de tocarlos. Una vez que el médico dé, de alta al paciente y éste se encuentre en condiciones, puede realizar viajes. Sin embargo, hay determinados países que debe evitar por la posibilidad de contraer infecciones. Así, cuando exista la oportunidad de realizar un viaje, se debe informar al especialista, el cual indicará si éste es factible o no. En otras ocasiones, se debe tomar cierta medicación preventiva de enfermedades de la zona.

Todos los pacientes receptores de un trasplante renal deben mantener medidas de higiene más estrictas que la población en general. Se recomienda mantener una buena higiene personal, con ducha diaria, utilizando jabones neutros. Es necesario secarse cuidadosamente los pliegues de la piel y entre los dedos. También se recomienda con el fin de evitar el contagio de infecciones, sobre todo el primer año después del trasplante, y no permanecer mucho tiempo y de manera frecuente en espacios cerrados o con mucha

aglomeración de gente ya que el aire que se respira en estos lugares pueden contener un mayor número de gérmenes.

Otras fuentes de infección son los alimentos y el agua. Antes de tomarlos, se debe comprobar que han pasado el correspondiente control sanitario. Por su parte, la fruta y los vegetales crudos deben lavarse cuidadosamente antes de su consumo. El paciente no debe olvidar realizar un correcto cepillado de los dientes, después de cada comida, utilizando un cepillo suave, para evitar la irritación de las encías. De manera que se:

Puede utilizar también hilo dental. Se recomienda la visita periódica al dentista para evitar la inflamación de las encías o cualquier otra complicación. (Guirado, L. 2005)¹⁵

Así pues, mejora su higiene para evitar cualquier infección oportunista, que pueda poner en peligro la salud del paciente.

1.2.1 MEDICAMENTOS UTILIZADOS

La toma correcta de la medicación es el pilar básico del éxito del trasplante; en los primeros meses, es cuantiosa la dosis de la medicación y puede acarrear efectos secundarios. Si el paciente los presenta, debe comentarlo con su especialista, el cual le orientará en la pauta a seguir; no se debe alterar la toma de medicamentos, sin consultarlo previamente con el equipo médico de trasplante.

HORARIO DE LA MEDICACIÓN

Cada medicamento tiene un horario adecuado para su toma, especialmente los inmunosupresores. No debe alterarse sin consulta el horario de medicación que se ha prescrito por el centro. En caso de olvidar alguna toma, se debe consultar al médico de trasplante. Las tablas de seguimiento de

³⁴ Guirado, L. (2005).

medicación son muy útiles para no olvidarse ninguna toma. Los fármacos inmunosupresores no son los únicos fármacos que debe tomar un paciente con un órgano trasplantado. En la mayoría de los casos es muy posible que deba tomar otros medicamentos necesarios para tratar o prevenir alguna de las alteraciones que son propias del trasplante renal, la medicación inmunosupresora o de la propia insuficiencia renal. También pueden favorecer la aparición de las denominadas infecciones oportunistas, las cuales se desarrollan, sobre todo, en personas que tengan sus defensas funcionando por debajo de la normalidad.

TIPOS DE INMUNOSUPRESORES

Cuando se recibe un órgano extraño, el sistema inmune del receptor lo reconoce como tal e inicia una serie de acciones contra él; y para esto es necesario el consumo de medicamentos inmunosupresores.

Los diferentes tipos de fármacos inmunosupresores son:

Prednisona / Corticoides ;Ciclosporina (Ciclosporina para microemulsión); Micofenolato de Mofetilo; Sirolimus; Tacrolimus; Azatioprina; Basiliximab; Daclizumab; Everolimus y Daclizumab.



Aunque en México los medicamentos más utilizados son: el Micofenolato de Mofetilo, Tacrolimus, Ciclosporina, Prednisona y Sirolimus.

Así como otros medicamentos como: Antihipertensivos, Hipolipemiantes, Antidiabéticos, Protectores gástricos; Antibióticos estos últimos pueden administrarse durante el primer año de trasplante, con el fin de prevenir la aparición de algunas infecciones inoportunas. El resto de fármacos más habituales sólo se prescriben si aparecen problemas tales como hipertensión, diabetes o alteraciones gastrointestinales.

Existen fármacos que pueden ser tóxicos para el órgano trasplantado o interferir severamente con la medicación inmunosupresora; no es considerada excesiva la consulta al especialista. Todos los pacientes deben comunicar a su médico de trasplante cualquier cambio en su medicación habitual propuesta por otro facultativo ajeno al programa de trasplante, con el fin de tratar afecciones dentales, óseas, intestinales o de cualquier otro tipo. Se recomienda que todos los pacientes con un trasplante renal funcionando, por su condición de inmunodeprimidos y el riesgo inherente de infecciones, reciban las siguientes vacunas:

1. Gripe: vacunación anual durante el otoño.
2. Pneumococo: una única vacuna con un recuerdo a los 5 años.
3. Tétanos/difteria: vacunación con una duración de 10 años.

Algunas consideraciones que se deben tomar son:

Respecto a la vacunación contra el virus de la hepatitis B, es conveniente que todos los trasplantados de riñón estén correctamente vacunados. Si no lo están, se les aconseja también su vacunación.

La vacunación por inyección frente a la fiebre tifoidea está permitida y es recomendable;

La vacunación del cólera no está indicada en ningún caso.

La vacuna de la fiebre amarilla está totalmente contraindicada en los trasplantados renales... (Guirado, L. 2002)¹⁶

³⁴ Guirado, L. (2005).

Es necesario que los pacientes trasplantados esperen un tiempo prudencial después del trasplante para vacunarse, ya que la respuesta del organismo a la vacuna sería insuficiente; por lo que es necesario, pedir al médico la indicación de la dosis de las vacunas, debido a que no puede ser la misma dosis que en la del público en general, debido a que son virus atenuados y estos pueden generar la enfermedad.



Los principales efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor son: Aparición de vello, verrugas, Infecciones oportunistas por hongos y derivados directamente de los corticoides, el paciente atenderá el cuidado en la piel en general destacando el baño diario, y se recomienda el uso del jabón de coco es muy adecuado para la cara si existe acné. Reducir la exposición solar es fundamental; la piel del paciente trasplantado es más sensible a las agresiones de la radiación ultravioleta, asimismo se tomará poco tiempo y con una protección adecuada de la piel (factor 10 o más); si es posible utilizar gorra o sombrero con visera, ya que una de las partes más afectadas por el sol es la cara. El aparato locomotor puede verse afectado por la medicación inmunosupresora, especialmente los corticoides. Éstos producen disminución de la cantidad de hueso del que disponemos y pueden causar trastornos motores importantes, si no son adecuadamente prevenidos y tratados. Aunque no se puede generalizar, la instauración de suplementos cálcicos al inicio del trasplante, la reducción progresiva de la dosis de corticoides, el mantenimiento de la actividad física adecuada y la realización periódica de una densitometría ósea, nos ayudarán a prevenir dichas alteraciones. Dentro del aparato digestivo es frecuente tener un cierto grado de acidez al principio del trasplante. El organismo del paciente trasplantado renal recibe numerosos fármacos que pueden alterar la tolerancia digestiva habitual; es conveniente comentar si existen molestias gástricas al médico, ya que existen numerosas sustancias eficaces para prevenirlo y tratarlos. Para

combatir el estreñimiento, los pacientes siempre deben: Aumentar si es posible la actividad física, tomar alimentos con residuos (frutas, verduras, pan integral...) y beber abundante agua si no existe contraindicación. En algunas ocasiones:

El envejecimiento progresivo del trasplantado renal, el aumento de pacientes con insuficiencia renal terminal con diabetes e hipertensión que inician programa de diálisis y el incremento de problemas cardíacos previos al trasplante, potencian el riesgo cardiovascular post-trasplante... (Guirado, L. 2005)¹⁷

Existen unos factores de riesgo "modificables" (tabaco, alcohol, obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo, hipertrofia ventricular izquierda, proteinuria o las alteraciones lipídicas) y factores de riesgo "no modificables" (edad, género masculino, herencia, historia personal de enfermedad coronaria o la diabetes mellitus). Modificarlos resulta esencial para contribuir a mejorar la supervivencia del injerto y del paciente trasplantado. De forma que son:

Dos las cuestiones que más se agradecen una vez se recibe un trasplante renal: poder beber líquido y comer cualquier cosa.

Si bien al principio los médicos dejan un poco de margen al paciente para que disfrute de la buena mesa, es muy importante que, pudiendo comer de todo, controle el peso y sobre todo no empiece a sobrealimentarse o a tomar alimentos poco saludables que puedan provocar alteraciones excesivas de parámetros como el azúcar, el peso, la hipertensión, aumento del colesterol, etc... (Guirado, L. 2005)¹⁸

Es necesario cumplir las indicaciones médicas, de esta forma el paciente post-trasplantado reducirá de manera significativa la propensión a efectos adversos al tratamiento médico.

³⁴ Guirado, L. (2005).

³⁴ Guirado, L. (2005).

1.2.2 POSOLOGIA Y VARIACIONES EN LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS.

La toma de los medicamentos, así como, la dosis dependerá del médico, esta valoración se da a partir de los análisis clínicos de control que lleva el paciente cada determinado tiempo, con el fin de establecer un control adecuado entre los medicamentos y los efectos que estos tienen en el paciente.

Basado en Guirado, L. 2005¹⁹

Ciclosporina

Micofenolato de Mofetilo 500 mg

1 tableta cada 12 horas

Sirolimus 1 mg

1 comprimido cada 12, 24 horas

Tacrolimus 1 mg

1 comprimido cada 12, 24 horas

Prednisona 5 mg

0.5, 1, 2 tabletas cada 8, 12, 24 horas

Medicamentos antihipertensivos

Prazosin 1mg de 1 a 3 tabletas cada 12, 6,8 horas

Enalapril 10 mg 1 tableta cada 24, 12 horas

Amlodipino 5mg 1 tableta cada 24 horas

Paracetamol 500mg

1 tableta cada 8 horas

Antibióticos

Trimetoprim con sulfametoxazol 2 tabletas cada 12 horas

Ciprofloxacino 500mg 2 tabletas cada 12 horas.

Lógicamente el paciente debe ser estricto en los horarios para el consumo de los medicamentos prescritos.

³⁴ Guirado, L. (2005).

1.2.3 CUMPLIMIENTO O ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.

Lo que ocurra en los tres primeros meses es un índice orientador del futuro del órgano trasplantado. Estos meses constituyen el periodo de control más riguroso; un correcto seguimiento de las indicaciones realizadas por el médico sobre la medicación que recibe el paciente con un riñón trasplantado es imprescindible para que éste funcione. Los medicamentos inmunosupresores son fármacos utilizados en la prevención y tratamiento del rechazo. Se toman desde el primer día de trasplante (generalmente antes de la cirugía). Su principal trabajo consiste en disminuir la capacidad del organismo de reaccionar contra elementos ajenos al mismo. La medicación inmunosupresora tiene como objetivo evitar esta respuesta y alcanzar un estado que permita la tolerancia del injerto. El paciente:

1. aprenderá el nombre de las medicinas y su función específica
2. anotar las dosis, horas y días de toma de cada medicamento,
3. conservar la medicación guardada, ordenada, limpia y seca, alejada de puntos de luz, calor o humedad.
4. Tirar los frascos o cajas agotados o caducados.
5. No cambiar nunca los medicamentos de caja, puede ser una fuente de equivocaciones.
6. Comunicar a los médicos: vómitos, urticaria, dolor de cabeza, dolor de estómago o cualquier otro síntoma.

Si en alguna ocasión la dosis es olvidada se recomienda que:

En caso de error en la toma de la dosis, nunca se debe intentar corregir en la siguiente, pues se cometería un doble error (consultar al médico). No consumir ninguna otra medicación sin autorización médica.

El tratamiento inmunosupresor debe tomarse hasta nueva orden del equipo médico...
(Guirado, L. 2005)²⁰

³⁴ Guirado, L. (2005).

En términos generales se observa que los pacientes se exceden en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, es decir, se cuidan en exceso porque tienen mucho miedo a realizar esfuerzos que les pueda dañar el riñón y llevar a una pérdida del injerto. Así que:

La adherencia al tratamiento en la mayoría de los estudios analiza la prevalencia de incumplimiento, principalmente de los inmunosupresores, identificando aspectos clínicos y demográficos predisponentes. Respecto a los factores de riesgo, se ha señalado que la falta de cumplimiento en diálisis podría constituir un importante factor predisponente.

El incumplimiento de las prescripciones terapéuticas predice el rechazo agudo del injerto... (Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R.... 2007).²¹

En consecuencia, destacan las indicaciones del médico, así también no se debe exagerar el cumplimiento, hasta llegar a lo obsesivo, y tomar demasiada atención a lo que puede o no puede hacer, de esta forma deja de hacer muchas actividades que puede realizar, pero que por el temor a enfermar no se atreve a realizar, este tipo de alteraciones determinara en gran medida la calidad de vida relacionada con la salud del paciente trasplantado renal.

⁶⁰ Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R., Pérez, J. (2007).

CAPÍTULO II
PRINCIPALES IMPACTOS
PSICOLÓGICOS

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un impacto de prueba de vida sobre el estado de salud, emocional, económico y social del paciente adulto, ya que al ingresar en los programas de terapia de reemplazo renal (Trasplante Renal) están obligados a someterse a un estricto tratamiento, modificando sus hábitos y vida social. Los múltiples cambios de solución en la diálisis, dieta, restricción de líquidos, las bajas probabilidades de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, crean una perspectiva de vida muy difícil para las personas con este problema de salud y disminuyen su disposición, lo que conduce a actitudes negativas frente a la diálisis.

2. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Las alteraciones psicológicas de los pacientes con IRC pueden describirse como: la presencia de una asociación entre estados altos de ansiedad y rupturas emocionales con una disminución del bienestar general que, a su vez, influye en la capacidad funcional para actividades de la vida diaria. Los efectos psicológicos negativos tienden a aumentar con relación a los síntomas en las alteraciones negativas de su funcionamiento renal, empeorando su salud. En términos generales se puede observar una estrecha relación entre la percepción de la enfermedad, con la depresión y satisfacción de vida. Cognitiva y emocionalmente, cuando el paciente cuenta con una alta probabilidad o seguridad de poder contar con un trasplante, esta condición cambia radicalmente la perspectiva de esperanza de vida. Ya que al realizarse el Trasplante Renal (TR), la actitud cambia radicalmente y mejora significativamente sus expectativas de vida. Las personas con este problema de salud las ubicamos en este estudio, en dos fases de análisis:

1. Las que se encuentran con tratamientos previos a la posibilidad de un trasplante renal.
2. Y las que ya tuvieron la oportunidad de contar con el trasplante de un donador vivo.

Ambas fases de análisis son consideradas por sus impactos psicoafectivos más importantes y que son observados por los médicos especialistas, familiares y por los reportes mismos de los pacientes. Estos involucran:

1. Los estados emocionales.
2. Los trastornos físicos por la misma naturaleza de la enfermedad.
3. La percepción de “sí mismo” y la enfermedad.

2.1 ESTADOS EMOCIONALES

El efecto del Trasplante Renal, en el estado emocional del paciente es fuerte debido a que el órgano de un familiar fue depositado en su organismo lo cual acarrea una serie de implicaciones, que es necesario conocer:

Fernández L.1998 propone cuatro fases posibles en el transcurso del proceso de adaptación al trasplante renal: 1) «inicio»: que se caracteriza por el temor a lo desconocido y la búsqueda de indicadores físicos de bienestar o de malestar; 2) «toma de conciencia»: que es el momento en el que el paciente se familiariza con sus nuevas sensaciones físicas y sus cuidados y, en general, comienzan a reflexionar sobre sus limitaciones, riesgos y capacidades; 3) «reflexión»: en el que el paciente vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad, y 4) «readaptación»: en el que resolverá las dudas que le acosaban en el pasado (por ejemplo, «¿qué puedo y no puedo hacer?», «¿cuál es mi papel en la familia?», «¿cuál es mi papel en el grupo social?», etc.).²²

Las alteraciones que sufren algunos trasplantados (por ejemplo, ansiedad, depresión, fantasías sobre el donante, insatisfacción con la imagen corporal, trastornos sexuales, sentimientos de culpa por los efectos resultantes de la donación y/o muerte del donante, etc.) son la causa de una inadecuada calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), tras un trasplante satisfactorio, los pacientes experimentan un alto nivel de energía que expresan sentirse

²⁶ Fernández, L., López, J. Matesanz. (1998). Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. [Revista electrónica]. 8(4). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=1139>

llenos de vida, con ausencia de agotamiento y cansancio. Existen algunos factores que son relevantes:

... además, cada vez se sienten menos nerviosos, más calmados y tranquilos, menos desanimados y deprimidos, en definitiva, más felices («*salud mental*»)... A esto hemos de añadir que, además, desaparecen todos los sentimientos y emociones que tenían cuando se hallaban en la fase de lista de espera y que les resultaban muy perturbadores, entre otros, hemos de resaltar la rabia («¿por qué me ha tocado precisamente a mí?»), la ansiedad («¿cuánto viviré si no hay donante?») y la culpa («si hubiera vivido de otra forma», «si me hubiera cuidado más»). Esta evolución positiva también queda reflejada en la percepción subjetiva que tienen de su propio estado de salud («*salud actual*»), el cual experimenta una mejoría a largo plazo, hallándose las diferencias más notables entre las fases pre y post-trasplante (tres y seis meses), encontrándose en estos dos últimos momentos con un estado de salud actual bastante bueno que, posteriormente, se mantiene estable... (Fernández, L., López, J... 1998)²³

La mayor parte de los pacientes experimenta una alegría y un alivio inmenso tras sobrevivir a la cirugía del trasplante. A menudo, la mejoría de su salud es espectacular; la mayor parte de los pacientes consideran una recuperación milagrosa y se muestran extremadamente agradecidos. El momento del trasplante se suele celebrar como un segundo nacimiento. En algunas situaciones poco habituales como:

Las complicaciones neuropsiquiátricas de la insuficiencia renal Terminal son la encefalopatía urémica y la leucoencefalopatía de carácter tóxico. La ciclosporina, el tacrolimus, el metronidazol, las sustancias que inducen cuadros de abuso de alcohol y cocaína pueden causar alteraciones estructurales en la sustancia blanca cerebral debido principalmente a desmielinización, y estas alteraciones se pueden detectar en la resonancia magnética. La capacidad cognitiva, las emociones, el movimiento, la visión y la sensibilidad dependen de la integridad de la sustancia blanca. Los factores tóxicos que actúan sobre la sustancia blanca alteran la transmisión neuronal, lo que se manifiesta en forma de cambios en el estado mental, confusión e inatención y posiblemente evolución del cuadro hacia abulia y estupor. Si se sospecha un problema de desmielinización, se debe interrumpir el fármaco considerado causante del mismo. Medicamentos utilizados en Trasplantes Renales que se asocian a efectos adversos neuropsiquiátricos son: Ciclosporina (ansiedad, nerviosismo, alucinaciones visuales,

²⁶ Fernández, L., López, J... Matesanz. (1998).

parestesias, temblores, convulsiones, ataxia, ceguera cortical); tacrolimus (insomnio, temblor, delirium, paranoia, mutismo arquetico, leucoencefalopatía); Prednisona (Irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, insomnio, trastornos afectivos “manía-depresión”, psicosis, delirium, alucinaciones cognitivas, de la memoria y de la concentración); penicilinas (convulsiones y delirium); ciprofloxacino (delirium, alucinaciones visuales); aciclovir (cefalea, convulsiones, pesadillas nocturnas, alucinaciones visuales). (Ambrosino, A., Wyszynski, B. 2006).²⁴

Pero en general las alteraciones neuropsiquiátricas, no se llegan a presentarse debido a que son monitoreadas las dosis de los medicamentos por el equipo médico. Las actitudes de autonomía y fatalismo en relación con las enfermedades están a menudo determinadas por motivos culturales y se mantienen por motivos psicológicos. Además, estas actitudes se pueden sostener independientemente del conocimiento real de los hechos. Se considera:

“Según,²⁵ Ambrosino, A., Wyszynski, B. 2006; el concepto de autonomía en relación en el estado de salud, apareció inicialmente en la bibliografía de investigación en forma de “control relacionado con la salud” CRS.”

El individuo que asume la responsabilidad de su propia salud y que considera que sus acciones personales tienen un impacto sobre la misma, presentan característicamente un sistema “dirigido internamente”. El sistema “dirigido externamente” es el que presenta el individuo fatalista que cree que tanto su salud como la enfermedad están influidas por aspectos que quedan fuera de su propio control. Las valoraciones de la CVRS son factores predictivos independientes y sólidos de los comportamientos relacionados con la salud, de manera que la externalidad elevada se asocia a un conocimiento menor de prevención de la enfermedad. A menudo se observan combinaciones de ambas actitudes, que pueden variar según la fase de la enfermedad, la fase

⁵ Ambrosino, A., Wyszynski, B. (2006). Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona: Masson. Pp. 217-224

⁵ Ambrosino, A., Wyszynski, B. (2006).

de la vida y diversas variables de la personalidad. Si el médico ignora las creencias del paciente respecto a su enfermedad, debido a que considera que son irracionales, será difícil que haya una identificación adecuada entre ambos y es muy posible que las recomendaciones del médico no sean cumplidas correctamente. La falta de entendimiento es especialmente cuando el médico y el paciente son de diferentes contextos culturales.

Es frecuente observar una tendencia a prolongar la niñez en estos pacientes a medida que van creciendo. Los adolescentes trasplantados suelen sentirse en desventaja en relación a sus pares en edad en cuanto a imagen corporal, estado físico, relaciones con el sexo opuesto, oportunidades de estudio y de empleo, así como formar un hogar y tener hijos. Muchos jóvenes no desean que sus compañeros y amigos, conozcan su estado de salud, por temor a que ellos sientan lastima, así como de hipervigilancia. Se consideran como parte del proceso de adaptación a su nueva situación de salud:

Las etapas de la pérdida, de *E. Kübler Ros* sirven para poder comprender los cambios emocionales, por los que pasa el paciente Trasplantado renal las cuales son:

Shock inicial: se refiere a la respuesta del paciente a la noticia de que tiene la enfermedad de la Insuficiencia Renal Crónica y el tratamiento que debe seguir (Diálisis peritoneal, o bien Hemodiálisis y en algunos casos el Trasplante Renal)

Ira: esta es muy frecuente y viene acompañado de agresividad para con su familia y la sociedad.

Negación: Así como en el duelo de la perdida de una persona; el paciente pasa por esta etapa, en la cual se niega a aceptar su enfermedad y busca alternativas para no enfrentar su situación, algunos pacientes no se someten al tratamiento ya que piensan que el tratamiento es incorrecto y por lo tanto buscan más opiniones médicas.

Depresión: La mayor parte de los pacientes con IRC se deprimen debido a su condición anímica y emocional.

Aceptación: Por ultimo aceptan su situación y se someten al tratamiento.

Para otro investigador (Norman Levi) resaltan principalmente:

PÉRDIDAS ASOCIADAS

Área personal

- 1 Malestar físico y emocional.
- 2 Cambios en los patrones sexuales.
- 3 Pérdida de independencia.
- 4 Modificación en la escala de valores y filosofía de vida.
- 5 Alteración de la autoimagen.
- 6 Impotencia.
- 7 Miedo a lo desconocido.

Área familiar

- 1 Pérdida del equilibrio familiar.
- 2 Pérdida del rol anterior a la enfermedad.
- 3 Cambios en el rol de los demás miembros.
- 4 Problemas de comunicación en la familia.

Área social

- 1 Cambio o pérdida de estatus social.
- 2 Aislamiento social.
- 3 Cambio en el nivel socioeconómico.
- 4 Cambio en la utilización del tiempo libre (De Bartolomé, 2003)²⁶

De manera general podemos darnos cuenta de los cambios emocionales a los que se encuentran sometidos los pacientes antes de recibir el trasplante; el proceso emocional en el cual se encuentran estos pacientes al cursar con IRC; y como es que estos van cambiando conforme se va dando el proceso del Trasplante Renal.

²⁰ De Bartolomé M (2003).

2.2 PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS / TEMOR O MIEDO / DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Existen diversas razones por las que resulta importante identificar la ansiedad y la depresión; la ansiedad disminuye el umbral y la tolerancia al dolor; ambas se asocian con la magnificación de los síntomas médicos; la depresión se acompaña de una pobre respuesta al tratamiento. Así mismo, el malestar emocional se ha asociado con la manifestación de síntomas físicos a través de la activación del estado de alerta o la exacerbación de los síntomas existentes. El principal temor que tienen los trasplantados es el temor al rechazo del injerto por lo cual se obsesionan por la evitación de lugares concurridos, que puedan transmitir fácilmente enfermedades, la higiene, la alimentación, etc. De manera que no pueden tener una calidad de vida adecuada, porque siempre están preocupándose por no contagiarse de alguna enfermedad o que por cualquier esfuerzo que haga pueda provocar el rechazo de injerto; por lo regular esto sucede durante el primer año, debido a que el paciente se está adaptando a la modificación de hábitos y costumbres que implica el trasplante renal. Posteriormente los pacientes se dan cuenta de sus limitaciones y alcances; y disminuye la exacerbación de los cuidados.

Cuando el injerto renal sufre problemas como el rechazo, el paciente se comienza a sentir, culpable de no haberse cuidado lo suficiente, temor de perder el injerto, ya que es muy difícil conseguir un segundo trasplante, por lo que tienden a deprimirse, a sentirse ansiosos y temeroso de regresar a la diálisis, o bien, en muchos casos ya no es probable regresar a ella por las múltiples cirugías, por lo que un catéter peritoneal ya no es adecuado, entonces la única opción sería la hemodiálisis y por ser un procedimiento desconocido este provoca más temor y ansiedad.

2.3 AUTOIMAGEN CORPORAL – AUTOACEPTACIÓN

La autoimagen corporal – autoaceptación en el paciente post-trasplantado se ve afectada por el efecto de los medicamentos, así como el resultado de múltiples cirugías. Es necesario conocer que:

Según, ⁷³Russek, 2009; todos tenemos una autoimagen, en función de la cual decimos: "Yo soy y en relación con los demás...". Cuando tenemos una enfermedad crónica, sobre todo de cierta gravedad o con mayores limitaciones, todas nuestras características parecen perder importancia y sólo destaca la enfermedad.

La enfermedad se vuelve una tarjeta de presentación cuando la persona se percibe de una manera diferente y percibe a los demás de forma distinta. Cuando estamos enfermos nuestro pensamiento se vuelve negativo y pesimista, tendemos a exagerar, interpretar equivocadamente y a negar aquello que puede aumentar nuestro sufrimiento y esto nos lleva a una actitud rígida, que nos perjudica física y emocionalmente. Si nos dejamos llevar por esta situación, nuestra autoestima se deteriora cada día más y más. Muchas de las enfermedades, hacen sentirnos incapaces y dependientes, es necesaria la compañía de nuestros semejantes en particular de la familia, para cuidarnos o transportarnos, así como, apoyarnos económicamente. Todas estas situaciones y muchas otras, nos dan una sensación de falta de control sobre nuestra propia vida. Este es uno de los elementos que más afectan a la autoestima.

Los cuidados post-operatorios, las continuas asistencias al hospital para el control de medicamentos y del estado de salud que conlleva un trasplante renal, hace que de alguna forma se pierda algún grado de autonomía pero con el tiempo y la mejoría del estado de salud, se ve recuperada en su totalidad; siempre y cuando no se presenten complicaciones. La autoimagen corporal se ve afectada por la administración de esteroides (Prednisona) ya que sus principales efectos secundarios son que estimulan el apetito, producen acné,

⁷³ Russek, (2009)

favorecen la obesidad, crecimiento de vello y es típico, en algunos casos, una mayor pronunciación de los pómulos lo que da a la cara un aspecto especial llamado de luna llena (cara hinchada) y propensión a las infecciones; sin embargo, conforme a la adaptación del injerto, las dosis usadas son disminuidas por lo que los efectos indeseables, se van reduciendo de forma significativa. Entre otras cosas:

“Existe también cierta insatisfacción con la imagen corporal ya que algunos trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo, de tal forma que perciben al órgano como un cuerpo extraño que introduce en uno aspecto del donante. Síndrome de Frankenstein.” (Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R... 2007). [Aunque este síndrome casi no se ve muy frecuente en México].²⁸

El síndrome de Frankenstein no se ha presentado en los pacientes post-trasplantados renales con donador vivo, ya que por lo regular son de familiares consanguíneos ya sea padres o hermanos y en algunos casos la pareja del paciente.

2.4 TRASTORNOS SEXUALES

Existe una problemática dentro de los pacientes con Trasplante Renal, en particular en un inicio, en la cual por temor a dañar el órgano trasplantado lo limitan en sus relaciones sexuales, lo cual con el paso del tiempo estas se van recuperando. Es necesario tener en cuenta que la sexualidad:

Es una realidad compleja del ser humano que abarca la totalidad del individuo desde su concepción hasta su muerte. Ella determina nuestra forma de ser hombres o mujeres, de allí que trascienda del sexo y la genitalidad para manifestarse en todas las relaciones que establecemos con los demás. Es importante ver la sexualidad como mucho más que un impulso físico-sexual de unirnos genitualmente a una persona. Pues ella está influida por el nivel de

⁶⁰ Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R.... 2007).

ajuste o de adaptación que la persona alcanza en estrecha relación con su salud integral. (Velásquez, O., Arbelaez, M., 2005).²⁹

Aunque muchos pacientes consideran que tenían una vida sexual normal antes del diagnóstico o del tratamiento, la realidad es otra. En general, en nuestra cultura cargamos con gran cantidad de mitos, tabúes, inhibiciones, temores, confusión sexual y decepciones previas que de hecho, ya les impedían tener una adecuada salud sexual. La sexualidad es mucho más que estar libre de enfermedad, es la capacidad de vivir el placer como un derecho básico del ser humano, que se sustenta en los propios valores y sentimientos de aceptación que el otro inspira.

La sexualidad está determinada por un nivel de bienestar físico, mental, espiritual y socio-afectivo, estos pueden presentar algunas alteraciones como:

- a) **Físicas:** diabetes, insuficiencia renal, hipertensión, etc.
- b) **Mentales:** lesiones cerebrales, demencias.
- c) **Espirituales:** creencias y valores.
- d) **Socio afectivas:** depresión, ansiedad, violencia intrafamiliar, celos, etc., sean fuentes de alteraciones en la vida sexual de cualquier persona. Es importante tener en cuenta que:

Dado que la sexualidad trasciende lo físico, es más importante estar integralmente sano para vivir la sexualidad que estar capacitado o no de ejercer la genitalidad, o tener o no una enfermedad orgánica... (Velásquez, O., Arbelaez, M., 2005).³⁰

Se pueden presentar trastornos de la sexualidad que se denominan disfunciones sexuales. Aunque el trasplante renal, ha sido asociado a la aparición de estas, es necesario aclarar que no es fácil definir de forma clara y

⁸² Velásquez, O., Arbelaez, M. (2005). Función física-relaciones de pareja y problemas sexuales: Cirugía, Trasplantes. Colombia: Universidad de Antioquia.

⁸² Velásquez, O., Arbelaez, M. (2005).

precisa, sí el origen es orgánico o psicológico. Lo cierto es que en la mayoría de los casos habrá que considerar una evaluación integral que abarque el tratamiento médico y psicológico. Así que es necesario que:

En algunas unidades o centros de diálisis y trasplante se han estructurado programas orientados a facilitar a los pacientes y sus familias la información y asesoría necesaria para que vivan de forma más integral y humana su sexualidad una vez que se ha hecho el diagnóstico o se ha iniciado alguna forma de terapia o se ha trasplantado. En algunas, el programa está a cargo de una enfermera o de una psicóloga o de una trabajadora social entrenada para ello, con el apoyo de todo el equipo salud. Es muy importante estar dispuesto a tocar este tema con sus pacientes no solo contar con los conocimientos y el entrenamiento necesarios, sino también con una visión humanista e integral de la sexualidad, no solo porque esta forma parte de la vida privada de las personas sino también porque implica abordar su interacción con todas las dimensiones de la vida misma del paciente y su familia. (Velásquez, O., Arbelaez, M., 2005).³¹

La principal queja de los pacientes trasplantados es la pérdida del deseo sexual, la cual es propiciada por varios factores psicológicos. Entre ellos, se encuentran:

1. La inhibición sexual, que puede darse por temor a poner en riesgo la estabilidad del trasplante.
2. Un embarazo; o transmitir la enfermedad a los hijos; al contagio a través del coito por el estado inmunosuprimido, o a recomenzar luego de un largo periodo de abstinencia o separación conyugal.

Estos y otros temores se pueden presentar en el paciente o en su pareja y suelen generar malentendidos, por lo que una buena comunicación clara y confianza en el interior de la pareja, facilitara una recuperación de sus relaciones sexuales. Otra causa de la pérdida del deseo sexual son los cambios físicos producto de los efectos de los medicamentos y procedimientos propios del tratamiento. Personas de uno y otro sexo pueden sentirse menos atractivas y experimentar fuertes temores al rechazo o al fracaso amoroso. Las cicatrices, el aumento de peso y de vello corporal, las estrías, el aspecto cushinoide

⁸² Velásquez, O., Arbelaez, M. (2005).

(Obesidad con acumulo graso, afectando a la cara, el cuello y el abdomen, que cursa con atrofia muscular de las extremidades, plétora facial y, con frecuencia, con estrías rojo) y otros cambios generan, principalmente en la mujer joven, la sensación de ser menos atractiva ante el sexo opuesto, dado que culturalmente se consideran aspectos antiestéticos. Estos afectan la autoestima y la dignidad de la persona, generando conflictos psicoemocionales, que alteran en ocasiones de forma grave las relaciones de pareja. Algunos pacientes evitan a sus parejas o las alejan con argumentos ilógicos de ser poco para ellos, lo que los embarca en un conflicto que puede llevar a la separación involuntaria del cónyuge. También puede darse un excesivo respeto por parte de la pareja hacia el paciente y una tendencia a evitar al máximo el contacto físico, lo que puede ser interpretado como rechazo, abandono, desamor, bajando aún más la autoestima del paciente afirmando sus temores y profecías al respecto. En muchas ocasiones:

Pocas personas consultan por esta causa antes del trasplante por considerarla como parte de la enfermedad o como consecuencia del tratamiento, pero frecuentemente espera que mejore con el trasplante, cuando ya ha pasado mucho tiempo desde la aparición de los primeros síntomas, lo que hace aún más difícil su diagnóstico y tratamiento. El origen multicausal de la disfunción eréctil hace necesario una adecuada evaluación en cada caso para así definir el tratamiento más indicado. Algunas de las causas psicológicas asociadas son la depresión, los estados ansiosos, los temores al fracaso o al rechazo sexual y al estrés. (Cruz, N, Torrubia, A. 2004)³²

Podrá reanudar las actividades sexuales una vez que se sienta suficientemente recuperado. Mucho dependerá de su evolución; debe ser utilizado el condón para reducir el riesgo de infecciones. En la mayoría de los hombres se restablece la potencia, sin embargo algunos pacientes con problemas vasculares mayores o Diabetes Mellitus pueden permanecer impotentes. Se deberá discutir con el urólogo la mejor alternativa de

¹⁹ Cruz, N., Torrubia, A. (2004) Unidad de Andrológica. Servicio Urología. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/trasplante/txrenal04-4.pdf>

tratamiento. Los besos están permitidos con su pareja siempre y cuando ésta no se encuentra enferma de catarro, gripe, tos o tenga alguna lesión en la mucosa oral por herpes simple (fuegos). La principal disfunción sexual en los hombres es la disfunción eréctil (DE) se define como la "Incapacidad persistente o repetida de un varón para alcanzar y/o mantener una erección suficiente para la actividad sexual". Es importante dar prioridad al trasplante, y tener cuidado con los procedimientos, de forma que no alteren la funcionalidad del injerto. En los hombres la fertilidad no se ve realmente alterada ya que muchos de ellos pueden embarazar a su pareja después de someterse a un trasplante exitoso de riñón.

En la mayoría de las mujeres los ciclos menstruales retornan a la normalidad algunos meses después del trasplante; muchas mujeres han logrado tener embarazos a término y niños saludables después del trasplante; el deseo de embarazarse debe de ser discutido junto con su médico de la Unidad de Trasplantes. Normalmente es necesario esperar por lo menos dos años con una función renal estable antes de embarazarse. Es importante tener en cuenta que:

Como algunos medicamentos inmunosupresores pueden afectar la eficacia de los anticonceptivos orales, no está recomendado el uso de la píldora, ni inyección mensual, dispositivos intrauterinos no están recomendados pues puede aumentar el riesgo de infecciones. El condón es la mejor manera de evitar infecciones, y cuando se usa en conjunción con cremas espermaticidas provee buena anticoncepción. Cualquier otra duda al respecto debe consultarla durante la visita con su médico. Si es una persona sexualmente activa y no tiene pareja sexual permanente. (Instituto Mexicano de Trasplantes, 2000)³⁹

En algunas ocasiones:

Llegan a existir trastornos sexuales en los pacientes trasplantados en un 30% y las causas pueden ser tanto físicas (por ejemplo, la propia enfermedad o la medicación) como psicológicos (por ejemplo, algunos trasplantados evitan las relaciones sexuales por temor a

³⁹ Instituto mexicano de trasplantes. (2000). Folleto informativo de pacientes receptores. Disponible en: <http://intsc.com.mx/folletos/folleto%20pacientes%20trasplantados.pdf>

dañar el órgano trasplantado o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios –crecimiento de vello- de los inmunosupresores). (Yunyent, E. 2009).³⁴

En las mujeres la principal disfunción sexual es el evitar el embarazo ya que, es muy peligroso para el riñón y para el producto, debido a que pelearían por el lugar en el peritoneo, aun así es sabido que hay embarazos exitosos para ambas partes. De manera que en el caso de las mujeres:

No es recomendable el embarazo en mujeres trasplantadas con menos de 2 años de trasplante renal, así como en mujeres con proteinuria, o con niveles superiores a 1.5 mg/dl de creatinina Cuando el paciente decide embarazarse, es importante la intervención nutricional está el comienzo del embarazo y el manejo es individualizado, similar a un embarazo normal. (Velásquez, O., Arbelaez, M., 2005)³⁵

Algunos problemas femeninos asociados al trasplante renal son: la anorgasmia, la frigidez y la dispareunia pueden fundamentarse en factores orgánicos como la sequedad vaginal pero suelen ir acompañados de conflictos de pareja como la mala educación sexual, incompreensión y violencia familiar, o de disfunción sexual masculina presente en el compañero tal como la eyaculación precoz. En algunas ocasiones los medicamentos tienden a formar quistes en los ovarios o en la matriz, estos se pueden tratar con medicamento o bien con cirugía para removerlos en el peor de los casos extirpar los ovarios y/o la matriz. Un factor decisivo al definir las causas de la disfunción sexual y su tratamiento es la relación de pareja; si ya en el pasado había alteraciones dentro de la pareja o las hay en la actualidad, las dificultades serán más fuertes.

⁸⁵ Yunyent, E., Pujolar. N. (2009). Calidad de vida en el trasplante renal.. Disponible en: http://www.seden.org/files/art656_1.pdf

⁸² Velásquez, O., Arbelaez. M. (2005)

2.5 VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN

Existe múltiples causas por las que, los pacientes con trasplante renal se encuentran en un estado de limitación en comparación con el resto de la población debido a que:

... encuentran la limitación en realizar esfuerzos físicos, en no poder encontrar empleo debido a su condición, en muchos casos no los emplean por encontrarse en desventaja frente a las personas sanas, a que estos tiene que visitar continuamente al médico, e ir por medicamentos; lo cual limita el tiempo de trabajo, eso sin contar las recaídas que pueden suceder... (Garrido, E. 2004)³⁶

Otras limitaciones con las que se enfrentan los trasplantados renales, son a las actividades deportivas de contacto, como lo son el fútbol americano, soccer, lucha, etc. Así como la dieta por lo que no es posible comer lo mismo que las personas sanas, en ocasiones esto causa conflicto en este tipo de pacientes; en los jóvenes, es muy frecuente la limitación para consumir bebidas alcohólicas, y por lo tanto se sienten en desventaja frente a sus amigos o familiares. Pero en general las limitaciones son mínimas en comparación con su situación de salud anterior (diálisis); por lo que los pacientes trasplantados pueden vivir de forma un poco más libre.

³⁰ Garrido, E. (2004)

CAPÍTULO III

LOS PROCESOS PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DINÁMICA COTIDIANA

3. VARIACIONES PSICOSOCIALES

Explicar o describir cuáles son las variaciones psicosociales que se generan en la vida de los pacientes con Insuficiencia Renal (IRC), desde la perspectiva, desde la disciplina y la profesión del psicólogo no sólo permite comprender y explicar lo que sucede a este tipo de pacientes, sino también puede con sus recursos teórico-metodológicos poder tener ciertos tipos de intervención, desde el llamado apoyo psicológico hasta la modificación de comportamiento que resultan negativos, como la propia actitud hacia su problema de salud; de modo que sus recursos profesionales pueden proporcionar herramientas para el mejoramiento en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las personas que padecen Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

En los procesos psicosociales podemos identificar ciertos tipos de relación social que nos proporcionan indicios con los cuales podemos trabajar los apoyos y las intervenciones psicoafectivas, tales como: los estilos de afrontamiento, la autoestima, el apoyo social - familiar y el de grupos secundarios como los religiosos o de búsqueda de bienestar emocional. En los procesos psicosociales podemos encontrar una relación entre estructura social y salud mental que especifica dos niveles de mediación. *En el primer nivel* se sitúan las experiencias sociales (alienación) y ambientales (estrés) producto de la posición socioeconómica de las personas; *el segundo nivel* recoge las mediaciones psicológicas y psicosociales a través de las cuales dichas experiencias sociales y ambientales se conectan con la salud y la enfermedad mental.

3.1 PACIENTES SOMETIDOS A DIÁLISIS.

3.1.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento de situaciones adversas se refieren a esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio, los cuales se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; la superación de estas demandas, da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento está dirigido a la emoción cuando el paciente no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento.

Cuando el paciente evita afrontar la situación de un problema, en particular una nueva situación como lo es el padecimiento de la IRC; y busca un alejamiento, negación, o transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido. Para esto es necesario considerar que:

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1985), se entiende 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” (p. 164). El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida (Rodríguez et al., 1993). De manera general, en los rangos positivos de calidad de vida, predominan los estilos activos de afrontamiento (centrados en la solución del problema), o pasivos (centrados en el control de la emoción), que facilitan el control conductual y emocional provocando una adaptación (López-Martínez, 1998). El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto. (Acosta, P., Chaparro, L., 2009)³⁷

¹ Acosta, P., Chaparro, L. (2009)

Las estrategias dirigidas a la emoción pueden también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no pueden resolverse. De esta manera, la predilección por el estilo enfocado en la emoción respondería a la percepción de menores niveles de control sobre la situación (como ocurre en muchas situaciones que son parte de la vivencia de la IRC), dicho afronte llevaría a que el paciente despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos, de tal forma que este estilo mantendría la esperanza y sostendría la autoestima. Por ello, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) tendría mayores beneficios. Así que:

Según Casado citado en Acosta 2009, cuando una persona enfrenta cualquier situación, realiza una evaluación tanto primaria como secundaria. La evaluación primaria es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo o de compromiso a su bienestar. La evaluación secundaria es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. El resultado de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como desafío, reto o amenaza. En el desafío o reto el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación.

Los pacientes de diálisis peritoneal emplean estrategias orientadas al problema, como la confrontación que podría impedir una aceptación de la enfermedad al verla como una amenaza...³⁸

Los Estilos de Afrontamiento se dan a partir de:

1. Afrontamiento de la enfermedad y verbalización.
2. Búsqueda de ayuda en las creencias y valores del paciente
3. Alteraciones en sus relaciones sociales primarias y secundarias.
4. Cansancio.

¹ Acosta, P., Chaparro, L. 2009

La calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal, se sienten desbordados frente a la enfermedad, por lo que se genera claras respuestas ansiosas, su actividad de afrontamiento se deteriora como consecuencia de lo anterior, la persona se torna poco eficaz, agitada desde una actividad caótica, frenética y poco organizada; a la simple inactividad. Es además significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más originales y menos elaborados de conducta. De forma que:

Según Gil-Roales (2004), se ha encontrado una etapa crítica de la enfermedad crónica y se identifican una serie de reacciones comunes en ésta. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar.... (Citado en: Acosta, P., Chaparro, L., 2009)³⁹

La estrategia de planificación en nuevos hábitos y costumbres ayuda a los pacientes renales a desarrollar acciones para responder a los nuevos cambios y demandas de la enfermedad; y sus tratamientos. Igualmente, el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento puede contribuir a responder a las demandas emocionales, pues permite proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo a futuro. Por otro lado, las estrategias de supresión de actividades competentes y cognitivas, que causan un desgaste contraproducente fueron descritas como las estrategias de afrontamiento que tienen un mayor nivel de independencia, lo cual facilita el desarrollo de las actividades de su vida diaria y la ejecución de proyectos de vida. Es importante mencionar que:

Según,⁴⁰Ribes, 2005; existe un modelo de afrontamiento de la enfermedad y lucha contra el estrés el cual es denominado BASICPH

¹ Acosta, P., Chaparro, L. (2009)

⁶⁷ Ribes. (2005)

Beliefs. Creencias y valores del paciente
Afecto. Recursos familiares
Social. Recursos sociales
Imaginación, creatividad, expresión artística
Cognitivo. Solución de problemas
Physiologic. Fisiológico, actividad corporal...

El modelo BASICPH es de gran ayuda para poder realizar un plan de afrontamiento para ayudar al paciente con IRC a enfrentar esta nueva etapa.

3.1.2 RED DE APOYO SOCIAL; INCENTIVOS, MOTIVACIONES ILUSIÓN, ESPERANZA

Dentro de la red de apoyo al paciente con trasplante renal se encuentran la motivación, esperanza de recuperación y adaptación a su nueva situación de salud. Es importante tener en cuenta que:

Existe un elemento reforzador muy importante la esperanza que la mayoría tiene depositada en el posible trasplante. Éste no llega a todos, y de los puestos no a todos les va bien, lo cual puede ser todavía más angustiante, ya que realizan conductas de autocuidado, encaminadas no sólo a pasar mejor la diálisis y mejorar su estado de salud, sino a estar en las mejores condiciones para recibir el riñón y el hecho de que a estas conductas les siga una consecuencia en principio buena, pero que se vuelve luego aversiva, acaba siendo muy perjudicial para la estabilidad emocional de la persona, pues ven que hagan lo que hagan no reciben la consecuencia esperada.... (Acosta, P., Chaparro, L., 2009)⁴¹

El paciente con IRC se ve realizando prioritariamente conductas, que son castigadas o al menos no se encuentran reforzadas con el padecimiento renal, como el auto-cuidado; el cual restringe la emisión de otras conductas que anteriormente eran reforzadas, como la independencia de hacer lo que quiera el paciente, como comer lo que desea o tomar el agua que quiera, ya que sí se alteran los elementos que son considerados importantes para un mejor estado

¹ Acosta, P., Chaparro, L. (2009)

de salud para la realización del trasplante. Por lo que entra en un conflicto interno caracterizado por angustia, por no ver concretada la esperanza de llegar a obtener un Trasplante Renal, lo cual mejoraría considerablemente su CVRS.

Evidentemente un factor muy importante en todo este proceso es la estimulación proveniente de su organismo, que fundamentalmente es una estimulación negativa, debido a su padecimiento renal; por lo que es importante brindarle al paciente más recursos de acción, en relación con las estrategias de afrontamiento que emplean frente a la enfermedad, para que éstas estén orientadas tanto al problema como a la emoción. Es oportuno implementar estrategias de intervención grupal, orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, donde se involucre al equipo médico y núcleo familiar del mismo, debido a que estos contribuyen en el bienestar físico y emocional del paciente durante la enfermedad. Esto se puede llevar a cabo a través de la conformación de grupos de encuentro con personas que presenten su misma condición y el estudio de caso de cada paciente por parte del equipo interdisciplinario. El patrón de creencias es muy importante para el paciente con IRC debido a que en la creencia de un poder superior a partir de sus prácticas habituales religiosas o tradicionales, le brinda esperanza de recuperarse de esta enfermedad y no sumergirse en la impotencia de no poder hacer nada al respecto.

3.1.3 PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS)

Los pacientes con IRC se encuentran sometidos continuamente a preocupaciones por su futuro, por ejemplo si el paciente es padre de familia, esté se halla preocupado por su situación laboral, por sus hijos y su pareja. Si la persona enferma es la mujer trabajadora, en la familia los problemas suelen ser, más importantes ya que a ella, están encomendadas tradicionalmente tareas domésticas, que a partir de este momento hay que volver a plantearse al menos durante un tiempo, lo cual genera en ella malestar, pues el sentirse inútil y no

poder atender al marido o la familia produce en ella un auténtico estado de inutilidad, los ingresos al hospital de forma frecuente, descansos durante el día, etc., altera la relación que mantenía en casa con el marido al disminuir la atención que le proporcionaba, pues es ahora ella quien las reclama, o viceversa si es el marido el enfermo. De manera que:

Según, ⁴²Russek, 2009; una enfermedad crónica implica gastos altos y constantes. Dependiendo del tipo y gravedad de la misma, así como de los tratamientos, el aspecto económico puede volverse uno de los principales problemas.

Cuando esto sucede, no sólo se debilita la autoestima del enfermo, sino que pueden surgir problemas importantes con las demás personas que se ven afectadas económicamente. Lo cual perjudica la salud física y emocional del paciente, dándose un círculo vicioso que genera sufrimiento en todos los involucrados.

Todo esto puede experimentarse como abandono por parte del familiar sano y pérdida de la importancia que tenía, según él, lo que desencadena quejas y alejamiento de la relación.

3.1.4 MODO DE VIDA COTIDIANO: SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica; la enfermedad puede ser ocasional y durar solo un tiempo breve; o puede ser permanente y empeorarse gradualmente con el paso del tiempo. La IRC, puede forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como, por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales como el tratamiento médico el cual es muy costo. En muchas ocasiones:

Incluso el diario vivir puede resultar difícil. Un estudio realizado en pacientes con dolores de cabeza crónicos resultado de la tensión indicó que experimentaron un menor

⁷³ Russek. (2009)

desempeño en sus trabajos, y su función social y que tenían una probabilidad de tres a quince veces mayor de ser diagnosticados con ansiedad o trastornos del estado de ánimo. La necesidad de tener resistencia emocional Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión... (Pérez, V. 2004)⁴³

La relación del paciente, con otras personas fuera de la familia es muy importante para la salud emocional del paciente con IRC, por lo que el salir con otras personas, estudiar, trabajar, tener amigos, o frecuentar a los amigos que se tenían antes de la enfermedad, es de ayuda para que el paciente no se encuentre solo con la familia; el pensar en otras cosas que no sea solo la diálisis, o de su estado de salud es muy importante, a veces el simple hecho de estar encerrado en su casa, provoca que el paciente se enferme más seguido; que estando fuera de ella, debido a que provoca un efecto distractor de la enfermedad y de esta forma en algunos casos se olvidan los malestares, con excepción de los cambios de diálisis, en caso de que la diálisis fuera solo por las noches, el paciente mejora su CVRS puesto que se encuentra libre excepto por sus medicamentos; así que puede hacer su vida más tranquila, salir con sus amigos, familia, poder realizar las actividades cotidianas con mayor libertad.

La IRC, está casi siempre presente en quien la vive; afecta sus sentimientos, pensamientos y conductas, por lo tanto se involucra en sus relaciones, ya sea en la frecuencia de las mismas o en su calidad. Por otro lado, tratar con una persona que tiene una enfermedad crónica grave, afecta a quienes conviven con ella; de forma que la relación de las demás personas hacia con el paciente es de evitarlo, tenerle poca paciencia o compadecerlo, fomentando inconscientemente, su incapacidad y autocompasión. Un mal manejo de la sociedad y de los amigos, puede ayudar a la disminución de la autoestima del paciente.

⁶¹ Pérez, V. (2004)

3.1.5 RELACIONES FAMILIARES

Las relaciones con hijos y familiares se ven afectadas ya que la IRC, no solo afecta al paciente sino a las personas que se encuentran en su entorno. Es importante considerar que:

“La familia se define como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha, en función de necesidades básicas, con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen “ (Centro de Sexología Sabadell, 2006)⁴⁴

La familia es un sistema relacional, ya que los miembros que la componen están vinculados entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción, y abierto, ya que estos miembros intercambian informaciones con su exterior interactuando con otros sistemas (trabajo, colegio, calle, etc.). Es evidente que en todo proceso de crecimiento familiar, y más precisamente en el cambio de una etapa a otra (desde la constitución de la pareja hasta el abandono del hogar de los hijos), lo que debe negociarse es el gran paquete formado por el sistema de creencias compartido y las reglas que los mantienen. Es importante que la familia se acomode a cada situación de cambio estableciendo nuevas reglas satisfactorias para que no se vea alterada. El momento de transición de una etapa a otra es un momento de crisis, en la cual los integrantes de la familia tienen la percepción de que las reglas con las que se venían manejando ya no sirven y que aún no han surgido entre ellos otras nuevas que las reemplacen.

La IRC en uno de los miembros de la familia, provoca reacciones diferentes en los distintos miembros de la misma. Pueden surgir sentimientos de protección, compasión y necesidad de ayudar al paciente, o enojo y resentimiento contra la vida, Dios, la suerte o el paciente mismo. En este último caso, generalmente dicho coraje va acompañado de culpa y auto

¹⁶ Centro de Sexología Sabadell. (2006) Relación de pareja, Disponible en: <http://www.sexologias.com/html/terapiafamiliar.htm>

recriminaciones. Además, según la gravedad de la IRC y relación; la tensión y el cansancio pueden ser constantes en los familiares cercanos y cuidadores. Esto genera problemas con el enfermo, aumentando el malestar emocional y físico de este último. El cambio en el modo de vida cotidiano, unido a la disminución de actividades realizadas de forma conjunta por la pareja o la familia fuera de casa (contacto con amistades, ocio, etc.), ya que la relación de la familia y muy especialmente de la pareja, tiene en el intercambio de reforzadores y en la realización de acciones conjuntas uno de sus mayores pilares.

Con el paso del tiempo puede haber muchos cambios en el modo de vida de la pareja o de la familia, surgiendo situaciones que pueden propiciar la aparición de diferencias en la toma de decisiones, frecuentes discusiones sobre cómo debe cuidarse el paciente, ya que a menudo existe una sobreprotección hacia él, especialmente si es el marido y de una edad media alta. También a veces aparecen diferencias a la hora de redistribuir las tareas domésticas de las que se tiene que ocupar cada uno siendo aquí frecuentes los pensamientos negativos sobre sí mismo, como consecuencia de la IRC. Estas discrepancias generan a veces discusiones que son fuente de intercambio de estimulación aversiva que incidirá de forma negativa en la relación. Los factores estresantes para la familia son principalmente la dieta, la dependencia-relación con el equipo médico, el pronóstico incierto, el cambio de imagen corporal y la reducción de la libertad y movimiento. Así como, por conflictos constantes, ya que el malestar de la persona que sufre el dolor repercute en su trato hacia los demás, por lo que la respuesta de ellos es similar. Además el paciente empieza a tener expectativas respecto a la conducta de sus seres queridos, que muchas veces ni siquiera expresa, pero que pocas veces pueden ser cumplidas, generándole un gran enojo. Por lo que se da:

“Un círculo vicioso de la relación familia-enfermo se encuentra dentro de la dinámica familiar, la cual se ve totalmente afectada de alguna forma resentida, atrapada y obligada a cuidar apoyar al paciente que se encuentra enfermo”... (De Bartolomé, 2003).⁴⁵

Los mecanismos compensatorios, se presentan para hacer sentir bien al paciente por lo que la familia trata de darle todo lo que quiere el paciente. Entre otras cosas también:

Se presenta; el afecto en exceso (Hiperafectivos), para que el paciente se encuentre querido apapachado, también los familiares se encuentran muy Hiperprotectores de forma que la familia protege al paciente de todo lo que la familia trata de que nada le pase al paciente por miedo, a que se vaya a enfermar, de manera que la Fatiga y Culpabilidad se presentan... (Ribes, 2005)⁴⁶

La fatiga no se hace esperar debido a que las continuas visitas médicas, necesidades implicadas en el tratamiento como el cambio de la solución de a diálisis, los medicamentos, la dieta el control de líquidos; el estar simplemente pendiente de lo que se le ofrezca al paciente, implica un ambiente cerrado por lo tanto la sensación de escapar, por un lado por la familia, y por el otro, el paciente a los cuidados de sus familiares. Por lo que la Culpabilidad, está presente por ambas partes. Si esto no se interrumpe, los sentimientos se intensifican, la familia se agota y se puede romper la relación, para cortar este círculo vicioso es necesaria la información: Gradual y Personalizada, en cada momento escuchan lo que pueden y necesitan escuchar, o bien:

Después del primer periodo de crisis e impacto ante la nueva situación la familia, inicia una nueva etapa en la que el eje central es la enfermedad crónica, esta etapa se caracteriza por la repartición del poder y se adoptan nuevas decisiones. Durante este proceso los niveles de estrés han ido en aumento, generalmente la madre adopta el rol de cuidadora, aporta soluciones al día a día y crea una relación simbiótica con el hijo enfermo, el padre tiende a

²⁰ De Bartolomé. (2003).

⁶⁷ Ribes. (2005)

refugiarse más en el trabajo, los niveles de estrés y angustia en ambos progenitores son diferentes (Nagy, S., Ungerer, J. 1990). Este tipo de interacción provoca un distanciamiento en el resto de los miembros de la familia. (Gimeno, M.1994)⁴⁷

La actitud de la familia respecto al paciente puede ser de permisividad, en muchos casos se mantienen comportamientos dependientes, en otros la actitud es de sobreprotección, en este caso, se mantendrán conductas infantiles. En algunos casos los hermanos se enfadan con facilidad, son resentidos y manifiestan problemas escolares, en cambio, cuando hay más niños en la familia puede producir un efecto positivo, ya que los hijos sanos pueden favorecer el equilibrio de la familia, pueden ayudar al hermano enfermo y a otras responsabilidades de la casa; es por eso la importancia de la educación de los hijos con respecto al paciente.

3.1.6 RELACIÓN DE PAREJA

Dentro de la relación de pareja podemos distinguir de manera general:

“... 4 momentos en una relación de pareja, que se corresponde con el ciclo de vida de la misma y claro está con el de sus miembros”. (Centro de Sexología Sabadell, 2006)⁴⁸

La etapa fundacional, se considera como primaria, ya que se inicia cuando los miembros empiezan a tener fantasías de construir una relación de pareja estable, que poco a poco se va concretizando con la exploración conjunta de los “sueños” de cada uno en la etapa de noviazgo. Este es un momento muy importante en la historia de cualquier pareja. Y estos estarán en la base de las expectativas recíprocas de cada miembro de la pareja; por ello puede ser tan problemático un noviazgo muy corto que no permite desarrollar el

³¹ Gimeno M. (1994). Enfermedad crónica y la familia. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf

¹⁶ Centro de Sexología Sabadell. (2006)

proyecto, como uno excesivamente largo que va poco a poco desgastando las ideas iniciales.

Etapa de consolidación de la pareja, este implica fundamentalmente el ascenso del compromiso mutuo y su explicitación en una suerte de contrato de pareja. Normalmente se ve en rituales sociales significativos tipo bodas, la inscripción como parejas de hecho o simplemente vivir juntos, se da un delicado proceso de “adaptación” que puede poner en riesgo la estabilidad de la pareja. La pareja ideal, deja de ser aquella con la que soñamos en la etapa de noviazgo, para ser una realidad de carne y hueso, que se acuesta y despierta a mi lado; las habilidades de negociación, de flexibilidad, y de empatía son particularmente importantes en este momento.

La etapa de la llegada de los hijos en este momento es frecuente que las parejas se inclinen en los hijos, dejando en un segundo lugar las necesidades conyugales y de vida de pareja. Y aunque este es un movimiento necesario, si resulta excesivo puede tener consecuencias problemáticas para los hijos y para la propia pareja. Es importante recordar que para ser padres, no es conveniente dejar de ser pareja; el crecimiento de los hijos marcara positiva o negativamente el desarrollo de la pareja, los juegos de triangulación de los hijos en los conflictos de sus padres o la adolescencia y su necesaria autoafirmación y provocación comporta un nuevo reto para la pareja. La pareja madura, marcada por la marcha de casa de los hijos, que da lugar al famoso síndrome del “nido vacío” es un nuevo momento crítico para la pareja. En el cual se impone renegociar tanto el vínculo como el proyecto en curso. Para muchas parejas no es fácil volverse a encontrar cara a cara, después de haber estado volcados en los hijos tanto tiempo. En esta etapa son muy frecuentes las separaciones o divorcios.

Etapa de la vejez que cierra el círculo vital de la pareja; es una etapa donde la pérdida es una experiencia frecuente: la jubilación, la muerte de

figuras significativas. En todo caso, en este momento la pareja anciana debe afrontar la inversión de los roles con los hijos, lo cual no siempre es fácil. Teniendo en cuenta las relaciones con la pareja son una fuente inagotable de bienestar para las dos partes que la forman. Pero el camino que lleva a la creación de una relación satisfactoria puede toparse con algunas dificultades. Puede ocurrir que dentro de la relación haya dificultades para comunicarse: uno puede llegar a pensar incluso que su pareja habla en otro idioma o sencillamente que no le escucha. Este hecho se puede acrecentar a la hora de hablar de cuestiones relacionadas con el sexo. Cada individuo aporta a la relación una forma diferente de ver la vida, ya que al fin y al cabo cada uno ha tenido una educación e historia propia. Puede ser que:

En la mayoría de las relaciones es normal que en alguna ocasión surja algún conflicto entre los miembros. Los conflictos pueden surgir cuando la pareja está en desacuerdo en la forma de ver las cosas, deseos, ideas o valores. Estas situaciones por lo general suelen crear mal clima en la relación porque se desatan sentimientos intensos que pueden incluso parecer desmesurados teniendo en cuenta qué los causó. Pero independientemente de la causa, si los conflictos son manejados de forma apropiada, pueden fortalecer las relaciones y mejorar el entendimiento entre las partes. (Gabinete Psicopedagógico, 2002)⁴⁹

Por último, como todo en la vida, las relaciones también pueden acabar; en un primer momento la experiencia de la ruptura suele ser algo generalmente frustrante y desesperanzador. Algunas reacciones comunes son la negación, rabia, autoinculpación o confusión. Pero las rupturas de pareja forman parte del proceso de crecimiento personal. En definitiva, son experiencias que permiten reflexionar sobre los puntos fuertes de la relación y también sobre los errores que se han cometido en la pareja, lo que ha de permitir que las relaciones futuras sean mejores. Cuando uno de los miembros de la pareja padece la IRC, puede generar un conflicto tal que el paciente, siente que su pareja ya no se comporta de la misma manera y la otra parte no sabe cómo debe manejar los

²⁹ Gabinete Psicopedagógico: Relaciones de pareja. (2002). Disponible en: <http://www.ugr.es/~ve/gpp/files/tripticos/pareja.pdf>

cambios y las manifestaciones del padecimiento, así como la forma de mantenerlo saludable, lo que puede generar demasiada presión que alguna vez “explotará”. En realidad se trata de una situación bastante problemática y muy difícil de sobrellevar, sin embargo, si el amor prevalece, la relación se puede salvar e incluso fortalecer. Es posible decir que en:

Muchos estudios señalan que los matrimonios donde una de las partes tiene una enfermedad crónica es más fácil de disuadirse si la pareja es joven. Y los esposos que están al cuidado de un enfermo son seis veces más propensos a sufrir de depresión que los que no se hacen cargo de un paciente. Incluso en los matrimonios bien avenidos, la situación es muy difícil, porque los involucrados se sienten atrapados, fuera de control y sin ayuda. (Ceballos, M., 2009)⁵⁰

De hecho existen muchos casos en que los matrimonios que enfrentan la IRC, en alguno de los miembros no soporta la exigencia que esta enfermedad demanda, por lo que estos terminan por separarse.

3.1.7 CAPACIDAD DE TRABAJO

El trabajo es importante en nuestras vidas, todos trabajamos, aunque, equivocadamente, mucha gente sólo considera trabajo al que es remunerado. Con frecuencia es parte importante de la identidad del que lo realiza; cuando un paciente padece IRC, está repercute en la calidad de nuestro desempeño o nos impide trabajar, nuestra autoestima puede verse afectada. Así que:

Laboralmente, a muchos de estos enfermos se les <invita>, por parte de la empresa a que dejen de trabajar ya que faltan demasiado al trabajo por sus sesiones de diálisis, con la pérdida de este importante reforzador para las personas, y si se les mantienen en el trabajo no todos conservan el mismo puesto... (Pérez, V. 2004).⁵¹

¹⁵ Ceballos, M., (2009). Salud en pareja: Las enfermedades matan la relación. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/salud-en-pareja-las-enfermedades-matan-la-relacion/>

⁶¹ Pérez V. (2004)

También se puede perder el trabajo o bajar la productividad y eficiencia, porque el dolor no le permite al paciente rendir de la misma forma que lo hacía antes de enfermar. Los ingresos hospitalarios repetidos, el malestar frecuente o los pequeños problemas que suelen tener, hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades que se tenían, con la importancia que puede tener para estas personas el perder estos reforzadores, pues acaban ajustándose, a la familia muchos de ellos casi de forma exclusiva, pues debido a la disminución de relaciones interpersonales y de actividades fuera del domicilio, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal médico donde se atiende la IRC. Con los cambios laborales y de régimen de vida, la comunicación y toma de decisiones, la planificación del tiempo libre y las relaciones familiares se ven afectadas.

3.2 PACIENTES EN TRASPLANTE CON DONADOR VIVO RELACIONADO

3.2.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Es importante tener en cuenta las principales estrategias de afrontamiento, como referencia de las estrategias que son utilizadas por los pacientes trasplantados. En ocasiones:

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Páez Rovira, 1993; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001) concuerdan en determinar 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento, que se corresponderían a otros tantos estilos de afrontamiento: afrontamiento cognitivo, afrontamiento afectivo y afrontamiento conductual. (Martin, M., Jiménez, P., 2005).⁵²

Se mencionaran de manera breve los distintos estilos de afrontamiento como lo son:

1. **Afrontamiento cognitivo:** Buscan un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente (Aceptación, autoanálisis, humor, poder mental, preocupación y reestructuración cognitiva)
2. **Afrontamiento afectivo:** Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante (Agresión pasiva, aislamiento, apoyo social, autocontrol, catarsis, escape/evitación y Supresión)
3. **Afrontamiento conductual:** Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las

⁴³ Martin, M., Jiménez, P. (2005). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (e³a). [Revista electrónica], 3(4). Disponible en: <http://www.reme.uji.es/articulos/aarre4960806100/texto.html>

anteriores (Afrontamiento directo, anticipación, autoafirmación, falta de afrontamiento, planificación y postergación)

A veces, el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional. Las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones. En general, un afrontamiento óptimo requiere la capacidad de usar, de forma flexible, múltiples estrategias. Dentro del afrontamiento cognitivo se encuentran:

1. **Aceptación:** reconocer, respetar, tolerar
2. **Autoanálisis:** autoobservación, autocrítica

Entre otros aspectos cognitivos podemos encontrar:

1. **Humor:** El sentido del humor permite afrontar conflictos, o situaciones potencialmente angustiantes, de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos.
2. **Poder mental (J.M.M.V.):** Esta propuesta incluye la estrategia “Apoyo espiritual”, donde el fenómeno más saliente es el de la sugestión (confiar en un curandero o líder espiritual, rezar y “Dejar que Dios se ocupe del problema”), y técnicas metafísicas que se centran directamente en el poder mental (el poder del pensamiento): Visualizaciones, Afirmaciones, Peticiones, Decretos u Oraciones.
3. **Preocupación:** Se trata de una preocupación (improductiva 60 la felicidad futura (“Preocuparme por lo que está pasando”), relacionada con la afectividad negativa (tendencia a estar angustiado, a preocuparse, al pesimismo, y a estados de infelicidad o depresivos)
4. **Reestructuración cognitiva (reevaluación positiva):** Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas

y considerarse afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y como un estímulo para el desarrollo personal.

Dentro del *afrontamiento afectivo* se encuentran:

1. **Agresión pasiva:** Expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Muchas veces se da como respuesta a una demanda de acción o desempeño independiente, o a la falta de satisfacción de deseos de independencia, pero puede ser adaptativo para personas en situaciones de subordinación, donde la comunicación directa y asertiva está castigada, por lo que no es posible expresar asertividad de una forma más abierta (un subordinado respecto a su jefe, relaciones de abusos o maltrato)
2. **Hostilidad o resentimiento latente hacia los demás:** Aquí la agresión pasiva se entiende como mecanismo de defensa, ya que la agresividad se ha desvinculado de su motivo o de su objeto, pudiendo haber conciencia o no del sentimiento
3. **Sumisión:** Educación, respeto, bondad, aparente; quejas y rechazo de ayuda (DSM IV TR)
4. **Expresión de quejas o demandas repetidas de ayuda:** Referidas a síntomas físicos o psicológicos, o problemas de la vida diaria, seguidas por el rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda.
5. **Aislamiento (retirada social):** Retirarse de la interacción social (respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas), ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, ya sea una huida de los demás por reserva (para que no conozcan su problema (“Guardar mis sentimientos para mí solo”), o ambas cosas.
6. **Apoyo social:** Acudir a otras personas cercanas (pareja, familiares, amigos), organizaciones (peticiones) o grupos (organizando o formando parte de ellos).
7. **Autocontrol (control emocional):** Esfuerzos para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

8. **Catarsis (descarga emocional):** Liberar las emociones, expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos (llorar, gritar, liberar la agresividad), puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles.
9. **Escape/evitación (distanciamiento, desconexión cognitiva, evasión):** Apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente (“Saco el problema de mi mente”), empleo de un pensamiento irreal (o mágico) improductivo o estrategias reductoras de tensión (paliativas) como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos.
10. **Supresión:** Consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar).

Dentro del *afrontamiento conductual* se encuentran:

1. **Afrontamiento directo (confrontación):** Afrontar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas
2. **Anticipación:** Anticipar problemas o situaciones conflictivas posibles, considerando las reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas. La idea es evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, e inmunizarse para una situación futura posible, a semejanza del objetivo preventivo de las vacunas; pero, en éste caso, sin nocividad posible, puesto que no alteran el cuerpo.
3. **Autoafirmación (respuesta asertiva):** Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad) Falta de afrontamiento (renuncia, desconexión comportamental); refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar

síntomas psicossomáticos, o reacciones depresivas: “No tengo forma de afrontar la situación”.

4. **Planificación (planeamiento):** Pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias para solucionarlo.
5. **Postergación (refrenar el afrontamiento):** Esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar, postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación. En ocasiones:

Las estrategias de afrontamiento en los pacientes trasplantados en comparación con los pacientes en diálisis peritoneal tienden a emplear estrategias de solución de problemas a través de la búsqueda de posibles alternativas orientadas al mejoramiento de los síntomas de la enfermedad y reevaluación positiva de las experiencias vividas durante la misma. Esto indica que los pacientes trasplantados buscan disminuir o modificar la situación amenazante que se presentó con la aparición de la enfermedad, por medio de un ajuste a nivel emocional pertinente, sin dejar de lado la valoración racional que hacen de la misma.

Así como estrategias de afrontamiento como apoyo social, la aceptación, planeación y el autocontrol... (Martin, M., Jiménez, P. 2005)⁵³

También los pacientes trasplantados emplean con mayor frecuencia estrategias orientadas a la solución del problema de la enfermedad de una forma adaptativa teniendo en cuenta las indicaciones médicas dadas para su tratamiento. Podemos ver que:

Los pacientes trasplantados tienden a responder de forma activa, con acciones concretas para modificar la enfermedad. Esto se ajusta a lo dicho por Carmichael, Cois y Popoola (2000), quienes afirman que la calidad de vida, al menos en cuanto a los aspectos subjetivos, se ve menos alterada en los pacientes más ancianos. Otra posibilidad es que estas personas se adapten más fácilmente a la enfermedad. (Borroto, G., 2007)⁵⁴

⁴³ Martin, M., Jiménez, P. (2005)

⁹ Borroto, G., Almeida, J. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Rev. Cubana Médica. 46(3)

De manera que dichas estrategias de afrontamiento, se encuentran principalmente orientadas a la modificación del problema (la confrontación y el apoyo social), así como a la emoción (autocontrol, distanciamiento, autoculpabilización y evitación), las cuales le pueden permitir una valoración ajustada de la situación. De esta forma la búsqueda de alternativas les permiten a los trasplantados, disminuir las alteraciones físicas y emocionales que trae la enfermedad; el desarrollo de actividades cotidianas en el hogar o en el lugar de trabajo les permite obtener un mayor distanciamiento de las implicaciones del tratamiento y la enfermedad, mejorando de esta forma la percepción que tienen de ésta. En algunos casos como indica:

Según Hyde, 1995. Las mujeres trasplantadas emplean con más frecuencia estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción en comparación con los otros tratamientos, lo que permite obtener una mejor adaptación frente a la enfermedad, teniendo en cuenta que la femineidad como característica de personalidad incluye aspectos como afectuosidad, capacidad de comprensión, ternura, tendencia a la expresión emocional, etc. Socialmente, el rol femenino ha estado constreñido concretamente al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas... (Citado en: Acosta, P., Chaparro, L., 2009)⁵⁵

La situación de la enfermedad para los pacientes trasplantados renales en los diferentes tratamientos es valorada principalmente como una amenaza, al considerar que no poseen recursos para hacer frente a la situación nueva; no se teme tanto a ésta, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarla, vinculando de este modo la angustia y la ansiedad (Lazarus, 1999). Se puede evidenciar que los pacientes de trasplante renal, emplean principalmente un afrontamiento dirigido a la emoción, considerando que no pueden modificar la situación de la enfermedad; este estilo de afrontamiento es un mecanismo sano de adaptación funcional, ya que desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles. Es necesario retomar que:

¹ Acosta, P., Chaparro, L. (2009)

Las estrategias de afrontamiento aproximativas (por ejemplo buscar y recibir información relacionada con la salud) en comparación con las evitativas se asocian a una mayor adaptación psicológica por parte de los trasplantados.

Negación, Desconexión, cognitiva, Conformismo, Planificación, Desarrollo personal, Control emocional, Distanciamiento, Supresión de actividades distractoras, Refrenar el afrontamiento, Evitar el afrontamiento, Resolver el problema, Apoyo social al problema, Desconexión, comportamental, Expresión emocional, Apoyo social emocional, Respuesta paliativa. (Martin, M., Jiménez, P., 2005)⁵⁶

Estas situaciones son consideradas como predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por ejemplo, algunas personas tienden, casi de forma invariable, a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos.

3.2.2 RED DE APOYO SOCIAL; INCENTIVOS, MOTIVACIONES ILUSIÓN, ESPERANZA

Las redes sociales de un individuo, corresponden a todas las relaciones significativas que establece a lo largo de su vida, estas redes se conforman por: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas de su comunidad y miembros de las instituciones educacionales, asistenciales y comunitarias. Las redes sociales involucran la comunicación entre los miembros que la conforman y que se ajustan a las demandas del contexto. Aun cuando su uso es práctico en la intervención comunitaria. Ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto: rutina de dieta, ejercicios, sueño, seguimiento de tratamientos médicos, etcétera. Al tener un sistema de apoyo social sólido, la vulnerabilidad a las enfermedades es más baja y la posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales

⁴³ Martin, M., Jiménez, P. (2005)

consistentes, es decir, cuando la persona enferma tiende a estar aislada. Así que:

... el tamaño de la red social, influye en la función de la misma, una red social pequeña puede ser menos eficaz en una situación a larga duración, ya que las personas que la constituyen comienzan a distanciarse cuando resiente el deterioro de la red social pequeña. Una red numerosa tampoco puede dar ayuda en momentos críticos de tensión emocional. Sluzki (2002) menciona que: “las redes de tamaño medio son más efectivas que las pequeñas o muy numerosas” (p. 3). El tamaño adecuado de una red social, es cuando ésta puede actuar como un monitor de cada integrante, el tamaño de la red se relaciona con la necesidad de todas las personas que la conforman, de saberse dentro de un grupo de pertenencia al cual referirse en momentos críticos y encontrar solución parcial o total... (Citado en: Vargas, J., 2003)⁵⁷

Es necesario que existan grupos de apoyo ya sean del propio Instituto hospitalario, o no gubernamentales; para que personas que están en su misma situación compartan sus experiencias y esto les tranquiliza mucho, pues hablan de los problemas surgidos y de cómo afrontarlos, lo cual disminuye la incertidumbre de estos pacientes ante lo desconocido. Como:

Los grupos de apoyo, ayudan a desaparecer todos los sentimientos y emociones que tenían cuando se hallaban en la fase de lista de espera y que les resultaban muy perturbadores, entre otros, hemos de resaltar la rabia («¿por qué me ha tocado precisamente a mí?»), la ansiedad («¿cuánto viviré si no hay donante?») y la culpa («si hubiera vivido de otra forma», «si me hubiera cuidado más»)

Entre otras cosas se encuentran integrarse a la sociedad (como por ejemplo tener un trabajo, estudiar, etc.) de manera que se sientan útiles y por lo consiguiente su calidad de vida mejora ya que se encuentran motivados para seguir viviendo... (Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R..., 2007).⁵⁸

Los grupos de apoyo a pacientes son una excelente instancia para el aprendizaje para el afrontamiento, para superar este periodo de adaptación, ya

⁸⁰ Vargas, J., Ibáñez, Jiménez, D. (2003). Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. [Revista electrónica], 6(2). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol6num2/David.html>

⁵⁹ Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R., Pérez, J. (2007).

que proporcionan información, asesoramiento, de ayuda mutua, voluntariado, y sobre todo, contacto con personas que han pasado por la misma situación, cuyo ejemplo y experiencia puede ser de mucha utilidad. El simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc. Lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos adecuadamente, de forma que generen el mínimo estrés. Para ello, las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa. El primer recurso es el propio paciente; en las situaciones en que esto no es suficiente hay que disponer de otro tipo de recursos externos que son los denominados "sistemas de apoyo social". En el paciente crónico estos sistemas de apoyo tienen una gran importancia. A continuación enunciare los principales tipos de sistemas de apoyo en los pacientes trasplantados renales:

Sistemas de apoyo:

1. Familia
2. Compañeros de trabajo
3. Compañeros de estudio
4. Compañeros de culto y creencias
5. Amigos, vecinos, etc.

Sistemas de apoyo organizados:

1. Servicios sociales institucionales.
2. Asociaciones de autoayuda.
3. Organizaciones no gubernamentales.
4. Ayuda profesional: médicos, enfermeras, asistentes sociales.

Los pacientes tienen un sentimiento de liberación con respecto a la dependencia de la diálisis; así como expectativas demasiado optimistas

respecto al trasplante (no esperan tener ninguna complicación médica, ni psicológica), que inmediatamente después de recibirlo no se ven cubiertas. Para ello se destaca en la:

Teoría de esperanza-desesperanza: Cada vez más, las investigaciones ponen en manifiesto la importancia etiopsicopatogénica de la desesperanza y los valores sanitarios de la esperanza en el afrontamiento a situaciones de alto nivel de estrés. De acuerdo al DSM-III-R, los “sentimientos de desesperanza” son un síntoma o indicador diagnóstico presente desde los trastornos mentales orgánicos de tipo demencial hasta las drogadicciones, depresiones, intoxicaciones, trastornos psicóticos y trastornos adaptativos, en un total de 21 cuadros clínicos diferentes. (Oblitas, L. 2006).⁵⁹

De manera que la esperanza juega un papel primordial en el afrontamiento de la situación de salud en la que se encuentra el paciente. En México, existen grupos de recreación como el “Grupo de Trasplantes” del Instituto Mexicano del Seguro Social “Centro Médico la Raza” en este, se desarrollan actividades deportivas como campamentos, excursiones, olimpiadas (gimnasia, básquetbol, voleibol, natación, domino, ajedrez, etc.). También dentro de este Instituto, se realizan juntas para los trasplantados renales sobre las nuevas disposiciones del área de trasplantes, así como conferencias brindadas por los médicos del servicio de trasplantes acerca de autoestima, alimentación, sexualidad, higiene, etc.

3.2.3 PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS)

Debido a que el trasplante no es una cura para la IRC, sino, un tratamiento, es común que el paciente se encuentre preocupado por lo que va ser de su vida, como por ejemplo cuando el paciente trasplantado es un padre o madre de familia, una de las preocupaciones más frecuentes son: ¿Cómo voy a sacar a mi familia adelante? ¿Si muero quien va a cuidar a mis hijos? ¿Podré

⁵⁹ Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson

conseguir empleo? etc. En los pacientes que son solteros o que todavía son menores de edad las preocupaciones más frecuentes son ¿Podré salir con mis amigos? ¿Podré terminar la escuela? ¿Tendré un buen futuro?, etc. Las principales preocupaciones económicas en los pacientes son que no pueden pagar los medicamentos, ya que estos son muy costosos, la atención médica, el no poder conseguir un trabajo adecuado y de esta manera no poder atender las necesidades de su familia. De manera que siempre se encuentran pendientes de su atención médica en México; dentro del sistema de salud pública se pueden encontrar el ISSSTE y el IMSS, en los que se atienden a los pacientes sin costo siempre y cuando se encuentren inscritos bajo las distintas modalidades que estos tengan.

3.2.4 MODO DE VIDA COTIDIANO: SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES

En las *actividades cotidianas* los pacientes mejoran a largo plazo, a los tres meses hay una recaída significativa, es decir, comparando los cuatro momentos temporales, es en dicha fase cuando tienen más problemas para realizar actividades cotidianas, como por ejemplo, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre. Así como:

Las «limitaciones en el rol por problemas físicos», aunque se aprecia una mejoría gradual y progresiva a medida que pasa el tiempo, la diferencia más notable se halla cuando se comparan los tres y los doce meses de la fase post-trasplante, estando significativamente peor a los tres meses, donde a causa de su salud física a veces tienen, por ejemplo, que reducir el tiempo, hacer menos, dejar de hacer o hacer con dificultad algunas tareas relacionadas con su trabajo o actividades cotidianas... (Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R..., 2007)⁶⁰

⁵⁹ Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R., Pérez, J. (2007).

El gran número de veces que los pacientes tras el trasplante tienen que ir al hospital para realizar controles de seguimiento (una o dos veces cada 3 meses), o bien, el temor a padecer infecciones, ya que su sistema inmunitario se deprime por el tratamiento inmunosupresor y tienen mucho miedo a salir a lugares donde hay gente, por temor a enfermarse, de ahí que sus cuidados sean muy superiores a los prescritos por el médico y, finalmente, el hecho de que a veces han de integrarse en un entorno sociolaboral que muchas veces no es el más adecuado por sus condiciones físicas; interfiere en una adecuada reincorporación a su vida cotidiana

La rehabilitación post-trasplante en niños y adolescentes consiste en el retorno a la escuela, establecer la propia independencia, definir, proyectar la orientación vocacional, establecer relaciones adultas y desarrollan una sensación de satisfacción personal. Pero hay ocasiones que:

“Lamentablemente son muchos los niños que por malas condiciones de salud y por temores de los padres, educadores y personales, no se atreven a reanudar sus actividades escolares.” (Olivares, J., 2005)⁶¹

Que igual con los adultos puede suceder no tanto por temor de los padres, sino de ellos mismos a enfrentarse a la vida fuera de la seguridad del centro hospitalario o bien el lugar de residencia. A pesar de estas posibilidades el paciente tiene la capacidad de enfrentar esta situación de la mejor manera, no extremando tantas precauciones y sobre todo adaptándose a sus limitaciones, sin que le impidan un adecuado desenvolvimiento en la sociedad. La mayor parte de los pacientes en TR se adaptan y viven lo más normal posible, algunos estudian, trabajan, se casan, tienen hijos, sin ningún problema, siempre y cuando tomen en cuenta lo más importante que es su salud.

⁵⁶ Olivares, J. (2005) La Calidad de Vida: vista como una expresión del desarrollo. Disponible en: <http://antares.itmorelia.edu.mx/~jcolivar/courses/ds06b/material4ds.pdf>

3.2.5 RELACIONES FAMILIARES

Los miembros familiares constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar. Por lo que, la familia es considerada como la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.). Los pacientes en TR, aunque ya no están bajo las condiciones, en las que se encontraban durante la diálisis; siguen siendo pacientes, con algún grado de discapacidad, por lo que, necesitan de los cuidados del entorno familiar; dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo; esta persona se la denomina Persona de Apoyo Principal (PAP), esta puede ser, alguno de los padres, o la pareja del paciente. Es necesaria una valoración del núcleo familiar del paciente trasplantado, por su importancia de apoyo:

1. La identificación del PAP: puede ser la que dedique más tiempo o la que tenga mayor influencia en el grupo familiar; esta persona puede ayudar a planificar los cambios en la vida cotidiana del paciente trasplantado.
2. Valorando las ideas sobre el trasplante dentro de la familia; en el caso cuando el paciente es varón la mujer va a ser responsable de la mayoría de los cuidados.
3. Conocer si hay limitaciones de tiempo de la PAP, por cuestiones de trabajo o familiares; de ser así, conocer si hay apoyo sustitutorio o hay que conseguirlo.

Es importante para proporcionar periodos de descanso necesarios para el cuidador. La situación del cuidador con restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad, etc., perturba de modo intenso su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación intrafamiliar y experimentando una profunda sensación de soledad.

Se puede desarrollar un síndrome de "fatiga crónica" o "Síndrome de Burnout", que puede interferir en la calidad de los cuidados proporcionados al enfermo.

Dentro del apoyo familiar, la ausencia de la misma, aumenta los trastornos psicológicos en los trasplantados y además es uno de los predictores más relevantes en la falta de adherencia terapéutica, por parte de los pacientes. Los pacientes que no reciben el apoyo que necesitan de sus familiares pueden ser por que estos tienen un estado de ánimo (tristeza, apatía, expectativas negativas etc.) que les incapacita para proveer ayuda emocional, instrumental e informacional lo cual deteriora la calidad de vida de los pacientes y les crea un estado de incertidumbre y ansiedad. Es necesario tener en cuenta que:

En algunos estudios asocian tener una pareja, a un mayor ajuste psicológico en los trasplantados, aunque el apoyo familiar mejora la calidad de vida del paciente, esta también depende de la procedencia del implante, en un estudio un grupo de trasplantados renales se halló que cuando el riñón procedía de un donante cadavérico, mejoro la calidad de vida del paciente con independencia del grado de apoyo familiar; pero cuando el riñón procedía de un donante vivo solo mejora la calidad de vida si el ambiente familiar era adecuado. (Pérez, M., Rodríguez, A., Galán, A., 2005)⁶²

Es importante mencionar que la familia del paciente con post-trasplante se libera de alguna forma de las responsabilidades, que tenía cuando el paciente estaba sometido a diálisis; pero estas se ven sustituidas por las responsabilidades y cuidados de la dieta, medicamentos, control médico que el paciente post-trasplantado requiere; claro que en algunos casos, éstas responsabilidades son igual de pesadas que cuando el paciente se encontraba en diálisis, debido a que se llegan a dar recaídas o hasta el rechazo del injerto; pero en ocasiones y más frecuente el paciente se convierte responsable de sí mismo las responsabilidades antes mencionadas las asume el mismo.

⁶⁰ Pérez, M., Rodríguez, A., Galán, A., (2005). Aspectos psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of clinical and health psychology*. 5(001), 99-114.

3.2.6 RELACIÓN DE PAREJA

En el padecimiento de la IRC específicamente en el post-trasplantado renal; a menudo hacen perder el balance de la convivencia. Entre más responsabilidades tiene que tomar una de las partes, más inestabilidad habrá; el miembro de la pareja al que le corresponde el cuidado del paciente, podría llegar a sentirse abrumado y resentido, y el cuidado puede sentirse más como un paciente inservible que como un compañero de vida, lo que incrementa la pérdida de seguridad en sí mismo. Los compañeros necesitan hablar acerca de cómo compartir tareas y responsabilidades cuando sea posible. Quien está al cuidado de un paciente, debe estar pendiente de su propia salud, a fin de no caer en omisiones que puedan provocar una situación peor. Aliviar el estrés con la práctica de su actividad favorita, quizás fuera de casa, hace que el problema pueda sobrellevarse. Sobrecargarse en el cuidado del paciente, puede representar un riesgo y los signos de alerta incluyen: alejarse de los amigos y el resto de la familia, pérdida del interés en actividades que antes disfrutaba, sentirse aburrido, irritable, sin esperanza y sin ayuda, cambios en su apetito, su peso y los patrones de sueño, enfermarse más seguido, necesidad de lastimarse a sí mismo o a la persona de quien se está haciendo cargo, sentirse exhausto física y emocionalmente. Si alguno de ellos se desarrolla durante el cuidado del paciente, es tiempo de buscar ayuda para ambas partes. En muchas ocasiones:

Según ⁶³Ceballos, M., 2009; las enfermedades crónicas pueden ser grandes aislantes. Tener amistades sólidas es una barrera contra la depresión. La convivencia fuera de casa con amigos puede tornarse muy complicada si, por ejemplo, requiere de una silla de ruedas para trasladarse o si sufre de cansancio excesivo y no puede acudir a todos los eventos que quisiera. También el cuidador se siente “atado” al no poder asistir a sus compromisos sociales porque existen limitaciones.

¹⁵ Ceballos, M., (2009).

El dinero puede ser una preocupación más para la pareja que enfrenta el proceso de la IRC. Se puede perder el patrimonio en la búsqueda de tratamientos que alivien al paciente; por lo que es necesario replantear los gastos y aprovechar las visitas médicas. Así que:

“Algunos enfermos aseguran que la difícil situación que vivieron hizo que su relación se fortaleciera, se convirtieron en un equipo para sacar adelante a una familia.” (Ceballos, M., 2009).⁶⁴

En muchos de los casos la pareja supera la transición del trasplante renal, en forma de equipo, aunque al principio el periodo de adaptación es complicado se llega a superar, debido a la gran independencia que logra el miembro Trasplantado.

3.2.7 RELACIONES LABORALES

El regreso a la jornada laboral, se da a partir de que el paciente mejora significativamente su salud, de manera que:

No existe un tiempo medio de convalecencia post-trasplante. Depende de cada caso y del tipo de trasplante. Es muy importante que se inicie la actividad laboral de forma paulatina. Desde el principio se puede realizar una jornada laboral normal y sólo se deberían prohibir aquellos trabajos que impliquen un esfuerzo físico muy intenso. (Guirado, L. 2005)⁶⁵

El regreso a la actividad laboral debe ser orientado por el médico especialista; es aconsejable que todas aquellas personas que puedan desempeñar una actividad laboral, lo hagan si tienen acceso a la misma. No existe un tiempo medio de convalecencia post-trasplante, depende de cada caso y de la recuperación de post-trasplante.

¹⁵ Ceballos, M. (2009).

³⁴ Guirado, L. (2005).

3.2.8 LOS PROCESOS PSICOSOCIALES EN LA IRC: LA AUTOPERCEPCIÓN

La evolución positiva también queda reflejada en la percepción subjetiva que tienen de su propio estado de salud, el cual experimenta una mejoría a largo plazo, se mantiene estable, es decir, a largo plazo los pacientes se adaptan a todas las circunstancias que conlleva el trasplante: se habitúan a las prescripciones terapéuticas. Así que es posible que los pacientes:

...se integran en el entorno sociolaboral, dejan de temer el rechazo del órgano y hallan más apoyo por parte de la familia, ya que también ésta se encuentra más recuperada psicológicamente del impacto emocional que supone el trasplante (por ejemplo, temor a que el paciente muera, preocupación por si funciona o no el nuevo órgano, etc.)... (Valdés, C., Ortega, F., 2006).⁶⁶

Es importante retomar que los pacientes en post-trasplante toman conciencia de sus limitaciones como el de no poder realizar deportes de contacto, de su alimentación, etc. Aprenden a ser responsables de sí mismos, de poder vivir lo más normal posible, puesto que en realidad actualmente no se ha encontrado una cura para la INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA sino que solo un tratamiento que logra alargar la vida y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) lo más posible.

⁷⁹ Valdés, C., Ortega, F. (2006). Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. [Revista electrónica], 26(2). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=2840>

CAPÍTULO IV
CALIDAD DE VIDA

4. ASPECTOS GENERALES DE LA CALIDAD DE VIDA

El Trasplante Renal (TR) es la opción más adecuada para el control de la IRC, por la independencia y mejoramiento del estado de salud del paciente, por lo que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente mejora indudablemente, pero en realidad a que se refiere la “CALIDAD DE VIDA”; pues bien como este es un concepto bastante complejo, debido a que engloba toda una percepción de la situación en que el paciente se encuentra en ese momento; enlistare algunas definiciones para su mejor comprensión.

4.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida General, con frecuencia hacen alusiones a los políticos, filósofos, economistas, médicos, funcionarios del deporte, psicólogos, planificadores familiares y ecologistas; indudablemente la Calidad de la Vida es asunto de muchos especialistas. Algunas definiciones son:

El concepto de la Calidad de Vida, para Andrew (1991), encierra el reconocimiento de que los logros materiales alcanzados por la especie humana en la actualidad, se han obtenido a expensas de elementos como el descanso físico y mental reparador y creativo; de la recreación, actividad lúdica y comunicativa de la vida familiar integradora y educativa; y de otros componentes que confortan el espíritu y le dan sentido a la vida... (Citado en: Zanna, M., 1999)⁶⁷

Según Andrew 1991, existen indicadores psicológicos e indicadores sociales; dentro de los indicadores psicológicos señala la vida individual o biografía y las reacciones frente a diferentes experiencias; en cuanto a los indicadores sociales alude a algunos como condiciones objetivas de vida, seguridad social, nivel de desempleo, etc.

“...Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.” (Oblitas, L. 2006).⁶⁸

⁶⁶ Zanna, M. (1999). *Advances in Experimental Social Psychology*, (31). Estados Unidos: Academic Press

⁶⁵ Oblitas, L. (2006).

La salud, en un sentido amplio, es considerada como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

4.1.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud-Enfermedad (CVRS), no es ajena a la Calidad de Vida General, pues el propio concepto de salud abarca todas las esferas del ser humano. Algunas definiciones son:

Fossati, en 1991 nos dice que la Calidad de la Vida, es un concepto abstracto y multidimensional, difícil de medir por la complejidad que encierra y «si queremos entenderla y predecirla, debemos pensar cómo será definida (operacionalmente) y estudiar los efectos que muchas otras variables ejercen sobre ella»... (Citado en: Hankin, B., R. John, 2005)⁶⁹

Para Schwartzmann, 2003 la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones física, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Shumaker & Naughton, 1996 es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad de realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (Citado en Torres, A., Sanhueza, O., 2006)⁷⁰

El concepto de calidad de vida alude a una amplia variedad de situaciones valoradas muy positivamente o consideradas deseables para las personas o las comunidades. Existen ciertos factores que obviamente influyen en la calidad de vida, como la edad, la salud, el status social, etc. pero en esta última instancia la percepción de la calidad de vida depende de la estimación del propio individuo. (Miro, E., Cano, C., Buela, G. 2008)⁷¹

³⁵ Hankin, B., R. John. (2005). Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective. Estados Unidos: Data

⁷⁵ Torres, A., Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. [Revista electrónica], 11(1), pp. 9-17. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717>

⁴⁸ Miro E., Cano C., Buela G. (2008). Sueño y calidad de vida. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1215>

Anthony Font (1998), conceptualiza la calidad de vida como: la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. (Universidad del Valle de México, 2000)⁷²

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional. (Contreras, F., Esguerra G., 2006)⁷³

La OMS define la calidad de vida como la percepción individual del estatus de vida, en el contexto de un sistema de valores culturales, en los cuales su vida, sus metas y sus expectativas son cumplidas. Este concepto está relacionado con el nivel individual de satisfacción en las diferentes esferas de la vida. (Valdés, C., Ortega, F., 2006).⁷⁴

En los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos de la enfermedad. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.

Ello significa que las creencias, actitudes y los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento constituyen aspectos centrales de la vida y desarrollo humano. Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen, entre otras, una adecuada alimentación, ejercicio regular, realizar los controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas.

⁷² Universidad del Valle de México. Revista interdisciplinaria extensiones. (2000), 6(1,2). Disponible en: <http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/ah67.pdf>

¹⁸ Contreras, F., Esguerra G. (2006) Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis Universidad Psicológica [Revista electrónica], 5(3) Bogotá.

⁷⁹ Valdés, C., Ortega, F. (2006).

4.1.2 FACTORES DE LA CVRS

La CVRS busca determinar el estado de salud de las personas de una forma comprensiva, teniendo en cuenta el funcionamiento físico, psicológico y social, a partir, de su propia valoración y percepción. Este concepto está influido por el entorno en el cual se vive, por los valores; las creencias y los recursos disponibles. De esta forma se considera que:

La CVRS, es un concepto multidimensional y de tipo biopsicosocial que debe usarse como complemento de los criterios específicos para detectar los diferentes problemas de salud. De manera concreta, la CVRS se refiere a aspectos que forman parte de la persona, y excluye aquellos que están fuera de ella. (Oblitas, L. 2006).⁷⁵

En términos generales, los factores que constituyen y con base en los cuales se evalúa la CVRS son los siguientes:

1. Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva)
2. Diagnósticos (como enfermedad coronaria)
3. Funcionamientos fisiológicos (como presión arterial)
4. Funcionamiento psicológico y cognitivo (como ejecución en el examen mental breve (Mini Mental State))
5. Funcionamiento físico (como restricciones en la actividad y deterioro en el autocuidado)
6. Percepciones generales de salud (como auto calificación del estado de salud)
7. Funcionamiento social (como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales). Ya que:

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas

⁵⁵ Oblitas, L. (2006).

las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. (Oblitas, L. 2006).⁷⁶

En este trabajo se implementaron algunos indicadores, tomando en cuenta los múltiples test sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) “Cuestionario de Salud SF-36, Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D), “aplicados a pacientes con enfermedades crónicas”. En algunas:

“Tablas de Calidad de Vida abarcan: ausencia de dolor, de sufrimiento moral, autonomía en los actos cotidianos, alimentación, sueño, defecación, comunicación y trabajo” (Otero, H., 1998).⁷⁷

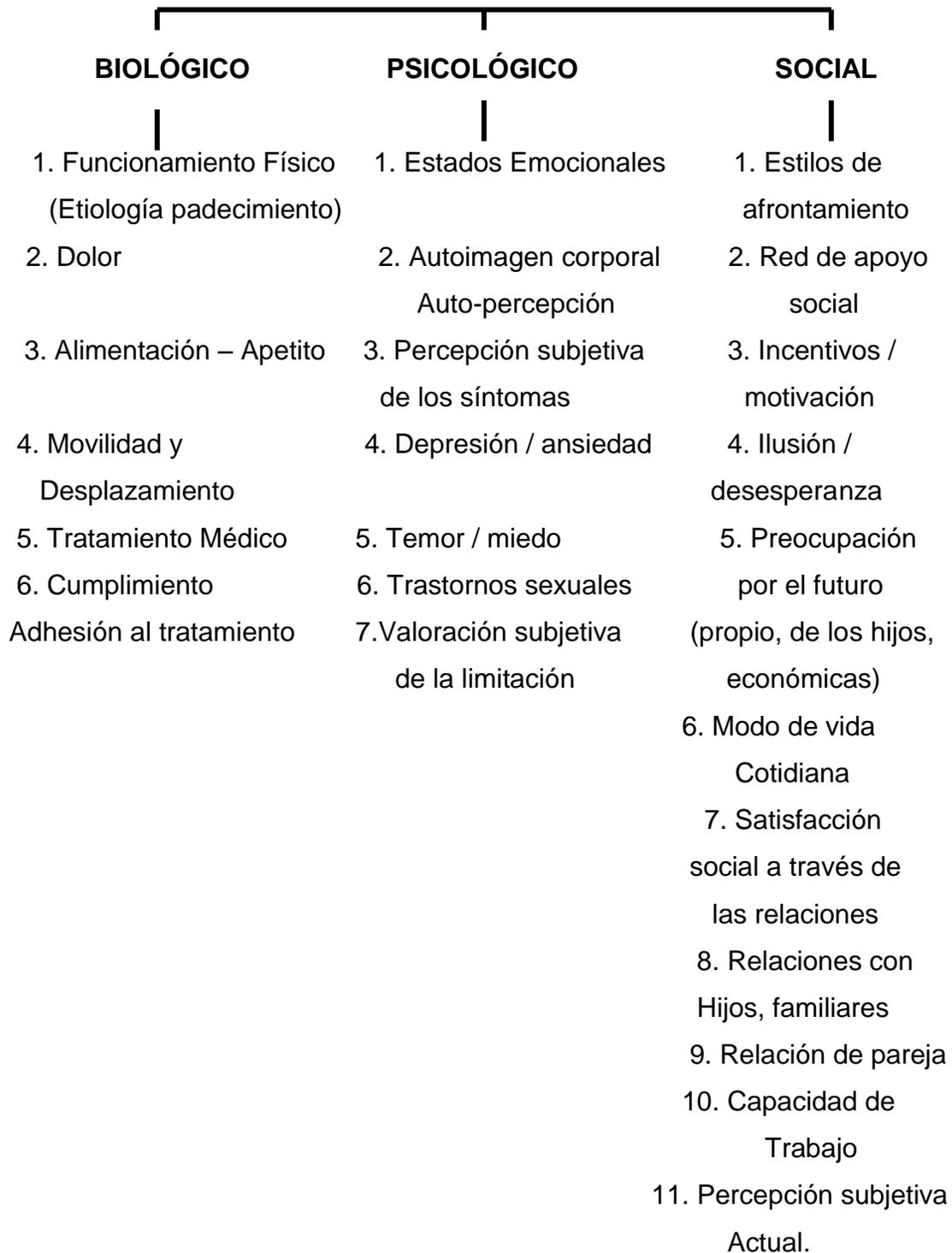
En consecuencia, se plantea una categorización de los indicadores de la CVRS, con el fin de conocer las distintas esferas que la componen.

⁵⁵ Oblitas, L. (2006).

⁵⁷ Otero, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. . [Revista electrónica], 2(1). Disponible en: http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/.../calidad_vida.htm -

ORGANIZACIÓN DE CATEGORIAS

CALIDAD DE VIDA



4.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL EN TRASPLANTE RENAL

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, y las expectativas personales de cada una.

En el caso de los pacientes con una enfermedad crónica como lo es la IRC, la CVRS se ve afectada de manera más evidente en la salud física, así como, la interacción laboral, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los cuales se ven modificados necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada paciente. Muchas de estas implicaciones dependen del paciente, así como, del tratamiento al que se ve sometido:

El paciente con IRC puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, lo cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras, pues son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario, restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte... (Contreras, F., Esguerra G. 2006)⁷⁸

Por lo que los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que deteriora la CVRS. Por otra parte:

“..a nivel sociodemográfico, algunas variables han logrado explicar mejor la percepción de calidad de vida, e incluso se ha identificado que tienen implicaciones importantes en la

¹⁸ Contreras, F., Esguerra G. (2006).

rehabilitación como lo son la edad, sexo, estado civil, actividad laboral y nivel educativo...” (Contreras, F., Esguerra G., 2006)⁷⁹

En la actualidad, la IRC es considerada como fuente generadora de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la CVRS de la persona y originando nuevas exigencias para ellas; 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. En muchos de los casos:

Las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las de aquellas que se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida. Este conjunto de reacciones emocionales que se denominan duelo, constan de las siguientes etapas: a) negación, b) enojo, c) desesperación y/o negociación, d) depresión, y e) reconciliación o aceptación de la realidad. (Oblitas, L. 2006).⁸⁰

En el momento en que los pacientes se enteran del diagnóstico de la IRC, experimentan una pérdida (de salud y/o autonomía) ante la que reaccionaran, inicialmente, mediante la negación del suceso (buscaban una segunda opinión, no hablaban del tema, pedirán que no se mencione a nadie lo que se tiene, etc.), es decir, trataran de ocultar, hacer desaparecer o ignorar la enfermedad. Después, manifestaran irritación con el hecho de estar enfermo. En este momento el paciente ha “aceptado” que padece la enfermedad, (en el sentido de que ya no lo niega), pero reclama o le parece “injusto” que le haya ocurrido a él. Transcurrirá un buen tiempo para que logre aceptarla realmente, sin enojo. Posteriormente, la mayoría de las personas experimenta síntomas depresivos que, en algunos casi no requieren tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, debido a que ponen en riesgo la vida del sujeto. En este momento

¹⁸ Contreras, F., Esguerra G. (2006)

⁵⁵ Oblitas, L. (2006).

pueden surgir ideas de muerte o suicidio, o planeación y tentativa suicida, ante lo que será necesario remitir a internamiento hospitalario al paciente.

Finalmente y en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad de estar enfermo. En algunas ocasiones, no se asimilan el hecho de estar enfermos, o tardan mucho tiempo en llegar a este importante paso: **la reconciliación**; en este casi “el duelo no está resuelto”, pues difícilmente se manifestara apego al tratamiento y a una calidad de vida aceptable, por lo cual resulta de evidente importancia la intervención psicológica. Es importante recordar que la CVRS, es relacionada con el nivel individual de satisfacción en las diferentes esferas de la vida; por lo que, la alternativa más socorrida para el tratamiento de la IRC es **el Trasplante Renal** pues se ha comprobado que este mejora considerablemente la CVRS del paciente con este padecimiento. La postura de:

Livneh (2001), en un intento por resumir los avances en el conocimiento al respecto, sostiene que el estudio del proceso de adaptación a una enfermedad crónica contempla, por lo menos tres variables que interactúan entre sí:

1. Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad crónica.
2. El proceso dinámico de adaptación por sí mismo (reacciones subsecuentes a la enfermedad crónica).
3. La anticipación de consecuencias psicosociales. (Oblitas, L. 2006).⁸¹

Los eventos antecedentes, que se relacionan de forma directa o indirecta con la IRC, pueden ser categorizados de la siguiente manera:

1. Eventos desencadenantes acontecimientos que causan parcial o totalmente, o que contribuyen a la enfermedad. (síntomas, parte del cuerpo afectada, limitaciones funcionales asociadas, curso de la condición (progresivo, estable, variable o episódico), presencia de dolor, duración de

⁵⁵ Oblitas, L. (2006).

la condición, efecto en la apariencia, consecuencias secundarias de la medicación y efecto de las modalidades de tratamiento)

2. Variables contextuales: variables asociadas en tiempo y espacio con la enfermedad.

Los eventos causales típicos de las condiciones de la IRC en términos generales incluyen: 1) predisposición genética o hereditaria, 2) traumas de nacimiento, 3) accidentes o lesiones, 4) enfermedades, y 5) condiciones asociadas con el proceso de envejecimiento.

Las variables contextuales incluyen tanto las internamente asociadas con la enfermedad y con las sociodemográficas; características orgánicas así como biográficas del individuo como: edad, género, orientación, etc. Las asociadas externas como: ambiente físico y social que se sostiene, influyen sobre la adaptación psicológica a la enfermedad crónica; incluyen aislamiento social y sensorial, restricción de la movilidad, barreras arquitectónicas, obstáculos actitudinales (grado de estigma social), frecuencia y duración de las hospitalizaciones, disponibilidad de sistemas sociales de soporte o ayuda (servicios médicos, programas educativos y soporte tecnológico, grupos políticos y religiosos), posibilidad de financiamiento, condiciones de vida y oportunidades laborales.

Otras variables asociadas, con los atributos psicológicos y de la personalidad. El papel que juegan las características como rasgos, estilos, y tipos de personalidad en la adaptación psicológica de la enfermedad crónica como se muestra en nuestra investigación bibliográfica. Estas características psicológicas incluyen: autoestima, autoeficacia, control percibido, sentimiento de coherencia, fuerza del yo, optimismo, imagen corporal, atribución de significado personal a la condición, actitudes personales, creencias y valores, activación emocional y nerviosismo, tolerancia al dolor, habilidad cognitiva y mecanismos de defensa, así como los estilos, estrategias y habilidades de

afrontamiento (como enfocarse en la emoción o en el problema). Como puede ser la:

Reestructuración cognitiva, identificación de pensamientos automáticos, importancia del lenguaje y de la escritura (hablar o escribir acerca de los que nos pasa, podemos ayudarnos a comprender e integrar nuestra experiencia. (Oblitas, L. 2006).⁸²

En general, el someterse a un Trasplante Renal, implican estrategias de mejoramiento de la CVRS. Al poner los hechos y las emociones en palabras logramos distanciar otra perspectiva y estructurando lo que podría resultar caótico para las formas de su explicación científica. Escribir nos ayuda a cultivar la parte “testigo”; es parte que puede observar sin involucrarse emocionalmente, de esta forma se confrontan los hechos traumáticos revelando las emociones provocadas por el evento, facilita un proceso de reversión afectiva, pues reduce la actividad fisiológica del organismo y el estado de estrés, pensamientos irracionales, relajación, entrenamiento autógeno (EA) ejercitarse por sí mismo, meditación, imaginación y cambio conductual.

El modelo psicosocial de la enfermedad crónica, es un modelo de inspiración sistémica que considera varios componentes en la comprensión y explicación sistémica de la misma. En este modelo se hace un énfasis en la interacción entre los miembros de la familia como un vehículo de comunicación de valores, creencias, estilos de vida, de significados para comprender asuntos críticos de la cotidianidad, para sentirlos y experimentarlos y para saber qué hacer al respecto. Incluye entonces a las creencias acerca de la IRC y la salud, de las posibilidades y expectativas ante ella, como uno de los sistemas de construcción de significado que orientan comportamientos tales como lo que la familia y sus miembros harán frente a la crisis, cómo se organizarán, las esperanzas que tendrán al respecto y el optimismo que acompañará sus acciones y omisiones en el proceso. De manera que:

⁵⁵ Oblitas, L. (2006).

Un componente adicional es que considera a los actores agentes sociales de salud y sus sistemas de creencias como un eje de acción y comprensión de la situación en la medida en que en los imaginarios y representaciones sociales funcionan también en ellos categorías de salud y enfermedad que pueden igualmente ser compatibles con las de las familias y que impidan una movilización de esta hacia otros significados y experiencias genuinamente diferentes y proactivas frente al hecho de la enfermedad crónica que vayan más allá de lo puramente aleccionador e instruccional sobre otros posibles significados para comprender y manejar lo que ocurre. (Álvarez, L. 2006).⁸³

El modelo psicosocial, contempla como sistema el componente de la IRC, en particular el Trasplante Renal, que en si no deja de ser solo un tratamiento para el ciclo de la enfermedad, la considera un componente activo, evolutivo, cambiante, con demandas específicas según su fase de desarrollo frente a las cuales interactúan los miembros de la familia, el enfermo, los sistemas de creencias, los agentes de salud. Esta perspectiva sistémica evolutiva o procesal tiene en cuenta el ciclo vital del individuo y de la familia en la cual explora las tareas evolutivas a resolver que pueden verse afectadas, impedidas, postergadas, frustradas con las consecuentes implicaciones psicosociales en términos de la re-jerarquización de valores, prioridades y proyecto de vida en el paciente y en la familia y sus miembros ante la situación que han de enfrentar. Por lo que es necesario tener en cuenta:

En síntesis, el paradigma psicosocial de la enfermedad crónica presenta coincidencias con los modelos iniciales ya que concibe a la enfermedad crónica como una interacción unitaria entre diferentes componentes: creencias acerca de la salud/enfermedad de la familia y del enfermo, historia intergeneracional de afrontamiento de las crisis, habilidades de afrontamiento instrumental y afectivo de las demandas de la enfermedad, implicaciones de la enfermedad misma y relaciones con operadores de salud. (Álvarez, L. 2006).⁸⁴

⁴ Álvarez, L. (2006). Modelos explicativos y de intervención psicosocial de la enfermedad crónica. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/OL%209%20NO%203%20-%20DICIEMBRE%20DE%202006/ENFERMEDAD%20CR%C3%93NICA.PDF>

⁴ Álvarez, L. (2006).

Dentro de las facetas que considera el modelo en cada uno de los anteriores componentes, hace énfasis en los efectos emocionales de la atención prolongada a las demandas de la enfermedad y la exposición a la misma, por la tensión, desgaste, agotamiento, deseo de abandono o claudicación que puede conllevar esta situación en los cuidadores o miembros de la familia más cotidianamente expuestos a la situación de cuidados del paciente. Señala al estrés como componente emocional de atención e intervención en el cuidador y en el paciente así como en general en todos los miembros de la familia: el establecimiento de horarios, turnos, relevos, roles, responsabilidades y tareas se convierte en un asunto de regulación de recursos, interacciones y exposición a la situación que deviene crucial para regular las emociones y esfuerzos frente a las demandas de atención del enfermo crónico, en particular porque debe darse una regulación en largo tiempo que permita el mantenimiento de la eficacia, de la calidad de vida y de las relaciones entre los miembros de la familia y el paciente.

El sistema de creencias, es uno de componentes importantes; el modelo psicosocial en la IRC, es concebido en una dimensión amplia, es decir, considera al sistema de creencias como una organización de significados que se construye por una cultura, una sociedad, una comunidad, una familia, por los grupos sociales con el propósito de dar sentido a lo que ocurre en ella, a sus fenómenos cotidianos para saber qué posición tomar frente a ello y por lo tanto qué curso de acción adoptar. Al pensar en las creencias familiares entorno a la salud/enfermedad, el modelo, las inscribe en estos marcos más amplios y, además, desde una perspectiva histórica y geográfica en la cual las ideas tienen vida se van recreando, por tanto no juzga a la familia o a sus miembros sino que comprende sus ideas en función de su cultura, su historia, su procedencia, y cómo esas creencias les han servido para afrontar los eventos críticos de su vida para de esa manera entrar a revisar con ellos tales construcciones de manera situada y proponer otros significados para entender el fenómeno en la actualidad según unas categorías: Lo normal-anormal, la

relación entre el cuerpo y la mente, el control de la enfermedad, la causalidad de la enfermedad. Así que:

Con respecto a las tareas del desarrollo y el proyecto de vida, como un tercer componente interactivo, el modelo asume que la enfermedad crónica resulta un evento no programado, intempestivo que llega en un momento evolutivo del ciclo familiar y personal imponiendo limitaciones, restricciones y obligando a reorganizar prioridades y objetivos en el marco del proyecto de vida personal y familiar. La revisión de esas tareas y valores vitales y sobre la organización de estos en coherencia con la calidad de vida del sujeto y de sus subsistemas interactuantes, la redefinición de metas y el replanteamiento de objetivos se vuelven un tema definitivo. (Álvarez, L. 2006).⁸⁵

El modelo psicosocial hace un énfasis en la exploración y fortalecimiento de los aspectos estructurales y de adaptabilidad funcional de los subsistemas, previendo para ello, la necesidad de llevar a cabo la reconstrucción de la enfermedad o de episodios de pérdida o crisis que puedan mostrar cómo, de una generación a otra, se han llevado acciones de afrontamiento que siguen una pauta que pasa de familia a familia casi de manera intacta. El funcionamiento familiar organiza su estructura de una manera tal que hace que pueda adaptarse o no, a los hechos críticos (para el caso, la enfermedad crónica) y dichas adaptaciones las lleva a cabo en relación con su cohesión, es decir, el grado de proximidad o separación que adoptan los miembros frente a la situación de la enfermedad; los límites, es decir, la diferenciación que se establece en los subsistemas y que lleva a acciones de sobreprotección o de abandono, la interferencia y la autonomía en aquello que debe hacerse e influirse en el enfermo o entre los subsistemas que cuidan de él, la inclusión o exclusión para participar de informaciones, actividades y el equilibrio de poder.

En general, las fases de desarrollo de la enfermedad y las intersecciones de estas con los ciclos evolutivos familiares e individuales del paciente con IRC son componentes interactivos que tienen connotaciones dinámicas, dentro de los aspectos psicosociales. En el caso de la IRC, el Trasplante Renal se introduce como una variante que aborda la estructura y funcionamiento familiar

⁴ Álvarez, L. (2006).

como una manera de comprender la organización que esta tiene frente a fenómenos críticos, lo cual permite comprender desde lo estructural cómo se distribuyen los roles, cómo se manejan los límites, jerarquías, alianzas y poderes para hacer frente a la enfermedad.

Se destaca la extensión en el abordaje del sistema de creencias, ya que se tienen en cuenta a los agentes de salud y no solo las de la familia o del trasplantado renal, lo cual permite una lectura importante de la comunicación entre los agentes de salud, el sistema familiar y el paciente de una manera integral, es decir, los asume como actores de la red social. La medida en que la intervención deja de existir para convertirse en un acompañamiento y mediación en el proceso en el cual se facilita la construcción de un sistema de significados en un modelo biopsicosocial que permita un equilibrio entre ese sistema en autoorganización y las demandas de la situación de enfermedad crónica. Por otro lado, los modelos basados en el estrés resultan ser algo cortos de alcance frente a los modelos evolutivos toda vez que se concentran en variables muy individuales y específicas que dejan de lado una mirada sistémica del problema.

CAPÍTULO V
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante todo el proceso que vive el paciente con insuficiencia renal, desde tener conocimiento de su enfermedad, pasar por las distintas fases de tratamiento hasta ser candidato a un trasplante; el impacto, los cambios y las alteraciones que padece en toda su vida cotidiana y en sus distintas relaciones psicosociales, con la familia, el trabajo, la escuela, las amistades, el deporte, etc. Lo colocan en un panorama en el que los cambios actitudinales, cognitivos afectivos y de comportamiento en los diferentes ámbitos, tienden a una dinámica de tensión, conflicto y lucha por el equilibrio vital. Es precisamente en este proceso dinámico donde la calidad de vida si bien se ve alterada, las posibilidades de recuperar sus equilibrios se traducen en una lucha cotidiana, sujeta a la orientación y dirección médica por la parte central y por otra parte dependiendo de procesos abiertos de apoyos no seguros que se encuentran en su entorno social y cultural. Se produce y genera una dinámica psicosocial como paciente con características particulares y son precisamente estas relaciones de dinámica psicológica en el desarrollo de su calidad de vida, que se constituyen como un tema de gran relevancia para explorar y describir por parte de una disciplina como la Psicología. Con esta perspectiva, identificamos una serie de incógnitas necesarias de investigarse desde la ciencia del comportamiento social, constituyendo como eje las características entre la calidad de vida y el paciente con insuficiencia renal: ¿cómo es la calidad de vida y la dinámica psicológica en los pacientes con insuficiencia renal en sus primeras fases de diagnóstico y primeros tratamientos? ¿Qué características en la dinámica psicosocial se observan en los pacientes con insuficiencia renal cuando llegan a ser candidatos a un trasplante renal? Y ¿qué características en la dinámica psicosocial se observan en los pacientes con insuficiencia renal cuando lograron el trasplante renal? En consecuencia, la pregunta central de interés por estas cuestiones a indagar, es:

¿Cuáles son las dinámicas y características que se modifican en los procesos psicosociales en la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal y donador vivo?

5.1 OBJETIVOS

5.1.2 GENERALES

1. Mostrar los procesos psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal de donador vivo.

2. Identificar las estrategias de afrontamiento ante la nueva circunstancia y las complicaciones médicas y psicosociales.

5.1.3 ESPECÍFICOS

1. Entender que factores intervienen dentro de una adecuada calidad de vida, en los pacientes con post-trasplante renal de donador vivo.

2. Analizar cuáles son las principales complicaciones psicológicas que presentan los pacientes con post-trasplante renal.

3. Caracterizar cuales son los recursos cognitivos y emocionales con los que cuentan los pacientes con post-trasplante renal, para enfrentar las distintas complicaciones psicológicas (resolución de problemas)

4. Proponer estrategias psico-sociales de intervención en el que se les ayude a los pacientes con post-trasplante renal a enfrentar las distintas complicaciones psicológicas que se presentan después del trasplante.

5.2 MÉTODO

5.2.1 JUSTIFICACIÓN

Hasta el presente en México no existen estudios realizados desde la perspectiva de la psicología, enfocados a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Post-trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado, en ninguna de sus áreas. Por lo que son insuficientes los perfiles psicológicos para el abordaje de forma integral por parte de los profesionales de la salud. A pesar de la gran cantidad de técnicas psicológicas de intervención, aun no se han diseñado, estrategias por parte de los psicólogos en México para este tipo de pacientes, así como la falta de espacios para el abordaje psicológico en el sector salud público.

Esto nos lleva a considerar que en general en el campo de la salud el trabajo que tiene que desarrollar el psicólogo es una valoración no solo pre-trasplante para el afrontamiento del trasplante, sino una evaluación continua posterior al trasplante, así como una sensibilización a nivel poblacional acerca del cuidado del riñón, mediante campañas de información.

5.2.2 VARIABLES

5.2.2.1 CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

5.2.2.1.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES MÉDICAS:

1. FARMACOLÓGICAS.
2. TRASPLANTE RENAL.
3. INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EL PACIENTE EN: LA ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO, ETC.

5.2.2.1.2 VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLES PSICOSOCIALES:

1. AUTOIMAGEN.
2. AUTOPERCEPCIÓN.
3. RELACIONES FAMILIARES.
4. RELACIONES LABORALES.
5. RELACIONES CON AMISTADES O COMPAÑEROS.
6. RELACIONES SEXUALES

5.2.2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. FARMACOLÓGICAS.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Es una sustancia activa químicamente elaborada que cumple una función reguladora dentro del organismo humano para ir equilibrando sus funciones y que logre su salud o restablecimiento de su salud.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

La ingesta y posología de tabletas, capsulas y soluciones vía oral de medicamentos con la finalidad de evitar el rechazo del injerto renal.

2. TRASPLANTE RENAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

En el donante se refiere a una incisión a nivel dorsal con el fin de extirpar un riñón, para así ser trasplantado en un paciente con IRC; en tanto en el receptor se refiere a una incisión a nivel abdominal para la colocación del injerto renal.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Trasplante realizado de un injerto renal proveniente de un donador vivo relacionado a un paciente con IRC.

3. INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EL PACIENTE EN: LA ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FISICO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Alimentación: Es el conjunto de procesos que permite a los organismos utilizar y transformar los nutrientes en azúcar, las proteínas, los carbohidratos y las grasas, para mantenerse vivos. Es una serie de actos voluntarios y conscientes, que consisten en la elección, preparación e ingestión de alimentos.

Ejercicio físico: se considera al conjunto de acciones motoras musculoesqueléticas. Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, coordinación, flexibilidad. La práctica de ejercicio físico consume energía y requiere por tanto el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Algunos ejercicios constan de movimientos moderados, como lo son: caminar a paso rápido, bailar, hacer deportes, correr y nadar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Alimentación: los pacientes llevan una dieta baja en sal, azúcares, grasa y proteínas. Es decir, evitar el consumo de alimentos enlatados, embutidos, gaseosas, carne de puerco y exceso de azúcares.

Ejercicio físico: mediante un plan de ejercicios físicos moderados que no alteren su función renal. Como es una caminata a paso rápido, desempeñar algún deporte que evite un contacto directo como la natación y ejercicios aeróbicos para estimular la actividad cardiaca y evitar el sobrepeso.

VARIABLES DEPENDIENTES

1. AUTOIMAGEN.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La autoimagen de una persona es la representación mental más o menos estable de detalles autorreferentes tanto públicamente constatables por otros (públicamente observables), como el peso, la talla, sexo, edad aparente y el color del cabello, sino también características que el individuo ha aprendido de sí

mismo, no sólo de experiencia personal, sino también opiniones internalizadas de otras personas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Es la representación alterada de sí mismo, provocada por el paciente que se ve en comparación al estereotipo social, producido por el cambio físico, ya sea por el aumento de peso y alteraciones dermatológicas.

2. AUTOPERCEPCIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La autopercepción consiste en percibir nuestras emociones, y cogniciones de sí mismo, en términos generales entorno a la personalidad expresada en ideas y aspiraciones; en síntesis es el conocimiento que tiene y reproduce la persona de sí misma en relación a su entorno de desarrollo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Los pacientes con trasplante renal se perciben con procesos de bienestar y emocionalmente logran un mayor equilibrio con su entorno, con gran vitalidad para desarrollar sus actividades, se sienten más independientes y toman una responsabilidad de sí mismos.

3. RELACIONES FAMILIARES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Las relaciones familiares desarrollan hábitos, costumbres y actos comunicativos que permiten a sus integrantes tener un cierto desarrollo en sus actividades tanto intra como extra-familiar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Las relaciones familiares aumentaron la cohesión entre sus miembros con su familiar-paciente en forma positiva, ya que enriquece la convivencia al aumentar la satisfacción personal por el apoyo brindado.

4. RELACIONES LABORALES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Son las relaciones sociales que establecen un trabajador y un paciente en un medio laboral productivo a través de funciones y jerarquías, ya sea con compañeros que ejerzan funciones similares o con personas de mandos medios o altos contribuyendo en un clima de desarrollo laboral.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

En las Relaciones laborales hay una tendencia a mejorar su desempeño productivo, ya que la posibilidad de hacer sus actividades mejoran puesto que tienen más energía y mayor capacidad de relacionarse laboralmente debido a que el tratamiento con trasplante le brinda mayor independencia.

5. RELACIONES CON AMISTADES O COMPAÑEROS.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona. A través de ellas, el individuo obtiene importantes refuerzos sociales del entorno más inmediato que favorecen su adaptación. En contrapartida, la carencia de estas habilidades puede provocar rechazo, aislamiento y, en definitiva, limitar la calidad de vida.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Las habilidades sociales de los pacientes se fortalecen ya que son más independientes, pueden establecer relaciones más fácilmente conviven mucho mejor con el resto de sus compañeros y/o amistades, su comunicación mejora ya que las actividades que puede realizar son más amplias.

6. RELACIONES SEXUALES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La relación sexual, es el conjunto de comportamientos eróticos y afectivos que realizan y que tiene como objetivo la fecundación o la satisfacción.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

En este aspecto los pacientes con trasplante renal retoman su actividad sexual, puesto que presentan mayor libido y se restablece el apetito sexual.

5.3 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este tipo de estudio se manejó exploratorio (examina un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes). El objetivo de este estudio es el de dar a conocer, a los pacientes con IRC en trasplante renal, las implicaciones psicosociales que deriva dicho tratamiento. Este tema aún no ha sido abordado de manera suficiente por parte de la Psicología existe poca información en México. Se pretende aclarar los conceptos de CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) y establecer un marco de referencia para futuras investigaciones.

5.3.1 TIPO DE MUESTRA

Muestra intencionada

Estudio de casos de una sola medición

5.3.1.1 PARTICIPANTES

Se incluyeron en el estudio a 10 pacientes Post-trasplantados de riñón con donador vivo relacionado, que habían tenido como tratamiento anterior la diálisis peritoneal continúa ambulatoria DPCA. De las cuales 7 son mujeres entre 19 y 35 años y 3 hombres entre 16 y 38 años.

Con una escolaridad de preparatoria en 6 de los pacientes, 2 de secundaria y 2 con una carrera técnica.

El estado civil de 8 de los pacientes son solteros y 2 casados.

El estado laboral de los pacientes es 1 ama de casa, 1 desempleado, 2 empleados, 5 estudiantes y 1 profesionistas

5.4 INSTRUMENTOS

No se utilizó ninguno de los instrumentos ya establecidos, ya que se pretende, conocer más a fondo las implicaciones psicosociales de esta población en particular y establecer una exploración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), tomando en cuenta 3 aspectos centrales Medico-Biológico, Psicológico y Social; a partir de los indicadores de la CVRS.

Este consta de un Cuestionario Mixto con 212 ítems, en forma de preguntas abiertas, cerradas y de escala, que cubren 2 fases de la misma muestra, pre-trasplante y post-trasplante, bajo dos ejes médico-biológico y psicosocial dentro de una categorización que engloba: estados emocionales, valoración subjetiva de la limitación, preocupación por el futuro, temor o miedo, red de apoyo social, relación de pareja y sexuales, preocupaciones económicas, modo de vida cotidiano, satisfacción a través de las relaciones, estilos de afrontamiento, estado actual de salud, relaciones familiares, capacidad de trabajo, (Ver anexo IV). Con la finalidad de evaluar la percepción de mejora de la CVRS, en los pacientes post-trasplantados.

El instrumento se aplicó en espacios naturales de espera de la Unidad de Consulta Externa consultorios 240 y 232 del HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA” CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS; con el apoyo del Dr. Lorenzo Pérez Molina y el Dr. Verúlo Muñiz Toledo ya que facilitaron el área de aplicación.

Se aplicó el instrumento a disponibilidad de los pacientes en la sala de espera en lo que les llamaban para entrar a su consulta los días miércoles de 8:00am – 1:00pm en el consultorio 232 y viernes 8:00am – 1:00pm en el consultorio 240.

De forma voluntaria se les pidió a los pacientes que se observaba tenían una condición de salud favorable, firmar una carta de consentimiento con el fin de proteger su integridad (Ver Anexo III) al responder el instrumento facilitándole un cuestionario y una pluma, el tiempo en ser contestado fue de aproximadamente 30 minutos.

Las condiciones de acceso al Centro Hospitalario fueron complicadas, debido a que dicha Institución solicitaba un anteproyecto para determinar el apoyo para la aplicación de los instrumentos, debido a esto se abordó a la población de forma espontánea, contrario a lo que se pretendía.

La condición de los pacientes recién trasplantados presenta un grado de complicación para su óptima condición de estar en posición de ser entrevistados, o bien están en seguimiento por algún tipo de rechazo, lo cual dificulta la aplicación de cualquier instrumento sea este un cuestionario o una entrevista.

5.5 RESULTADOS / TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ORGANIZACION Y ANALISIS DE DATOS

La organización de datos se realizó mediante una base de datos utilizando el SPSS Statistics 17.0, para realizar el análisis estadístico descriptivo mediante el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana, moda, desviación estándar, varianza, rango valor mínimo y valor máximo).

RESULTADOS

DATOS GENERALES

MUESTRA	10 sujetos
EDAD	16 - 38 años
SEXO	7 mujeres
ESCOLARIDAD	6 preparatoria
ESTADO CIVIL	8 solteros
OCUPACIÓN	5 estudiantes
INGRESO MENSUAL	2.000 - 5.000

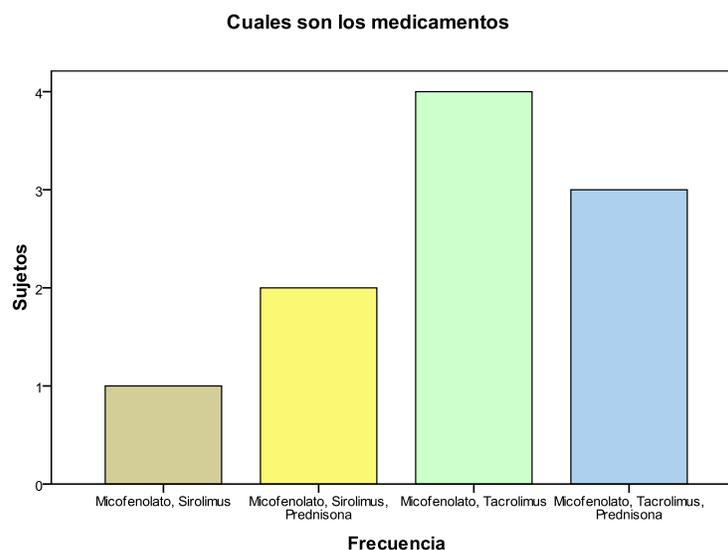


Figura 31. Conocimiento de los medicamentos inmunosupresores

2. TRATAMIENTO MEDICO

Tratamiento Medico

Calificación

Frecuencia

Tratamiento pre-trasplante	Diálisis	10
Explicación adecuada de la cirugía	Si	9
Explicación adecuada del Tratamiento Posterior	si	10
Explicación adecuada de los efectos secundarios	Si	10

Tabla 20. Tiempo de Tratamiento en Pre-trasplante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Más de 1 año, menos de 5	4	40.0	40.0	40.0
	Más de 5 años	2	20.0	20.0	60.0
	Menos de 1año	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

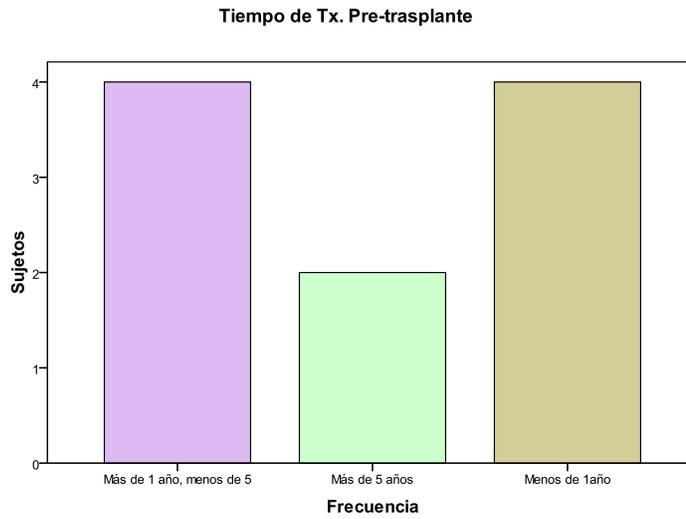


Figura 20. Tiempo de Tratamiento en Pre-trasplante

Tabla 21. Tratamiento actual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -----	1	10.0	10.0	10.0
El consumo de medicamentos para el trasplante	1	10.0	10.0	20.0
Indicado por el médico inmunosupresores	1	10.0	10.0	30.0
Inmunosupresores	3	30.0	30.0	60.0
La medicación inmunosupresora	1	10.0	10.0	70.0
Medicamentos	1	10.0	10.0	80.0
Medicamentos inmunosupresores y dieta	1	10.0	10.0	90.0
Tomar medicina para el trasplante	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

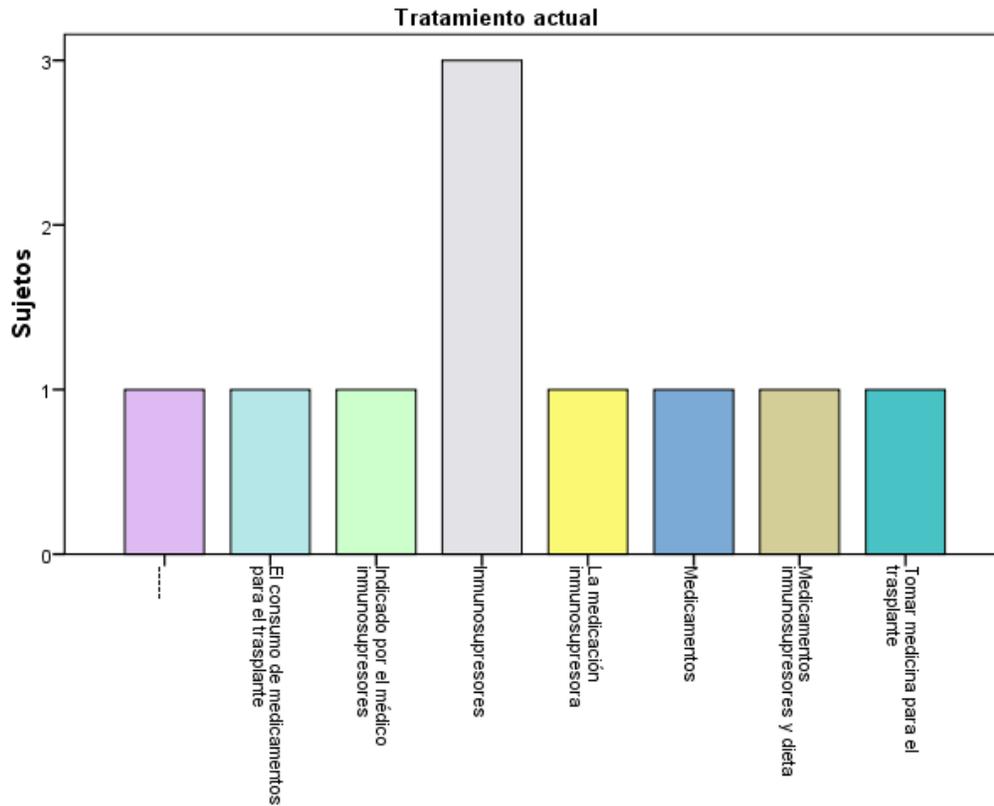


Figura 21. Tratamiento actual

3. ALIMENTACIÓN – APETITO

Alimentación - Apetito	Calificación	Frecuencia
Conocimiento en la restricción de la dieta	si	10
Falta de apetito	Pocas veces	10
Conocimiento del consumo de liquido	Si	10
Conocimiento del exceso de liquido	si	9
Restricción de sal en la dieta	si	9

Tabla: 9 Hambre excesiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algunas veces	5	50.0	50.0	50.0
	pocas veces	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

Hambre excesiva

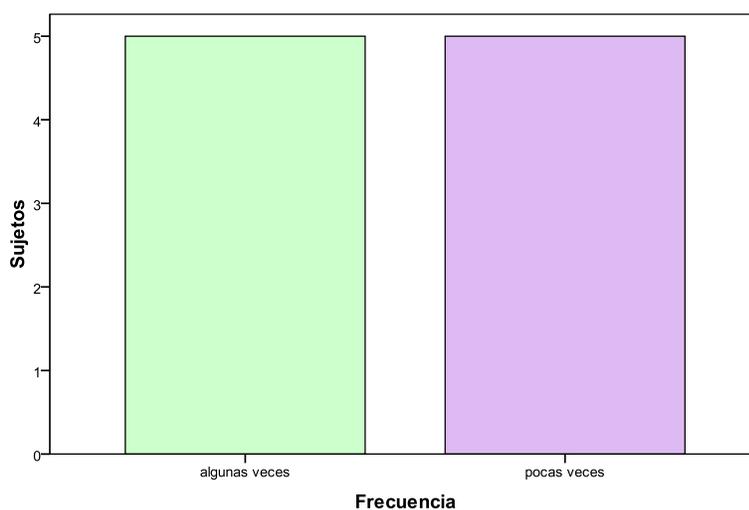


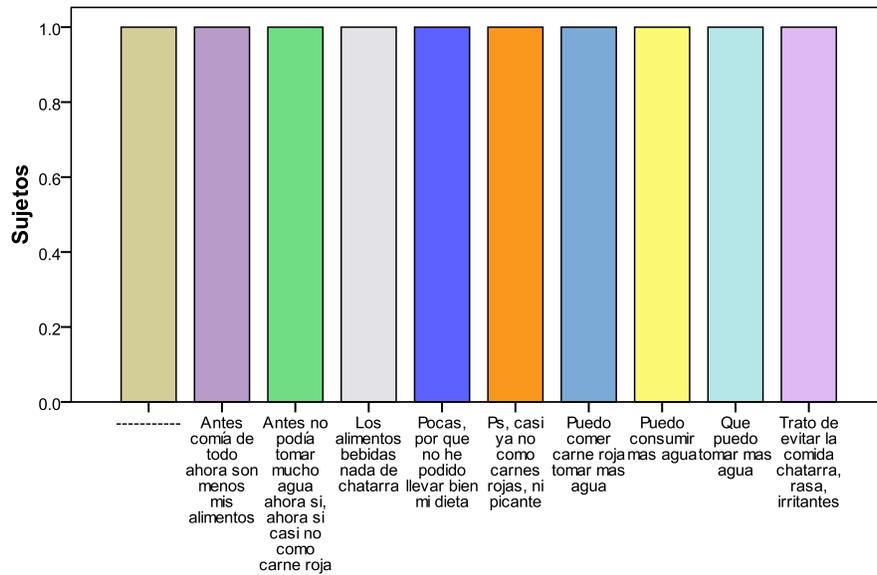
Figura 9: Hambre excesiva

Tabla 10: Cambios en la dieta pre y post-trasplante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-----	1	10.0	10.0	10.0
	Antes comía de todo ahora son menos mis alimentos	1	10.0	10.0	20.0
	Antes no podía tomar mucho agua ahora sí, ahora si casi no como carne roja	1	10.0	10.0	30.0
	Los alimentos bebidas nada de chatarra	1	10.0	10.0	40.0
	Pocas, porque no he podido llevar bien mi dieta	1	10.0	10.0	50.0

Ps, casi ya no como carnes rojas, ni picante	1	10.0	10.0	60.0
Puedo comer carne roja tomar más agua	1	10.0	10.0	70.0
Puedo consumir más agua	1	10.0	10.0	80.0
Que puedo tomar más agua	1	10.0	10.0	90.0
Trato de evitar la comida chatarra, rasa, irritantes	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Cambios en la dieta pre y post-trasplante



Frecuencia

Figura 10: Cambios en la dieta pre y post-trasplante

4. MOVILIDAD Y DESPLAZAMIENTO

Tabla 17. Sensación de Impedimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pocas veces	5	50.0	50.0	50.0
Casi Nunca	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

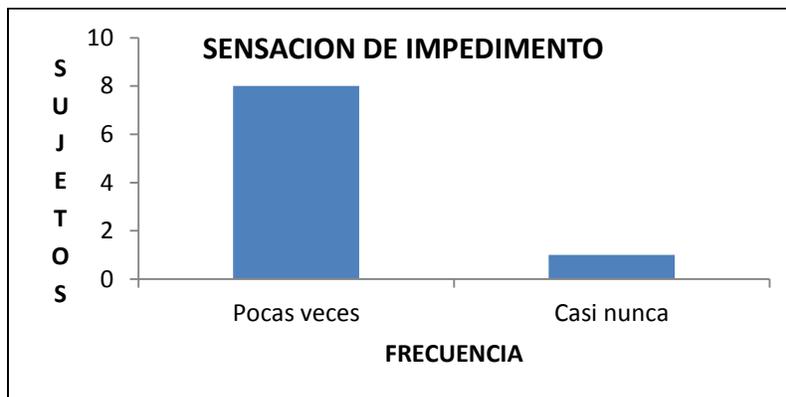


Figura 17. Sensación de Impedimento

EJE 2 PSICOLÓGICO

1. ESTADOS EMOCIONALES

Estados Emocionales	Calificación	Frecuencia
Sensación frente la noticia trasplante	Feliz	9
Afectación animo trasplante	Bastante	8
Como se ha sentido con el riñón	Muy bien	9
Sensación de vitalidad	Muchas veces	6
Sensación de felicidad	Muchas Veces	6
Síntomas negativos post-trasplante	No	9

2 AUTOIMAGEN CORPORAL - AUTOPERCEPCIÓN

Autoimagen corporal - autopercepción	Calificación	Frecuencia
Satisfacción con su imagen	Si	10
Siente poco atractivo	Casi nunca	8
Aceptación de sí mismo	Casi siempre	9
Aceptación del cuerpo	Casi siempre	8
Rechazo del cuerpo	Casi nunca	9
Rechaza sus conflictos	Pocas veces	6
Aceptación de sentimientos	Casi siempre	8
Acepta su enojo	Casi siempre	9
Rechaza su frustración	Casi nunca	9

Responsabilidad de sí mismo	Casi siempre	7
Vivir con un propósito es la felicidad	Casi siempre	8
Niega la situación de salud	Casi nunca	6
Seguridad de tener éxito	Casi siempre	8
Éxitos dependen de decisiones	Casi siempre	7
Atención al trato con gente	Muchas veces	8

Tabla 154. Aceptación de errores

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muchas veces	5	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

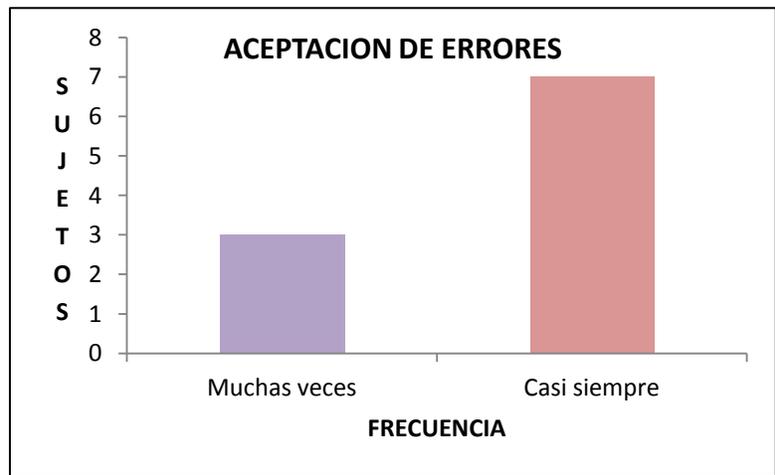


Figura 154. Aceptación de errores

Tabla 164. Acciones frente un error

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O simplemente lo acepta y lo corrige	8	80.0	80.0	80.0
	Se dice a sí mismo es un tonto	1	10.0	10.0	90.0

Se dice a si mismo que es imperdonable, Siente desprecio por sí mismo, o simplemente lo acepta y lo corrige	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Acciones frente un error

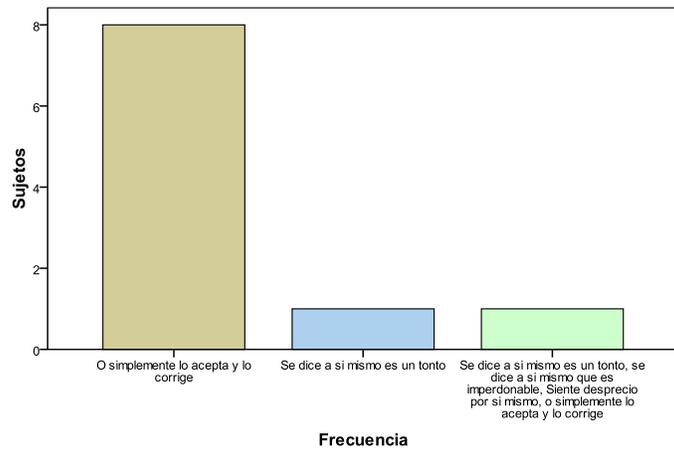


Figura 164. Acciones frente un error

Tabla 165. Responsable de su autoestima

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muchas veces	5	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

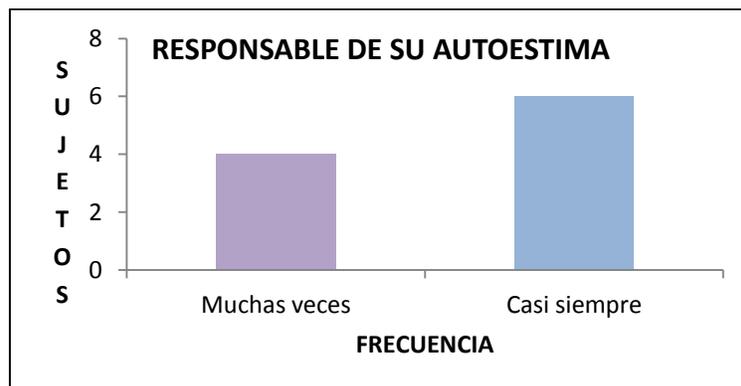


Figura 165. Responsable de su autoestima

Tabla 174. Planteamiento de metas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muchas veces	5	50.0	50.0	50.0
Casi siempre	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

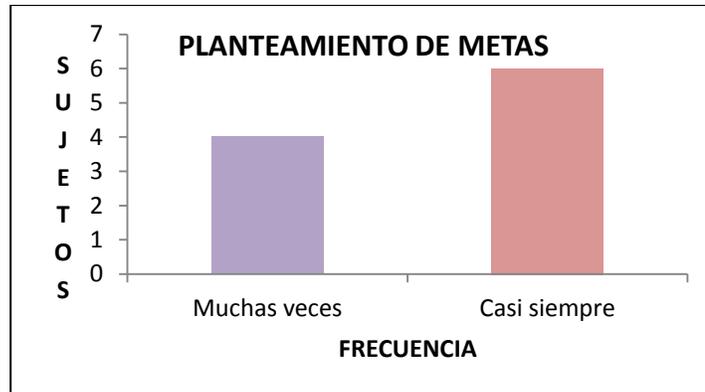


Figura 174. Planteamiento de metas

3. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS 4. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD 5. TEMOR / MIEDO

Percepción subjetiva de los síntomas. Depresión y Ansiedad. Temor / Miedo

	Calificación	Frecuencia
Temor a la recuperación	Muchas veces	8
Propensión a enfermar	Pocas veces	8
Sensación de ansiedad	Pocas veces	8
Hacer menos cosas por problemas emocionales	No	7
Disminución de actividades problemas emocionales	No	6
Tiempo en que estuvo nervioso	Pocas veces	9
Estar sin animo	Pocas veces	7
Sensación de tranquilidad	Casi siempre	9
Mucha energía	Muchas veces	8
Preocupación por el rechazo	Casi nunca	7
Preocupación sobre lo que pasara con mis hijos si muero	Casi nunca	9

Tabla 134. Que va hacer familia no estoy

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -----	2	20.0	20.0	20.0
Casi nunca	5	50.0	50.0	50.0
Muchas veces	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

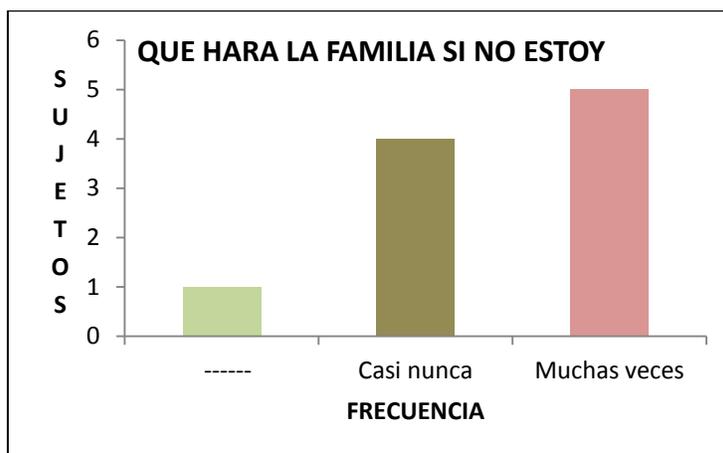


Figura 134. Que va hacer familia no estoy

6. TRASTORNOS SEXUALES

Trastornos sexuales

Calificación Frecuencia

Disfunción sexual en los trasplantados Importancia del embarazo	Casi nunca	9
	Pocas veces	6

7. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA LIMITACIÓN

Valoración subjetiva de la limitación

Calificación Frecuencia

Limitación en tareas cotidianas Sensación de perder el riñón	No	10
	Pocas veces	7
Efectos secundarios impedimento ser feliz	Casi siempre	7
	Pocas veces	6
Sensación de no poder hacer lo que los demás		

EJE 3 SOCIAL

1. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

2. Tabla 151. Afrontamiento del trasplante

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceptación y apoyo familiar	2	20.0	20.0	20.0
Aceptación, apoyo familiar y de forma positiva	1	10.0	10.0	30.0
Aceptación, de forma positiva	1	10.0	10.0	40.0
Con aceptación	1	10.0	10.0	50.0
Con aceptación y apoyo familiar	1	10.0	10.0	60.0
Con apoyo familiar	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Afrontamiento del trasplante

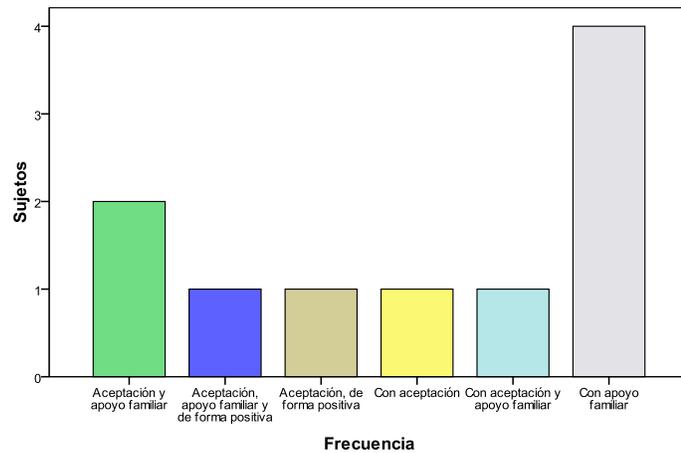


Figura 151. Afrontamiento del trasplante

Tabla 152. Afrontamiento de efectos secundario

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceptación	1	10.0	10.0	10.0
Aceptación y apoyo familiar	1	10.0	10.0	20.0

Aceptación, apoyo familiar y de forma positiva	1	10.0	10.0	30.0
Con aceptación	4	40.0	40.0	70.0
Con aceptación y apoyo familiar	1	10.0	10.0	80.0
Con apoyo familiar	1	10.0	10.0	90.0
De forma positiva	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Afrontamiento de efectos secundario

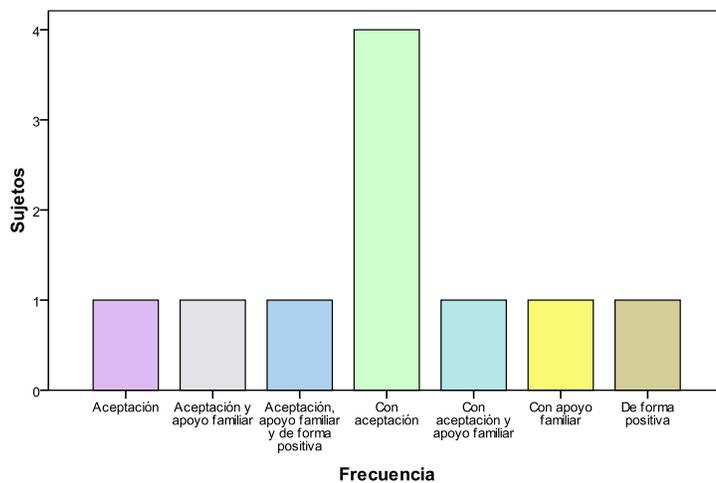


Figura 152. Afrontamiento de efectos secundario

Estilos de afrontamiento	Calificación	Frecuencia
Vale la pena vivir trasplantado	Casi siempre	9
	Nada	9
Importancia actividades recreativas		

Tabla 151. Afrontamiento del trasplante

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceptación y apoyo familiar	2	20.0	20.0	20.0
Aceptación, apoyo familiar y de forma positiva	1	10.0	10.0	30.0
Aceptación, de forma positiva	1	10.0	10.0	40.0

Con aceptación	1	10.0	10.0	50.0
Con aceptación y apoyo familiar	1	10.0	10.0	60.0
Con apoyo familiar	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Afrontamiento del trasplante

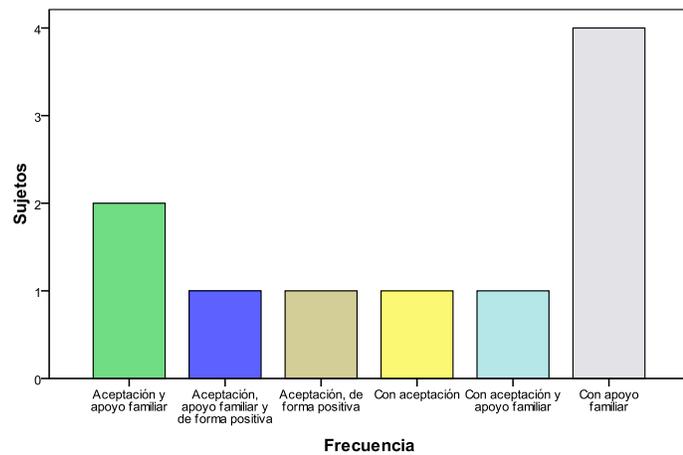


Figura 151. Afrontamiento del trasplante

Tabla 152. Afrontamiento de efectos secundario

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceptación	1	10.0	10.0	10.0
Aceptación y apoyo familiar	1	10.0	10.0	20.0
Aceptación, apoyo familiar y de forma positiva	1	10.0	10.0	30.0
Con aceptación	4	40.0	40.0	70.0
Con aceptación y apoyo familiar	1	10.0	10.0	80.0
Con apoyo familiar	1	10.0	10.0	90.0
De forma positiva	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Afrontamiento de efectos secundario

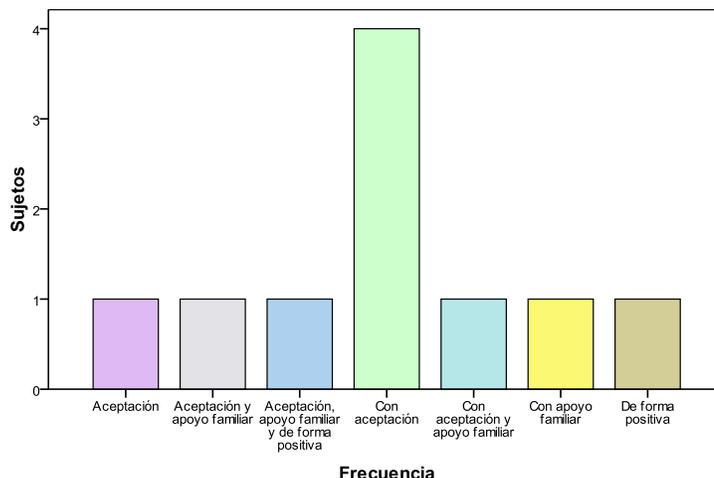


Figura 152. Afrontamiento de efectos secundario

2. RED DE APOYO SOCIAL

Red de apoyo social	Calificación	Frecuencia
Sensación de apoyo familiar trasplantado	Casi siempre	8
Apoyo de pareja	Casi siempre	6
Podre salir con amigos	Casi nunca	7
Asistencia de actividades diversión	Muchas veces	8
Facilidad hacer amigos	Casi siempre	9
Asistencia grupos de apoyo	Casi nunca	6

3. INCENTIVOS Y MOTIVACIÓN 4. ILUSIÓN Y DESESPERANZA

Incentivos y motivación Ilusión y desesperanza	Calificación	Frecuencia
Triunfar es conseguir metas	Casi siempre	8
Piensa que merece ser feliz	Casi siempre	9
Capacidad recuperación de derrotas	Casi siempre	6

5. PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (PROPIOS, DE LOS HIJOS, ECONÓMICOS)

Preocupación por el futuro (propios, de los hijos, económicos)	Calificación	Frecuencia
Falta de logros por trasplantado	Casi nunca	7
Presión económica por trasplantado	Casi nunca	6

6. MODO DE VIDA COTIDIANO 7. SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES.

Modo de vida Cotidiano. Satisfacción social a través de las relaciones. Calificación Frecuencia

Alteraciones vida cotidiana por trasplante	Positiva	10
Trabajar trasplantado	Casi siempre	6
Estudiar trasplantado	Casi siempre	8
Comer de todo post-trasplantado	Muchas veces	7
Tener pareja trasplantado	Casi siempre	6
Tener hijos trasplantado	Casi nunca	6
Ser independiente trasplantado	Casi siempre	8
Responsabilidad de elecciones	Casi siempre	6
Afectación en relaciones amistades	Un poco	6

Tabla 199. Expectativas ahora y futuro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Acabar mi carrera	1	10.0	10.0	10.0
Sacar a mis hijos adelante	1	10.0	10.0	20.0
Ser algo importante y seguir estudiando	1	10.0	10.0	30.0
Ser mejor persona	1	10.0	10.0	40.0
Ser una profesionista y trabajar	1	10.0	10.0	50.0
Terminar la prepa y estudiar una carrera	1	10.0	10.0	60.0
Terminar la prepa y trabajar	1	10.0	10.0	70.0
Trabajar más fuerte para tener un mejor puesto	1	10.0	10.0	80.0
Trabajar y ayudar a mi familia	1	10.0	10.0	90.0
Una familia con hijos y superarme para darles mucho	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	



Figura 199. Expectativas ahora y futuro

Tabla 200. Descripción de una jornada cotidiana post-trasplantado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Escombrar mi casa, ayudar a hacer la comida, comer, ver un rato la tele, salir a jugar básquet, ver un rato a mi novio	1	10.0	10.0	10.0
	Estudiar distraerme con los amigos y convivir con mi familia	1	10.0	10.0	20.0
	Estudio, realizo mis tareas, salgo un rato a divertirme, como,, miro la televisión etc.	1	10.0	10.0	30.0
	Levantarme ir al a escuela, regresar, comer, hacer la tarea, ver tele, cenar y convivir con mi familia	1	10.0	10.0	40.0

Me levanto desayuno, voy a la escuela, regreso, como, hago la tarea, veo la tele un rato, ceno y me duermo	1	10.0	10.0	50.0
Me levanto hago el aseo de la casa, como, ayudo a mi familia en lo que puedo, veo la tele, ceno y me duermo	1	10.0	10.0	60.0
Me levanto preparo a los niños para la escuela los voy a dejar, desayuno, hago el quehacer la comida, voy por los niños, comemos, les ayudo a hacer la tarea, vemos la tele, le doy de cenar a mi esposo, platicamos y nos dormimos	1	10.0	10.0	70.0
Prepararme para ir a trabajar, hacer ejercicios convivir con amigos, tomar mis medicamentos el fin de semana salir a algún lado con mis amigos, hacer trabajos pendientes y convivir con mi familia	1	10.0	10.0	80.0
Trabajar de 8am a 4pm, 6 a 8 ejercitarme y descansar sábado y domingo en familia y con mi pareja. Lo más importante llevar el control de mi salud	1	10.0	10.0	90.0
Trabajar temprano, por la tarde estar con mi familia y más tarde practicar deporte	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Descripción de una jornada cotidiana post-trasplantado

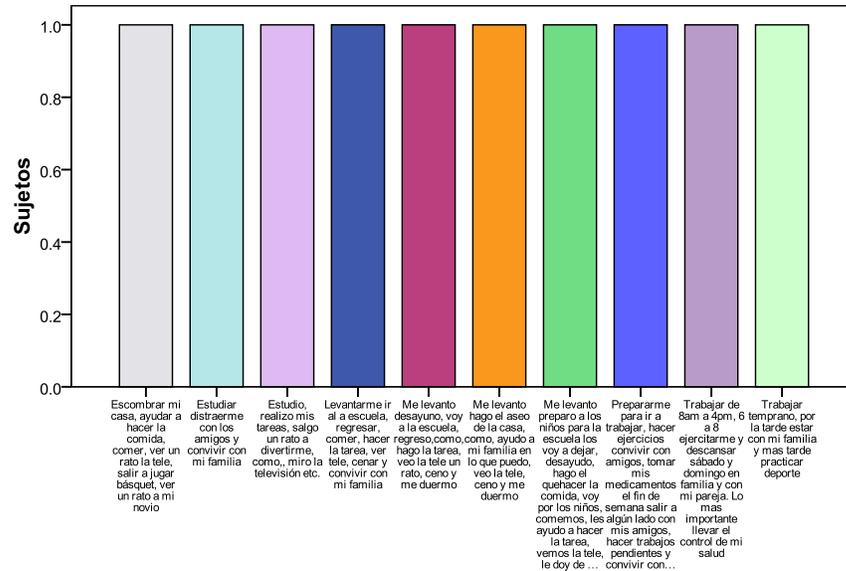


Figura 200. Descripción de una jornada cotidiana post-trasplantado

Tabla 201. Influencia de efectos secundarios medicación

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pocas veces	5	50.0	50.0	50.0
	Casi nunca	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

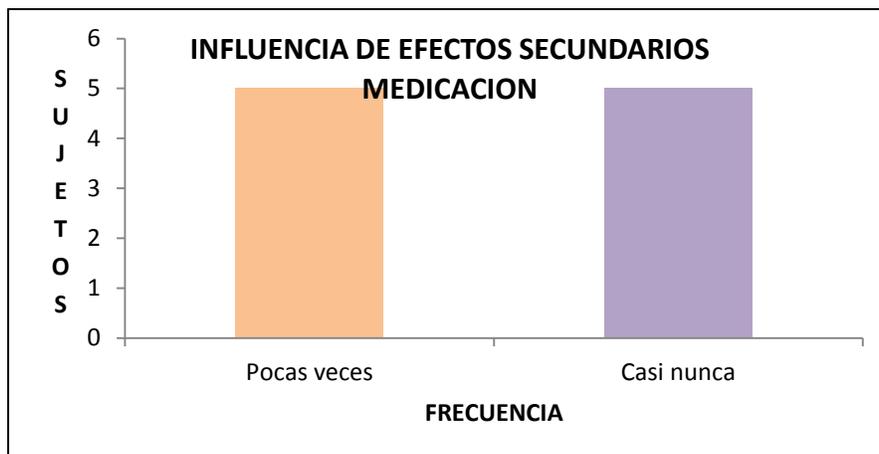


Figura 201. Influencia de efectos secundarios medicación

8. RELACIONES CON HIJOS Y FAMILIARES

Relaciones con hijos y familiares

Calificación Frecuencia

Sensación de dar poco a familia	Pocas veces	6
Satisfacción del apoyo familiar	Casi siempre	9
Conversaciones familiares	Casi siempre	8
Decisiones en conjunto familiar	Casi siempre	7
Satisfacción con el tiempo familiar	Casi siempre	7
Responsabilidad con su familia	Muchas veces	6
Familia como propiedad	Casi nunca	7
Interés familiar	Muchas veces	6

Tabla 119. Interferencia con la vida familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casi nunca	5	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

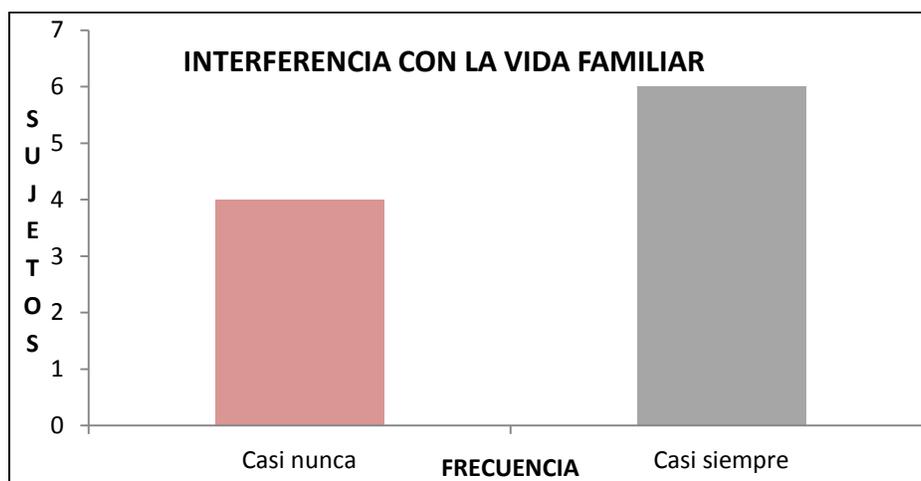


Figura 119. Interferencia con la vida familiar

9. RELACIÓN DE PAREJA

Relación de pareja

Calificación Frecuencia

Influencia del trasplante con su pareja	Casi nunca	6
Efecto medicamentos en relación pareja	Casi nunca	7

10. CAPACIDAD DE TRABAJO

Capacidad de trabajo

Calificación Frecuencia

Sacar la familia adelante Conseguir empleo/estudiar	Casi nunca	5
	Casi siempre	8
Reincorporación al trabajo	Muchas veces	5
Preocupación por el tipo de empleo	Casi siempre	8
Estudia trasplantado	No	6
Trabaja trasplantado	No	7
Efecto medicamentos interfiere conseguir empleo	Casi nunca	9

Tabla 178. Que estudia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -----	6	60.0	60.0	60.0
Preparatoria	3	30.0	30.0	90.0
Secundaria	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Que estudia

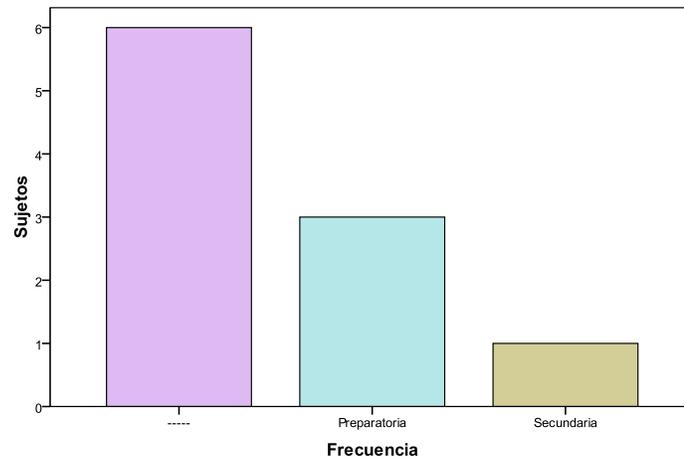


Figura 178. Que estudia

Tabla 180. En que trabaja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid -----	6	60.0	60.0	60.0
Cuido a mis hijos y esposo	1	10.0	10.0	70.0
Empleado	1	10.0	10.0	80.0
Enfermera	1	10.0	10.0	90.0
Reparando aparatos electrodomésticos	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

En que trabaja

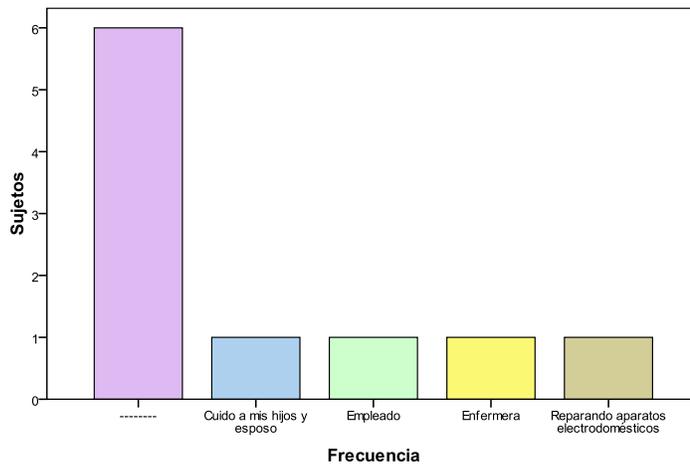


Figura 180. En que trabaja

11. PERCEPCIÓN SUBJETIVA ACTUAL

Percepción subjetiva actual	Calificación	Frecuencia
Salud excelente	Totalmente cierta	9
Salud actual	Muy buena	6

Tabla 190. salud en comparación a 1 año

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Algo mejor ahora que hace un año	2	20.0	20.0	20.0
Más o menos igual que hace un año	3	30.0	30.0	50.0
Mucho mejor ahora que hace un año	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

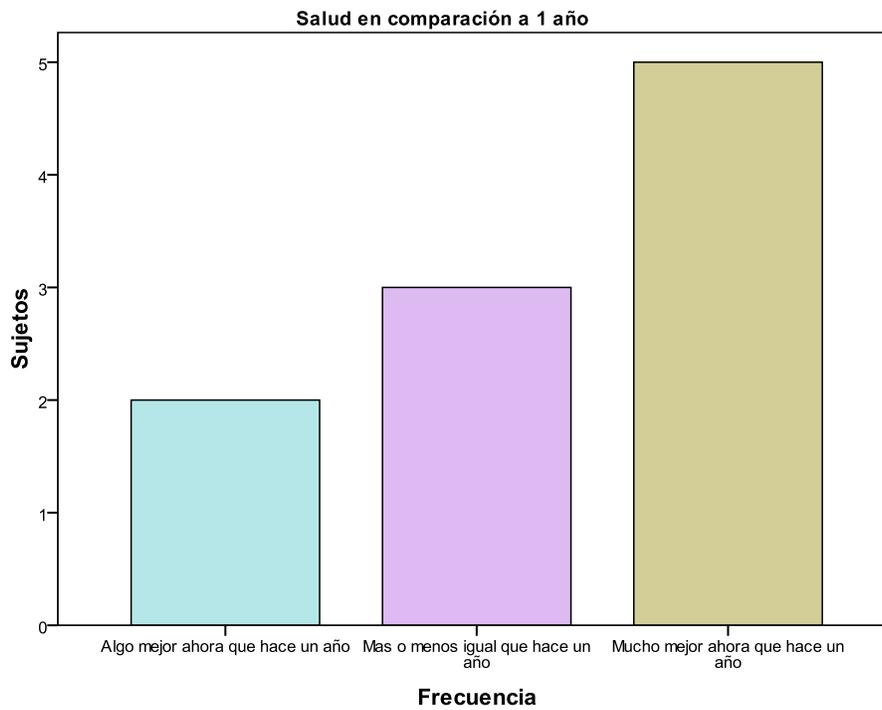


Figura 190. Salud en comparación a 1 año

5.5.1 DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

DATOS A DETALLE RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES POST TRASPLANTE

Eje 1 MEDICO-BIOLÓGICO

Dentro del eje 1 podemos ubicar, la información referente a la condición física del paciente, sus hábitos alimenticios y la posología de sus medicamentos inmunosupresores.

CUMPLIMIENTO / ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

El 90% de los pacientes consideran en una escala del 1-10, teniendo como 1 el menos importante y 10 como más importante del consumo de la medicación inmunosupresora; en un 10% 8 y 90% 10. El 100% de los pacientes conocen los medicamentos especializados para el riñón. El 10% de los pacientes ingieren Micofenolato, Sirolimus, 20% Micofenolato, Sirolimus, Prednisona, 40% Micofenolato, Tacrolimus y 30% Micofenolato, Tacrolimus, Prednisona. El 80% de los pacientes consideran no tener razones para no consumir la medicación para el rechazo renal y 20% se olvida. El 70% de los pacientes algunas veces cumplen las recomendaciones médicas y 30% casi siempre. El 10% de los pacientes reportan que tienen una frecuencia de 2 meses a revisión médica y 90% 3 meses. El 80% indican que asisten al hospital cada mes y 20% cada 3 meses.

TRATAMIENTO MÉDICO

El 100% de los pacientes en este estudio fueron sometidos a Diálisis; el 40% de los pacientes en este estudio consideran que el tratamiento anterior al trasplante tuvo una duración de más de 1 año pero menos de 5 años, 20% más de 5 años y 40% menos de 1 año; el 10% no respondió cuál es su tratamiento actual, 10% el consumo de medicamentos para el trasplante, 10% indicado por

el médico inmunosupresores, 30% inmunosupresores, 10% la medicación inmunosupresora, 10% medicamentos, 10% medicamentos inmunosupresores y dieta; y 10% toma medicina para el trasplante. El 90% de los pacientes encuentran que la explicación del médico acerca del trasplante renal fue adecuada y 10% no; el 100% de los pacientes encuentran que la explicación del médico acerca del tratamiento posterior al trasplante renal fue adecuada; el 100% de los pacientes encuentran que la explicación del médico acerca de los efectos secundarios del tratamiento posterior al trasplante renal fue adecuada; el 100% de los pacientes encuentran que la explicación del médico acerca de los cuidados en casa fue adecuada; el 100% de los pacientes encuentran que la explicación del médico acerca de la cirugía fue adecuada; el 100% de los pacientes encuentran que la explicación del médico acerca de los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora fue adecuada. El 100% de los pacientes conocen los medicamentos inmunosupresores para evitar el rechazo del trasplante renal.

ALIMENTACIÓN – APETITO

En un 50% los pacientes algunas veces tienen hambre de forma excesiva y 50% pocas veces. Los cambios en la dieta pre y post-trasplante de los pacientes en un 10% no respondió, 10% antes comía de todo ahora son menos mis alimentos, 10% antes no podía tomar mucho agua ahora sí, ahora si casi no como carne roja, 10% los alimentos bebidas nada de chatarra, 10% pocas, porque no he podido llevar bien mi dieta, 10% casi ya no como carnes rojas, ni picante, 10% puedo comer carne roja tomar más agua, 10% puedo consumir más agua, 10% que puedo tomar más agua y 10% trato de evitar la comida chatarra, con exceso de grasa e irritantes; el 100% de los pacientes conocen acerca de las restricciones en su dieta; el 100% de los pacientes conocen acerca de los beneficios de llevar una dieta adecuada. El 80% de los pacientes pocas veces tiene falta de apetito y 80% casi nunca. El 100% de los pacientes conocen la cantidad de líquido que pueden consumir; el 90% de los pacientes tiene conocimiento acerca de que produce el exceso de líquido en el

cuerpo y 10% no respondió. El 90% de los pacientes saben que es necesario restringir el consumo de sal y 10% no.

MOVILIDAD Y DESPLAZAMIENTO

El 50% de los pacientes pocas veces sienten algún impedimento para realizar las tareas cotidianas y 50% casi nunca.

EJE 2 PSICOLÓGICO

1. ESTADOS EMOCIONALES

Los estados emocionales de los pacientes post-trasplantados, en el 90% sintieron felicidad frente a saber que serían intervenidos y un 10% se sintió nervioso. El 20% de los pacientes en el estudio no se vieron afectados en nada su ánimo y 80% bastante.

Se encontró que en un 10% las personas, se sienten bien con el riñón trasplantado y el 90% muy bien. El 60% de los pacientes sienten muchas veces vitalidad y el 40% se han sentido casi siempre con vitalidad. El 60% de los pacientes muchas veces se sienten felices con el trasplante renal y el 40% casi siempre. El 90% de los pacientes no presentan síntomas negativos post-trasplante y un 10% si los presentaron.

2. AUTOIMAGEN CORPORAL Y AUTO-PERCEPCIÓN

Se observó que el 100% de los pacientes post-trasplantados se sienten satisfechos con su imagen corporal. El 80% de los pacientes casi nunca se sienten poco atractivos y el 20% muchas veces. El 10% de los pacientes casi nunca se aceptan a sí mismos y 90% casi siempre. El 50% de los pacientes muchas veces aceptan sus errores y 50% casi siempre. El 20% de los pacientes pocas veces aceptan su cuerpo y 80% casi siempre. El 90% de los pacientes casi nunca han rechazado o renegado de su cuerpo y 10% muchas veces.

El 60% de los pacientes pocas veces rechazan sus conflictos y 40% casi nunca. El 20% de los pacientes pocas veces aceptan sus sentimientos y 80% casi siempre. El 10% de los pacientes pocas veces aceptan su enojo frente a las situaciones negativas y 90% casi siempre. El 90% de los pacientes casi nunca rechazan su frustración y 10% algunas veces. El 30% de los pacientes muchas veces son responsables de sí mismos y 70% casi siempre. El 20% de los pacientes muchas veces viven con un propósito en la vida significa ser feliz y 80% casi siempre. El 40% de los pacientes pocas veces niegan su situación de salud y el 60% casi nunca. El 80% de los pacientes cuando se sorprenden en un error aceptan y corrigen sus errores, 10% se dice a sí mismo es un tonto y 10% se dice a sí mismo es un tonto, se dice a si mismo que es imperdonable, siente desprecio por sí mismo, o simplemente lo acepta y lo corrige.

El 50% de los pacientes son muchas veces responsables de su autoestima y 50% casi siempre.

El 50% de los pacientes muchas veces se proponen metas de fácil alcance y 50% casi siempre. El 20% de los pacientes muchas veces se sienten seguros de poder tener éxito en su vida futura y 80% casi siempre. El 30% de los pacientes muchas veces piensan que sus éxitos y fracasos dependen de sus propias decisiones y 70% casi siempre.

El 80% de los pacientes muchas veces ponen atención en el trato con la gente que se encuentra a su alrededor y 20% casi siempre.

3. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS 4. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD 5.TEMOR O MIEDO

El 20% de los pacientes post-trasplantados pocas veces les causa miedo no saber cómo resultara el proceso de recuperación y el 80% muchas veces; el 80% de los pacientes pocas veces tienen la sensación de temor frente a la idea de que en cualquier momento pueda enfermar y el 20% casi nunca. El 80% de los pacientes pocas veces se han sentido ansiosos o preocupados por todo lo que les pasa y 20% casi nunca.

El 70% de los pacientes no han realizado sus actividades normalmente y el 30% sí; el 60% de los pacientes no han sentido alguna disminución en sus actividades cotidianas por problemas emocionales y un 40% sí.

El 90% de los pacientes pocas veces se han sentido nerviosos al menos después del trasplante y el 10% casi nunca. El 70% de los pacientes pocas veces consideran que se han sentido en las últimas 4 semanas desanimados y el 30% casi nunca. El 10% de los pacientes pocas veces se han sentido tranquilos, el 90% casi siempre. El 80% de los pacientes muchas veces consideran que aumento su energía tras el trasplante renal y 20% casi siempre.

El 30% de los pacientes consideran muchas veces tener una preocupación desmedida por el rechazo del riñón y el 70% casi nunca. El 90% de los pacientes casi nunca presentan pensamientos acerca del miedo a morir y el futuro de sus hijos; y 10% muchas veces; el 50% de los pacientes casi nunca tienen pensamientos sobre el temor de lo que haría su familia si el falleciera, el 30% muchas veces y en un 20% los pacientes se abstuvieron a contestar la pregunta

6. TRASTORNOS SEXUALES

El 20% de los pacientes pocas veces han presentado alguna disfunción sexual en la relación con su pareja, 60% casi nunca y 20% se abstuvieron de contestar la pregunta; el 60% de las pacientes con trasplante pocas veces piensan que es importante estar embarazada, 10% casi nunca y el 30% se abstuvo de contestar la pregunta.

7. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN.

El 100% de los pacientes no se sienten limitados para realizar sus actividades cotidianas solo por el hecho de ser trasplantados; el 70% pocas veces de los pacientes no se sienten limitados para realizar sus actividades cotidianas por el miedo de perder el riñón y el 30% casi nunca; el 30% de los pacientes casi nunca, no se han sentido limitados para experimentar bienestar por los efectos secundarios de los medicamentos o bien heridas quirúrgicas y

70% casi siempre. El 60% de los pacientes pocas veces sienten que no pueden realizar lo mismo que el resto de las personas y casi nunca 40%

EJE 3 SOCIAL

1. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

El 20% de los pacientes afrontaron la situación del trasplante con aceptación y apoyo familiar, 10% aceptación, apoyo familiar y de forma positiva, 10% Aceptación y de forma positiva, 10% con aceptación, 10% con aceptación y apoyo familiar y 40% con apoyo familiar; el 10% de los pacientes afrontaron los efectos de los medicamentos con aceptación, 10% aceptación y apoyo familiar, 10% aceptación, apoyo familiar y de forma positiva, 40% con aceptación, 10% con aceptación y apoyo familiar, 10% con apoyo familiar y 10% de forma positiva.

Para los pacientes casi siempre sienten que vale la pena vivir en un 90% y un 10% muchas veces.

El 10% de los pacientes consideran un poco importantes las actividades recreativas y 90% nada; la frecuencia con que realizan las actividades recreativas es un poco en 50% y 50% bastante.

2. RED DE APOYO SOCIAL

El 80% de los pacientes sienten casi siempre que cuentan con apoyo familiar y el 20% muchas veces; el 60% de los pacientes cuentan con el apoyo de su pareja y el 40% casi nunca; el 70% de los pacientes pocas veces piensan en el poder salir con sus amigos y 30% casi siempre; el 80% de los pacientes muchas veces asisten a actividades de diversión tales como asistir al cine, teatro y fiestas y 20% casi siempre; el 10% de los pacientes pocas veces es sencillo hacer amistades y 90% casi siempre.

El 60% de los pacientes en este estudio casi nunca asisten a grupos de apoyo, 20% pocas veces y 20% se abstuvo de contestar la pregunta

3. INCENTIVOS / MOTIVACIÓN 4. ILUSIÓN / DESESPERANZA

El 80% considera casi siempre importante conseguir sus metas y propósitos, para triunfar en la vida, el 20% muchas veces. El 10% muchas veces piensa que merece ser feliz y el 90% casi siempre... El 40% de los algunos veces son capaces de recuperase de cualquier derrota y 60% casi siempre.

5. PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (EL PROPIO, DE LOS HIJOS, ECONÓMICOS)

El 30% de los pacientes pocas veces se sienten con falta de logros y 70% casi nunca. El 60% de los pacientes casi nunca no se han sentido presionados por cuestiones económicas, o bien por no poder trabajar por el trasplante de riñón y el 40% muchas veces.

6. MODO DE VIDA COTIDIANA 7. SATISFACCIÓN SOCIAL ATRAVES DE LAS RELACIONES

El 100% de los pacientes sienten que se vio alterada su vida en forma positiva tras el trasplante renal.

El 30% de los pacientes consideran que casi nunca después del trasplante pueden trabajar, 60% casi siempre y 10% no contesto la pregunta. El 50% de los pacientes pocas veces después del trasplante pueden realizar deportes y 50% casi siempre. El 20% de los pacientes casi nunca después del trasplante pueden estudiar y 80% casi siempre. El 30% de los pacientes casi nunca después del trasplante pueden comer de todo y 70% muchas veces. El 40% de los pacientes casi nunca después del trasplante pueden tener una pareja y 60% casi siempre. El 10% de los pacientes casi nunca después del trasplante pueden ser independientes y 90% casi siempre. El 40% de los pacientes muchas veces son responsables de sus decisiones y 60% casi siempre.

Las expectativas de vida en los pacientes son en 10% acabar mi carrera, 10% sacar a mis hijos adelante, 10% ser algo importante y seguir estudiando,

10% ser mejor persona, 10% ser una profesionista y trabajar, 10% terminar la prepa y estudiar una carrera, 10% terminar la prepa y trabajar, 10% trabajar más fuerte para tener un mejor puesto, 10% trabajar y ayudar a mi familia y 10% una familia con hijos y superarme para darles mucho.

Según los pacientes de este estudio en un 10% una jornada cotidiana está constituida por: escombrar mi casa, ayudar a hacer la comida, comer, ver un rato la tele, salir a jugar básquet, ver un rato a mi novio; 10% estudiar distraerme con los amigos y convivir con mi familia; 10% estudio, realizo mis tareas, salgo un rato a divertirme, como,, miro la televisión etc.; 10% levantarme ir al a escuela, regresar, comer, hacer la tarea, ver tele, cenar y convivir con mi familia; 10% me levanto desayuno, voy a la escuela, regreso, como, hago la tarea, veo la tele un rato, ceno y me duermo;10% me levanto hago el aseo de la casa, como, ayudo a mi familia en lo que puedo, veo la tele, ceno y me duermo; 10% me levanto preparo a los niños para la escuela los voy a dejar, desayuno, hago el quehacer la comida, voy por los niños, comemos, les ayudo a hacer la tarea, vemos la tele, le doy de cenar a mi esposo, platicamos y nos dormimos; 10% prepararme para ir a trabajar, hacer ejercicios convivir con amigos, tomar mis medicamentos el fin de semana salir a algún lado con mis amigos, hacer trabajos pendientes y convivir con mi familia; 10% trabajar de 8am a 4pm, 6 a 8 ejercitarme y descansar sábado y domingo en familia y con mi pareja. Lo más importante llevar el control de mi salud; 10% trabajar temprano, por la tarde estar con mi familia y más tarde practicar deporte.

El 50% de los pacientes no influyen los efectos secundarios de la medicación para poder cumplir sus metas y tener éxito y 50% pocas veces. El 30% de los pacientes casi nunca se dan cuenta de cómo reacciona la gente por su forma de escuchar y 70% muchas veces; el 90% de los pacientes muchas veces se comprometen a tratar a la gente de una manera más justa y benévola y 10% pocas veces. El 40% de los pacientes muchas veces son capaces de recuperarse de cualquier derrota y 60% casi siempre.

El 60% de los pacientes han sentido un poco de dificultades al realizar actividades con la familia o amigos debido a su salud física y 40% nada.

8. RELACIONES CON HIJOS, FAMILIARES

El 90% de los pacientes pocas veces no sienten ninguna dificultad para relacionarse con las personas que las rodean como amigos o familiares

El 60% de los pacientes pocas veces sienten que su familia recibe poco de ellos y 40% casi nunca; el 50% de los pacientes casi nunca sienten que su forma de vivir interfiere con la del resto de su familia y 50% casi siempre; el 10% de los pacientes muchas veces se encuentran satisfechos con el apoyo que les brinda su familia y 90% casi siempre; el 20% de los pacientes muchas veces conversan los problemas en familia y 80% casi siempre. El 30% de los pacientes muchas veces toman las decisiones en familia y 70% casi siempre; el 30% de los pacientes muchas veces se encuentran satisfechos con el tiempo que conviven con su familia y 70% casi siempre; el 60% de los pacientes muchas veces son responsables de su conducta con su familia y 40% casi siempre; el 30% de los pacientes pocas veces consideran que su familia sea de su propiedad y 70% casi nunca; el 60% de los pacientes muchas veces se interesan por las necesidades de su familia y 40% casi siempre.

9. RELACIÓN DE PAREJA

El 60% de los pacientes casi nunca piensan que no existe alguna influencia del trasplante, en su relación de pareja y 40% muchas veces. El 70% de los pacientes casi nunca consideran que el efecto de los medicamentos, así como las heridas quirúrgicas los limiten dentro de una relación de pareja, 20% muchas veces y 10% se abstuvo de contestar la pregunta.

10. CAPACIDAD DE TRABAJO

El 50% de los pacientes casi nunca tienen pensamientos de cómo podrán mantener a su familia de forma estable, 40% muchas veces y 10% se abstuvo de contestar la pregunta. El 20% de los pacientes casi nunca piensan

que pese a su situación de salud podrán conseguir un empleo o bien estudiar y 80% casi siempre; el 40% de los pacientes casi nunca consideran que podrán reincorporarse al trabajo o escuela, 50% muchas veces y 10% se abstuvo de contestar la pregunta; el 20% de los pacientes pocas veces sienten alguna preocupación por el trabajo que podrán realizar en un futuro y 80% casi siempre; el 60% de los pacientes de este estudio no asisten a la escuela y el 40% si; el 30% de los pacientes en este estudio no especificaron si estudiaban la preparatoria, el 10% estudia la secundaria y el 60% se abstuvo de contestar a pregunta; el 60% de los pacientes de este estudio no trabajan y el 40% si; el 60% de los pacientes de este estudio no especifica el tipo de empleo que desempeña, el 10% cuida a su esposo e hijos, el 10% es empleado, 10% es enfermera y 10% repara aparatos electrodomésticos; el 90% de los pacientes casi nunca sienten que el uso de medicamentos interfiera en conseguir empleo y 10% muchas veces.

11. PERCEPCIÓN SUBJETIVA ACTUAL

Dentro de la percepción subjetiva actual podemos encontrar que el 90% de los pacientes post-trasplantados consideran que es totalmente cierto el que su estado de salud sea excelente y el 10% bastante falsa; el 40% de los pacientes aseguran que su estado actual de salud es buena y 60% muy buena; el 20% de los pacientes consideran que su salud es algo mejor ahora que hace un año, 30% más o menos igual que hace un año y 50% mucho mejor ahora que hace un año.

CAPÍTULO VI
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El avance tecnológico de la medicina de trasplantes ha llevado a nuevas etapas de la funcionalidad orgánica y su salud, donde el reconocimiento de la labor médica se encuentra en un primer orden. Este éxito de la medicina trae consigo retos para las personas trasplantadas, porque la vida adquiere nuevos significados que repercuten en cómo dirigir su vida y cómo se relacionan con su entorno social, lo cual nos lleva al trabajo conceptual de la calidad de vida.

La “Organización Mundial de la Salud OMS”, ha definido la salud como el estado de bienestar biológico, psicológico y social, no solo la ausencia de la enfermedad planteado desde un enfoque integral.

Desde el punto de vista psicológico los comportamientos cognitivos y conductuales del enfermo, así como su estructura de personalidad, sus valores o su sentido de vida se ven afectados; la persona que tiene una enfermedad crónica se encuentra en un amplio abanico de actividades cotidianas contextualizadas social, económica y culturalmente, ante las cuales se observa lo que hace, siente y piensa.

Las personas que enfrentan enfermedades crónicas y la pérdida parcial o total de una función orgánica, que en el caso de que amerite terapia de reemplazo, incluido el trasplante de órganos, se ven obligados a modificar sus estilos, proyectos o expectativas de vida en función del curso de la enfermedad y de su tratamiento, lo que afecta todas las dimensiones de la vida desde hábitos básicos como comer, hasta los más profundos y complejos como los valores, creencias o actividad laboral.

En consecuencia el concepto de calidad de vida va a contener cuatro características de primera línea, categorizadas en la autopercepción o valoración subjetiva de su salud en relación con su entorno psicosocial, estas son:

1. Un concepto personal (autoconcepto de la salud-enfermedad).
2. Temporal y transitorio (varía de persona a persona y corresponde a las diferencias individuales y psicosociales).
3. Conlleva una respuesta emocional (de satisfacción, frustración o insatisfacción).
4. Conlleva un proceso cognitivo (cómo me observo y me explico a mí mismo la situación de salud-enfermedad).

Los datos obtenidos a partir de los indicadores de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, y estudiados mediante un análisis exploratorio nos acercan a este tipo de pacientes en Trasplante Renal con Donador Vivo Relacionado enfrentan, teniendo en cuenta que la relación del donador con el receptor es de forma directa por alguno de los padres o hermanos, por lo que el éxito del Trasplante Renal es mucho más alto, ya que la compatibilidad es mayor, el acceso a este tipo de tratamiento es más directo y rápido, en comparación con el de un donador cadavérico, en el cual el paciente debe entrar a una lista de espera, y la repercusión psicológica de saber que una persona tiene que morir para que esta pueda seguir viviendo es mayor; los pacientes que son trasplantados con órganos de donadores vivos relacionados, provoca una relación estrecha entre dichas personas donador-receptor; la recuperación física es más rápida ya que existe menos probabilidad de rechazar el órgano y su incorporación a su entorno psicosocial tiende a presentar una mejoría en la adaptación de su vida cotidiana.

Así también se analiza cuáles son los procesos psicosociales a los cuales se encuentran sujetos debido a las limitaciones que la Insuficiencia Renal (IRC) y el Trasplante Renal (TR) producen. Estos datos, muestran que:

El **tratamiento médico** se da a partir de la intervención quirúrgica para la colocación del injerto renal, podemos observar el 100% de los pacientes en esta exploración reportan haber sido sometidos a Diálisis. Así cómo es que fue el proceso del protocolo de trasplante dentro del cual, la explicación del médico

acerca del trasplante renal, el tratamiento posterior al trasplante renal, los efectos secundarios, los cuidados en casa; la información acerca de la cirugía y la información acerca de los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora juegan un papel de suma importancia. Lo cual denota que el conocimiento adecuado sobre dicho proceso es de vital importancia, por lo que ayuda al paciente a enfrentar la situación con todo conocimiento previo.

Así en la medicación inmunosupresora existen factores que imposibilitan la adhesión al tratamiento farmacológico como la adaptación de los cambios físicos asociados al trasplante, así es el caso en adolescentes, adultos jóvenes y mujeres proactivas. Ya que para ellos representan una mayor importancia al aspecto físico. El **cumplimiento terapéutico** existe más independencia y autonomía al conocer los medicamentos que son la base del tratamiento; los pacientes conocen los medicamentos inmunosupresores para evitar el rechazo del trasplante renal; los cuales son principalmente Micofenolato, Sirolimus, Prednisona y Tacrolimus; el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas predice el rechazo agudo del injerto en esta exploración se observa que, el 80% de los pacientes consideran no tener razones para no consumir la medicación para el rechazo renal, 20% por olvido; el 60% cumplen las recomendaciones médicas y 40% algunas veces; el 90% reportan que tienen una frecuencia de 3 meses a revisión médica y en un 10% cada 2 meses; el 80% indican que asisten al hospital una vez al mes y 20% cada 3 meses.

La dieta se encuentra notablemente mucho mejor en cuanto a condiciones de ingesta se refiere ya que la dieta es más libre, como se puede observar los cambios entre la dieta antes y después del trasplante, casi comen de todo, antes no podía consumir mucho líquido y ahora es más libre; conocen acerca de las restricciones en su dieta como un alto consumo de sal y alimentos denominados como chatarra; así como los beneficios de llevar una dieta adecuada.

En la **movilidad y desplazamiento** existía una disminución importante debido a los cambios de diálisis, por lo que es notable la mejoría ya post-trasplantado; como se puede observar que el 50% de los pacientes pocas veces sienten algún impedimento para realizar las tareas cotidianas y 50% casi nunca.

A continuación vamos a ver por categorías y ejes de análisis:

EJE 2 PSICOLÓGICO

Es fácilmente observable una manifestación de euforia en el paciente en las horas que siguen al trasplante tal manifestación psicoafectiva suele estar acompañada de una hipersensibilidad a los eventos del mundo exterior y produce llanto fácil que suele confundirse con depresión desde el punto de vista médico; es atribuible a la rápida sensación de mejoría que experimenta el paciente, a la evaluación que este hace del hecho mismo al que considera un milagro o un renacimiento con un alto nivel de conciencia a la puesta a prueba de sus límites personales y al efecto de los esteroides.

En los **Estados Emocionales** los pacientes en el estudio no se vio afectado su ánimo, se sienten bien con el riñón trasplantado, con gran vitalidad. Así también se sienten felices con el trasplante renal, no presentan síntomas negativos post-trasplante. De manera que el hecho de saber que serían trasplantados, los pacientes mejoraron de forma notoria su estado de ánimo.

Dentro de la **Percepción subjetiva de los síntomas Depresión y ansiedad Temor o miedo** son el desarrollo de síntomas emocionales y comportamentales como respuesta a una condición estresante. Los síntomas son clínicamente significativos y constan de marcado malestar emocional, que excede lo esperable luego del evento estresante y un significativo deterioro de funcionamiento social y laboral. Estas perturbaciones son atribuibles a otros

diagnósticos y los síntomas no duran más de 6 meses una vez que desaparece el estresante pueden diferenciarse un cuadro agudo y otro crónico según que los síntomas persistan en el mismo lapso de 6 meses o más. Por otra parte, es muy usual que exista temor al no saber cómo resultara el proceso de recuperación; así como la sensación de temor frente a la idea de que en cualquier momento pueda enfermar; así que la ansiedad y estrés a los que estaban sometidos, baja notoriamente.

Si bien es cierto que las demandas estresantes que presentaba en su tratamiento anterior eran realmente muy fuertes, estas se transforman en una preocupación por el rechazo del riñón; pensamientos acerca del temor a morir y el futuro de sus hijos, pero que éstas se presentan en menor medida, ya que la mejoría en su estado físico le permite gozar de una salud más estable.

Las actividades de los pacientes son realizadas normalmente y no sienten que hayan una interferencia con respecto a su estado de ánimo, por el contrario aumenta su energía tras el trasplante renal. Lo que es notorio, es el cambio dentro de su estado anímico, así como la forma de asumir una nueva oportunidad de vivir de una mejor manera.

La Autoimagen corporal – Autopercepción a pesar de los múltiples procedimientos quirúrgicos y farmacológicos los pacientes post-trasplantados se sienten satisfechos con su imagen corporal, aceptan su cuerpo, no han rechazado o renegado de su cuerpo, por el contrario se aceptan a sí mismos y aceptan sus errores.

Dentro de su autopercepción los pacientes no rechazan sus conflictos, aceptan sus sentimientos, aceptan su enojo frente a las situaciones negativas, no rechazan su frustración; son responsables de sí mismos; viven con un propósito en la vida; aceptan su situación de salud aceptan sus errores y los corrigen.

Se proponen metas de fácil alcance, se sienten seguros de poder tener éxito en su vida futura, así como que sus éxitos y fracasos dependen de sus propias decisiones. Lo que es notable la mejoría en la autopercepción de sí

mismos, adquieren una enorme autonomía física y emocional en cuanto a lo que pueden y desean hacer.

La **sexualidad** es mucho más que estar libre de enfermedad es la capacidad de vivir el placer como un derecho básico del ser humano, que se sustenta en los propios valores, sentimientos de aceptación de la pareja. No es extraño encontrar que desde antes las personas ya presentaban alteraciones en su vida sexual y afectiva, solo que su organismo reaccionaba normalmente hacia los estímulos esto se da por que la sexualidad determina el bienestar físico, mental y socio-afectivo, de ahí que sus alteraciones en la vida sexual de cualquier persona sea muy probable de presentarse. Los pacientes post-trasplantados reportan una baja influencia de alguna disfunción sexual en la relación con su pareja, las mujeres de esta exploración indican una menor importancia sobre el embarazo. Es notoria la falta de una respuesta adecuada, por tabúes, pena etc. Pero lo que se puede observar es que mejora la percepción en su sexualidad.

La **Valoración subjetiva de limitación** para realizar sus actividades cotidianas que consideran los pacientes post-trasplantados, se acentúa por una emoción de pérdida del riñón, pero se contrasta por la experiencia de bienestar a pesar de los efectos secundarios de los medicamentos o de las heridas quirúrgicas que están en proceso de cicatrización; por estas condiciones ellos reportan temores naturales en el proceso de adaptación y recuperación, los cuales tienden a desaparecer con el tiempo siempre y cuando sigan las indicaciones médicas y se refuercen por sus estados de bienestar. En conjunto la valoración subjetiva de la limitación se ubica como en una etapa de adaptación y recuperación que los impulsa a retomar una gran parte de sus actividades y proyectos de vida.

EJE 3 SOCIAL

En los **Estilos de afrontamiento** los pacientes respondieron a la situación del trasplante y los efectos de los medicamentos con aceptación, apoyo familiar y de forma positiva. Su concepción de vida cambia gracias al apoyo por lo cual sienten que vale la pena vivir.

Llegan a considerar que las actividades recreativas no son tan importantes, pero si aumentan a diferencia del tratamiento anterior (Diálisis). De manera que van obteniendo conforme su mejoría de salud una actitud mucho más positiva.

En la **Red de apoyo social** los pacientes consideran que las principales fuentes de apoyo radican en la familia, pareja y amistades; y aunque existe la preocupación inicial a integrarse a su entorno social, paulatinamente se dan cuenta de las actividades que pueden realizar, empiezan a ganar confianza y comienza a reintegrarse realizando actividades recreativas tales como asistir al cine, teatro y fiestas, por lo que es sencillo hacer amistades. Lamentablemente existen muy pocos grupos de apoyo, muy poca difusión, así que los pacientes no optan por esta opción.

Los **Incentivos y motivación. Proyectos personales y desmotivación** podemos observar que los pacientes consideran importante conseguir sus metas y propósitos, para triunfar en la vida, piensan que merecen ser felices y que son capaces de recuperarse de cualquier derrota. La falta de motivación ocurre cuando el paciente se da cuenta que no puede realizar lo mismo que las personas que no tienen este padecimiento, a lo cual implementan otras estrategias para lograr sus objetivos, estableciéndose metas posibles de alcanzar, teniendo en cuenta sus limitaciones.

En la **Preocupación por el futuro (propios, de los hijos, económicas)** los pacientes consideran que pueden lograr sus objetivos; no se han sentido

presionados por cuestiones económicas, pero si por no poder trabajar por el trasplante de riñón. De alguna manera prevalece la preocupación por el futuro económico, ya que a pesar de que están mucho mejor que en la etapa anterior no dejan de estar enfermos.

Dentro del **Modo de vida Cotidiano Satisfacción social a través de las relaciones** los pacientes sienten que se vio alterada su vida en forma positiva tras el trasplante renal; pueden trabajar, realizar deportes, estudiar, pueden comer casi de todo; tener una pareja, ser independientes y responsables de sus decisiones.

Las expectativas de vida en los pacientes son enfocadas a sus etapas actuales, como en el caso de ser estudiante terminar una carrera profesional, un padre de familia obtener un empleo; todo esto con una mira al progreso en sus ámbitos personales y profesionales.

Según los pacientes dentro de esta exploración se encontró que en una jornada cotidiana, está constituida por: actividades personales, domésticas, recreativas y profesionales. Lo cual nos indica una reintegración adecuada a su entorno biopsicosocial.

En las **Relaciones con hijos, familiares** los pacientes no sienten ninguna dificultad para relacionarse con las personas que las rodean como amigos o familiares; aunque sienten que su familia recibe poco de ellos; en la mitad de los pacientes se encontró que perciben que su forma de vivir interfiere con la del resto; esto sucede debido a que, la familia es la que se encarga de cuidarlo hasta su adaptación a sus nuevos hábitos de vida, por lo que surge un reajuste de la dinámica familiar. Así también se hallan satisfechos con el apoyo que les brinda; conversan los problemas y toman las decisiones; se encuentran satisfechos con el tiempo que conviven; son responsables de su conducta, consideran que su familia no es de su propiedad y que es necesario mostrar interés a sus necesidades, es decir que colabore y se integre de forma activa.

En la **Relación de pareja** los pacientes piensan que no existe alguna influencia y limitación del trasplante, el efecto de los medicamentos, así como las heridas quirúrgicas en su relación de pareja, de esta forma se puede observar cómo es que la percepción de una relación de pareja mejora. Aunque hay que tener en cuenta que si los problemas conyugales preexisten antes del padecimiento, es necesario que sean abordados por el área Psicológica para que estos no se agudicen.

Dentro de la **Capacidad de trabajo** los pacientes no presentan pensamientos de cómo podrán mantener a su familia de forma estable, lo que sí es notorio son: los pensamientos que pese a su situación de salud podrán conseguir un empleo o bien estudiar; o también reincorporarse al trabajo o escuela.

Lo que sí existe es la preocupación por el trabajo que podrán realizar en un futuro, esto debido a la poca oportunidad de empleo que existe en nuestro país, aunado a las responsabilidades médicas que tiene que cumplir, les resta aún más la posibilidad de encontrar un empleo.

Se encontraron algunos pacientes en edad proactiva, los cuales se encuentran en preparación profesional, o bien en actividades laborales. Lo que podemos notar es que la capacidad de trabajar mejora, al no tener tantas limitaciones como las tenía cuando se encontraban en diálisis.

En una generalidad entorno a la **percepción subjetiva actual** de su estado de salud actual, podemos encontrar que los pacientes consideran que su estado de salud es excelente y que es mejor ahora que hace un año.

De esta forma podemos concluir que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes en Trasplante Renal con Donador Vivo Relacionado mejora considerablemente, ya que su condición física es mucho más adecuada, le permite adquirir una mayor independencia, satisfacción a

través de las relaciones familiares y sociales; y brinda una integración favorable al entorno sociolaboral.

Es importante mencionar las dificultades que surgieron a lo largo de esta exploración, las cuales fueron la inaccesibilidad hacia la población post-trasplantada, debido a que existen muy pocos hospitales en donde se realizan dichos procedimientos, así también estos centros hospitalarios dificultan la investigación de campo, puesto que piden demasiados requisitos como la presentación de un anteproyecto, y la condición de que esas Instituciones se apropien de dicha investigación.

Así mismo es necesario que a partir de estudios exploratorios como este, se abran nuevas líneas de investigación, ya que en su mayoría de publicaciones son extranjeras no existen suficientes estudios sobre la población mexicana y es importante evaluar más a fondo los principales aspectos psicológicos como:

1. la ansiedad.
2. depresión.
3. impacto de la enfermedad.
4. satisfacción, bienestar o dependencia.

Y los aspectos psicológicos menos estudiados como:

1. la opinión de terceros.
2. la adhesión al tratamiento.
3. los estados emocionales alterados.
4. los niveles de independencia y responsabilidad con relación a la satisfacción y seguridad personal.
5. y los cambios personales en el plano socioeconómico y familiar.

Para que así el campo de la Psicología en México obtenga las herramientas necesarias para realizar programas de intervención más centralizados en el paciente con Trasplante Renal, ya que en la actualidad el tratamiento del Trasplante Renal solo se encuentra manejado por el área médica, lo cual hace necesaria la intervención del área de Psicología, puesto que este tratamiento debe ser manejado de forma multidisciplinaria, hay que recordar que todo ser humano se mueve no solo en el área fisiológica, sino también psicosocial, debido a que la forma en que se relaciona y enfrenta su situación de salud, dependerá que el paciente conserve una adecuada Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS).

CAPÍTULO VII

ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS

Dentro de este apartado podemos encontrar una serie de propuestas en cuanto a Manuales Informativos para una mejor orientación al paciente desde la detección de la IRC, así como los tratamientos disponibles, dentro de estos podemos ubicar a los pacientes post-trasplantados. Para todos ellos se diseñaron estos manuales, de manera que entre más acceso a la información se tenga, mejor será el proceso de enfrentamiento a esta enfermedad tan devastadora que es la Insuficiencia Renal Crónica IRC.

Se tomaron en cuenta los aspectos claves del padecimiento, así como estrategias de mejora en su calidad de vida, estos enmarcados en 4 Manuales:

ENFOCADO AL EJE MEDICO BIOLÓGICO

1 MANUAL PARA PACIENTES/FAMILIA CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) DETECTADA

2 MANUAL PARA PACIENTES/FAMILIA EN PRE-TRASPLANTE (DIALISIS)

3 MANUAL PARA PACIENTES/FAMILIA EN POST- TRASPLANTE

ENFOCADO AL EJE PSICOSOCIAL

PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL PARA EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) Y SU FAMILIA.

También se sugiere realizar un programa de seguimiento para el paciente y su familia; mediante la aplicación de instrumentos sobre percepción de calidad de vida (ver anexo II) de forma Anual, evaluar e indicar una posible intervención terapéutica por parte del psicólogo de la Unidad.

O bien, campañas de información como:

1 Campañas Nacionales

2 Campañas Escolares

3 Campañas en los medios laborales.

Con el fin de cubrir un mayor espacio dentro de la población, que poca información tiene al respecto, y que debido a que esta es una enfermedad silenciosa pocos se dan cuenta a tiempo.

1 MANUAL PARA PACIENTES/FAMILIA CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) DETECTADA

Este manual esta creado para que los pacientes, así como los familiares de estos, tengan un conocimiento más amplio de lo que se refiere a la Insuficiencia Renal Crónica IRC, como es que es detectada y cuáles son los tratamiento que existen para este padecimiento.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



¿Que son y cuáles son las funciones principales de los RIÑONES?

Los riñones son órganos en forma de habichuela (poroto) que se encuentran en la parte posterior del

abdomen a cada lado de la columna vertebral, entre la 12ª vértebra dorsal y la 3ª vértebra lumbar. Cada riñón mide entre 10 y 11 cm de largo por 6 cm de ancho y 2,5 de grosor. Las funciones principales de los riñones son:

- 1.- Filtración en las células especializadas (glomérulos) de la sangre que pasa a través de ellos y formar orina con la cual se expulsa del cuerpo el exceso de líquidos.
- 2.- Eliminar sustancias de desecho que fueron filtradas y que son tóxicas para el organismo.
- 3.- Reabsorción de sustancias buenas para el organismo que han sido filtradas y que deben volver a la sangre, ejemplo las proteínas.

4.- Formar hormonas para la formación de glóbulos rojos (eritropoyetina) y para el correcto manejo y regulación del calcio y fósforo en el organismo (vitamina D3).

5.- Regulación por medio de hormonas y sustancias especiales la PRESIÓN ARTERIAL.

La Insuficiencia Renal crónica IRC se le llama a:

Todas aquellas condiciones en las que hay un daño del riñón, independiente de la causa básica que lo provocó.

La **Insuficiencia Renal Crónica (IRC)** se define como la disminución gradual, progresiva e irreversible en la función de los riñones con el desarrollo de las complicaciones resultantes de una función renal disminuida.

Por lo tanto en la insuficiencia renal crónica existe en la mayoría de los casos, anemia (disminución de la cifra de glóbulos rojos), baja concentración de calcio en sangre, hipertensión arterial, edemas (hinchazón del cuerpo), retención de sustancias tóxicas como la urea, creatinina, ácido úrico, potasio, fósforo entre otras.

Se dice que el paciente tiene IRC:

Cuando existen anomalías ya sea en la orina (presencia de proteínas y/o sangre que normalmente no deberían existir) o en la sangre (creatinina, urea, ácido úrico elevados) o en los estudios de imágenes: por ejemplo si se observan riñones pequeños o con múltiples quistes en una ecografía. Es necesario aclarar que en

muchas ocasiones el paciente no tiene ninguna sintomatología y que en análisis de rutina o por una causa que puede ser banal se descubre la enfermedad renal.

La Urea y la Creatinina se les llama a:

La urea es el producto final del metabolismo de los aminoácidos, es decir de las proteínas que consumimos con la dieta. Mientras más proteínas coma una persona más urea formara, en casos de insuficiencia renal este exceso de urea no puede eliminarse.

La creatinina es una proteína proveniente de la creatina que es una proteína propia del músculo, solo se elimina por el riñón por lo que la creatinina plasmática se constituye en uno de los mejores marcadores de la función renal. Dado que se encuentra en el músculo y siendo que los varones tienen más masa muscular la creatinina normalmente es más elevada en los hombres que en las mujeres.

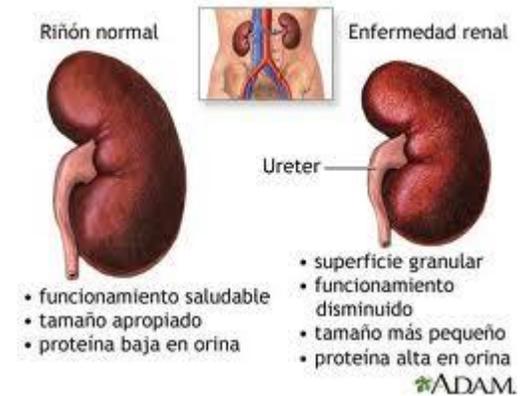
Es importante mencionar que la creatinina en la Insuficiencia Renal empieza a elevarse cuando ya se ha perdido el 50% de la función renal o más.

Medición de la función renal

El médico calcula la función renal fácilmente mediante fórmulas, con datos recogidos al examen físico, con determinación de la creatinina en sangre y mediante la recolección de orina de 24 horas para medir la creatinina en la orina. Esta medición se llama depuración de

creatinina y el resultado de lo obtiene en mililitros por minuto.

El valor normal de una persona sin enfermedad renal es de 80 a 120 ml/min.



¿A partir de que cifra de la depuración se dice que existe enfermedad Renal?

Cuando la depuración es menor a 80 ml/min ya se dice que existe enfermedad renal crónica. Cuando la depuración es de 50 ml/min o menos ya se define a la enfermedad renal como Insuficiencia Renal ya que el riñón en este momento ha perdido una importante capacidad de eliminar tóxicos y líquidos.

Cuando la depuración es igual o menor a 10 ml/min se dice que el paciente ya tiene una Insuficiencia Renal Crónica Terminal y requiere de diálisis.

Los síntomas más frecuentes en la IRC son:

La enfermedad renal crónica es indolora hasta que el paciente se encuentra con estadios muy avanzados. En muchas ocasiones se descubre casualmente en un análisis de rutina ya sea de sangre o de orina.

Solo cuando la Insuficiencia Renal está muy avanzada el paciente se queja de pérdida de fuerzas, poco apetito,

náuseas frecuentes que en muchas ocasiones terminan en vómitos, calambres, orinas frecuentes por la noche, escozor generalizado. Todas estas manifestaciones son secundarias a la anemia propia de esta enfermedad y a la incapacidad del riñón de eliminar sustancias de desecho, por lo tanto se consideran manifestaciones de la sobrecarga de toxinas urémicas.

Si analizamos bien estos síntomas, introducen al paciente en un círculo vicioso de donde solo puede salir con una adecuada terapia de sustitución de la función renal (Diálisis).



El gran problema se da cuando los pacientes debutan con un cuadro severo, entre los cuales destacan: arritmias cardíacas, sangrados digestivos, pérdida de la conciencia (coma), hemorragia cerebral, entre otros.

¿Cuándo se diagnóstica la IRC están afectados ambos riñones?

Esta es probablemente la pregunta más frecuente que los pacientes y sus familiares hacen al médico. Es importante decir que una persona puede vivir perfectamente con un solo riñón, es el caso de los pacientes que han donado un riñón. Por lo tanto es importante aclarar que si existen datos de insuficiencia renal tanto al examen físico como en los análisis siempre están afectados los dos riñones.

¿Por qué existe Anemia en la Insuficiencia Renal Crónica?

Prácticamente todo paciente con insuficiencia Renal Crónica siempre tiene anemia, debido a que no se forma eritropoyetina (hormona formada en los riñones y que en la médula ósea es vital para la formación de glóbulos rojos).

Pero existen otros mecanismos más que explican la anemia de los enfermos renales: La menor ingesta de alimentos por la falta de apetito, desnutrición de diferentes grados en el que se encuentran estos pacientes. Pero también los pacientes urémicos tienen pérdidas ocultas de sangre principalmente por tubo digestivo. La disminución de la vida media de los glóbulos rojos de 120 días (normal) disminuye hasta alrededor de 70 a 80 días en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, probablemente por enfermedad microvascular propias de la Diabetes Mellitas y la Hipertensión arterial.

Por todo lo anterior es necesario que el paciente entienda que para el tratamiento de la anemia del enfermo renal, es imprescindible la eritropoyetina y los suplementos de hierro.

¿Por qué se habla de enfermedad ósea en la IRC?

Porque existe déficit de la vitamina D, que es la encargada de reabsorber el calcio y el fósforo de la dieta. Al no existir vitamina D o existir en cantidades muy pequeñas el calcio que se absorbe es bajo y por lo tanto el calcio en el plasma también baja. Es entonces cuando

la glándula paratiroides libera más cantidad de hormona paratifoidea que tiene la función de aumentar el calcio del plasma y saca mucha cantidad de calcio del hueso. Es por esta razón que los huesos se descalcifican conduciendo a una enfermedad llamada: osteítis fibrosa, osteomalacia también conocida en los niños como Raquitismo.

¿Qué es el potasio y porque esta alto en la IRC?

El potasio es un electrolito que tiene la finalidad de contribuir a la contracción de todos los músculos del cuerpo, por lo tanto si este aumenta se pueden dar fenómenos de arritmias cardiacas ya que el corazón es un músculo.

En la IRC el potasio no se puede eliminar por el riñón, esto es riesgoso porque el paciente puede presentar una arritmia cardiaca que en ocasiones puede ser fatal. Por esta razón es el médico quien tiene que pedir rutinariamente en estos pacientes una medición del potasio del plasma.

Por este motivo es necesaria una dieta estricta baja en potasio. Existen varios medicamentos que pueden bajar las cifras de potasio plasmático, pero la mayoría de estos se tienen que dar en Hospital. *Una medida eficaz para bajar el potasio es la diálisis.*

¿Cuáles son los grados de la IRC?

La IRC se divide en los siguientes grados:

- Depuración de creatinina entre 50 y 80 ml/min: Grado I

- Depuración de creatinina entre 30 y 50 ml/min: Grado II
- Depuración de creatinina entre 10 y 30 ml/min: Grado III
- Depuración de creatinina menor a 10 ml/min: Grado IV o etapa terminal.

¿A qué se llama etapa de pre-diálisis?

Esta etapa es aquella en la cual el paciente tiene insuficiencia Renal Crónica con un grado de IRC de II a III, en la cual ya necesita medicación específica para la IRC.

Las causas más frecuentes de IRC

1. Diabetes Mellitus: 33 %
2. Hipertensión Arterial: 24%
3. Urológicas: 9 %
4. Glomerulopatías: 8 %
5. Congénitas: 6.0%
6. Causa desconocida 5%
7. Otras causas como las infecciones urinarias crónicas, enfermedades sistémicas como el Lupus Eritematoso, Esclerodermia, Artritis Reumatoide, Síndrome. de Sjogren, Abuso de analgésicos, entre otros, completan el 15% restante.
8. La tuberculosis renal constituye en nuestro país una causa también importante de IRC, aunque no tenemos un porcentaje exacto de la misma.

Tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal

El tratamiento de la IRC se divide en dos grandes grupos:

1.- Tratamiento sintomático: Dieta, tratamiento de la osteodistrofia Renal, Anemia, Hipertensión Arterial, Sobrecarga de líquidos, alteraciones de los electrolitos sobre todo del sodio, potasio, calcio y fósforo.

2.- Tratamiento específico:

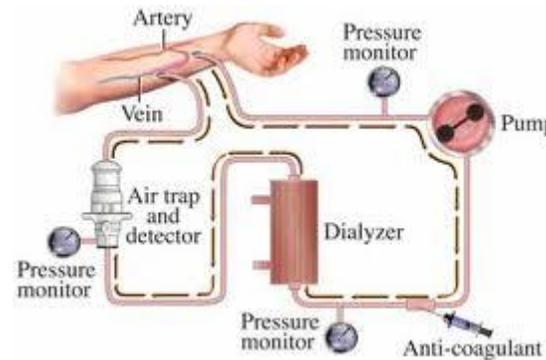
Hemodiálisis

En el proceso de hemodiálisis, 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.

A semejanza de los riñones sanos, la diálisis permite:

- Eliminar las sustancias tóxicas, la sal y el agua en exceso del organismo;
- Mantener el nivel adecuado de ciertas sustancias químicas en la sangre.
- Contribuye a controlar la presión sanguínea

Para poder llevar la sangre al dializador, es necesario establecer un **acceso vascular** o entrada a los vasos



sanguíneos, para lo cual es necesaria una intervención local de cirugía menor, generalmente en el antebrazo, por su mayor accesibilidad y

facilidad de manipulación en la diálisis.

Existen tres posibilidades:

- La más habitual es **la realización de una fístula**, uniendo una vena y una arteria del antebrazo. Es el método más seguro, que dura más tiempo y tiene menos complicaciones.
- Cuando no es posible realizar la fístula con los vasos del propio paciente, se implanta un injerto, un vaso artificial que une la arteria y vena del paciente.
- La tercera posibilidad, temporal, es la utilización de catéteres externos, pero presentan mayor riesgo de complicaciones (trombosis, infecciones), por lo que tienen carácter transitorio, cuando la diálisis se debe a un cuadro de insuficiencia renal aguda que se prevé pasajero, o mientras se forma la fístula

En general, los tratamientos de hemodiálisis duran unas cuatro horas, y se realizan tres veces por

semana. El tiempo necesario para cada sesión de diálisis depende de:

- El grado de funcionamiento de los riñones del paciente.
- De la cantidad de líquido retenido entre una sesión y otra.
- El peso, estado físico y situación de salud del paciente.
- El tipo de riñón artificial que se utiliza.

Este tratamiento se lleva a cabo en un centro hospitalario.

Diálisis Peritoneal

Método muy extendido en México que consiste en introducir una solución en la cavidad peritoneal, lo que promueve el paso de productos de desecho del organismo hacia la solución, la cual es drenada varias veces al día para que se produzca un intercambio de moléculas intoxicadas que circulan por el flujo sanguíneo, por el líquido que previamente hemos introducido al peritoneo.



CATÉTER PERITONEAL

Para este propósito se crea un acceso a esta cavidad peritoneal por medio de un tubo delgado de plástico blando que se inserta en la cavidad abdominal cerca del ombligo y

se fija a la pared exterior del vientre. A este tubo o sonda se le conoce como catéter peritoneal. A través de este tubo se infunde la solución de diálisis peritoneal.

El tipo de solución de diálisis, así como, los cambios que se realizan dependerán de las necesidades de cada paciente.

Un ciclo típico de diálisis peritoneal consiste en:

Infusión (llenado). Introducir en la cavidad peritoneal el dializante por medio de un catéter fijo (menos de 10 min.)

Permanencia. Periodo de tiempo en el cual el dializante permanece dentro de la cavidad peritoneal para que se realice el intercambio o diálisis de sustancias. (Para una diálisis peritoneal continua ambulatoria, la duración es de 4 a 6 horas de acuerdo a prescripción del nefrólogo).

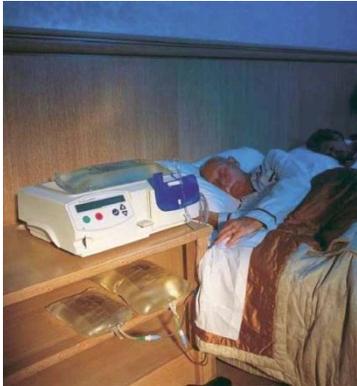
El tipo de diálisis peritoneal puede ser:

Diálisis peritoneal Continua ambulatoria (DPCA)

Es el tipo de terapia de DP más comúnmente usada. En la DPCA, el paciente ingresa el dializante en el abdomen mediante un catéter permanente; este líquido permanecerá en la cavidad peritoneal durante varias horas. Este proceso se realiza de tres a cuatro veces al día y una vez antes de acostarse, durante los siete días de la semana, con una duración aproximada de 30 minutos.

Después del último cambio en la noche, el dializante permanece en la cavidad peritoneal durante toda la noche.

El paciente realiza la técnica en su domicilio y se autocontrola, por lo que solamente acudirá a su centro



hospitalario en caso de complicaciones o bien para realizar los cambios de equipo y controles rutinarios.

Diálisis peritoneal automatizada (DPA).

También se conoce con el nombre de Diálisis continua ciclada. En este tipo de diálisis se utiliza un dispositivo

médico llamado unidad de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), el cual es un equipo cuya función principal es suministrar el dializante al peritoneo a la temperatura adecuada y manejar los ciclos de drenado y permanencia del mismo por la noche mientras el paciente duerme.

El Trasplante Renal

Un trasplante de riñón consiste en recibir un órgano de un donador vivo o cadavérico; posteriormente al trasplante, el paciente deberá tomar una serie de medicamentos para que el órgano trasplantado no sea rechazado.

Existen dos tipos de donadores de Riñón.

- 1. De un donador vivo emparentado o no.**
- 2. De un donador cadavérico**

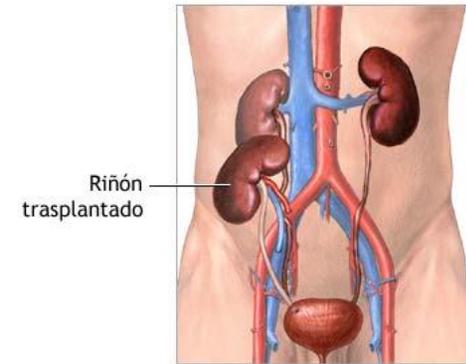
La espera de un riñón cadavérico es variable pero en general es mayor a uno o dos años, durante este tiempo, el paciente debe permanecer en un programa de diálisis

hasta que llegue un donador compatible con el paciente. La espera en diálisis permite seleccionar un donador compatible con el paciente.

Prevención de la Insuficiencia Renal

La insuficiencia Renal se puede prevenir o evitar su progresión mediante:

- 1.- Chequeos médicos periódicos y rutinarios, todas las personas deberían realizarse un chequeo médico cada dos años entre los 20 y 40 años, y anualmente después de esta edad.



Lamentablemente en Bolivia por muchos factores (social, cultural, económico, etc.) la gente no tiene la costumbre de acudir al médico y menos de hacerse exámenes con cierta rutina.

Estos chequeos deben incluir además de un examen físico completo y toma de presión arterial la determinación de: Glicemia (azúcar en la sangre), urea, creatinina, ácido úrico, electrolitos: sodio, potasio, calcio, fósforo, examen general de orina. Además de todas las demás pruebas que el médico considere convenientes.

2.- Acudir al médico si:

- Orina con sangre
- Se detecta aumento de la presión arterial
- Cálculos en riñón
- Infecciones urinarias recurrentes
- Anemia (palidez) importante
- Otras molestias crónicas.

3.- Controles periódicos estrictos en caso de haberse diagnosticado la IRC para:

- Control de la hipertensión arterial
- Control de la glicemia
- Evitar abuso de analgésicos y otros medicamentos. Siempre se debe consultar al nefrólogo sobre cualquier medicamento o procedimiento
- Tratamiento de las enfermedades renales
- Corrección oportuna de la obstrucción de las vías urinarias

Dieta especial para paciente renal

La dieta aconsejada para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se denomina para nefropata.

La dieta del enfermo renal se basa en los siguientes principios:

- 1.- Debe tener bajo contenido de sal o nada de sal.
- 2.- Debe tener bajo contenido de potasio
- 3.- Debe tener bajo contenido de fósforo
- 4.- Debe tener alto contenido de calcio

5.- Debe ser baja en proteínas si es que el paciente no está en diálisis. Y por el contrario debe ser hiperproteica (alta en proteínas) los pacientes en diálisis.

¿La dieta en la IRC es la misma para todos los enfermos?

NO, con ayuda del médico y de las enfermeras que ayudaran y orientaran al paciente respecto a la dieta, se establecerá una dieta basada en los principios generales pero a la vez individualizada al paciente, o sea, tomando en cuenta diferentes aspectos como la edad, presencia o no de obesidad, grado de catabolismo (presencia de infecciones, enfermedades sistémicas, etc.), tipo y duración de la DIÁLISIS, tipo de enfermedad renal que condujo al paciente al estado de IRC, presencia o no de función renal residual.



¿Qué son las proteínas y cuál es su función?

Las proteínas son compuestos químicos formados por diferentes combinaciones de aminoácidos y forman parte esencial de la estructura de todas las células vivas, siendo la principal fuente para la formación de músculos, sangre, piel, uñas, pelos y órganos internos.

Se han identificado 22 aminoácidos de los cuales el organismo es capaz de sintetizar 14. Los 8 restantes llamados esenciales deben necesariamente ingerirse con la dieta.

Las funciones más importantes además de constituir el elemento fundamental de las células vivas son: Formación de hormonas, enzimas y anticuerpos, y, son fuente fundamental de calor y energía.

¿Por qué el médico restringe las proteínas a los pacientes con IRC?

Lo hace porque todas las proteínas que ingresan al organismo por la dieta sufren una serie de cambios (llamado metabolismo) donde se forman sustancias de desecho (urea) que normalmente se eliminan por el riñón, cosa que no pasa en los pacientes con IRC, donde la capacidad de excretar sustancias de desecho está dañada. Por lo tanto una dieta con excesiva cantidad de proteínas puede ser perjudicial en estos pacientes porque aumenta la urea del organismo.

*Es importante hacer notar en este punto que la dieta debe ser baja en proteínas en la etapa de prediálisis, pero, la dieta de los enfermos con **IRC** que están sometidos a una técnica de diálisis debe ser por el contrario alta.*

¿Qué cantidad de proteínas se recomienda a los pacientes con IRC?

La cantidad de proteínas recomendadas es de 0,8 gr. por Kilogramo de peso de proteínas por día en los pacientes en etapa de pre-diálisis.

En los pacientes en hemodiálisis debe ser de 1,2 a 1,5 gr. por cada kilogramo de peso y en los pacientes en diálisis peritoneal (técnica en la que el paciente pierde más proteínas debe estar aproximadamente en 1,5 gr. Por kilogramo de peso al día, aunque muchos nefrólogos recomiendan que la dieta en un programa de diálisis peritoneal bien llevado no debería restringirse.

¿Cuál debería ser el consumo diario de potasio?

El potasio se encuentra en prácticamente todos los alimentos. Pero hay algunos alimentos que son muy ricos en potasio y por esta razón se deben prohibir en los pacientes con IRC. Las normas nos indican que la dieta que consume el paciente renal debe tener aproximadamente 2 gramos de potasio por día.

¿Qué alimentos ricos en potasio son los que debe evitar un paciente y que recomendaciones deben tener una dieta pobre en potasio?

Como normas generales a un paciente que debe consumir una dieta baja en potasio se le indica:

- No consumir fruta fresca sobre todo plátano, uva, durazno, melón y kiwi; así mismo es muy importante recalcar que los jugos y zumos de fruta tienen cantidades muy grandes de potasio por lo que están totalmente prohibidas. Se puede hacer una excepción con frutas que tiene poco potasio

como la pera, sandía, piña y la manzana, pero siempre recomendando que máximo se debe comer una pieza de fruta por al día.

- NO comer frutos secos de cualquier naturaleza como por ejemplo: Nueces, almendras, castañas, pasas, dátiles, maní, entre otros.
- No debe comer el paciente verduras crudas, pero si pueden formar parte de la dieta del paciente renal cualquier verdura siempre y cuando estén cocidas.
- NO se puede comer ningún tipo de Chocolate

¿Qué es el fósforo y porque es peligroso en la Insuficiencia Renal?

El fósforo es un mineral que en el organismo junto con el calcio forma parte de los huesos. El exceso de fósforo que consumimos con la dieta (principalmente lácteos) normalmente se elimina por el riñón, pero en la insuficiencia crónica no puede eliminarse. Las alteraciones de los niveles de fósforo y calcio en el organismo dan lugar a la producción de calcificaciones en tejidos blandos, que normalmente no deberían producirse.

Lo más importante para el paciente en este caso es la determinación de niveles de calcio y de fósforo solicitados y evaluados por el médico y que no todos los pacientes con enfermedad renal van a tener cifras elevadas de estos minerales. Por lo tanto la dieta y la medicación que permita disminuir los niveles de fósforo se adecuarán a cada paciente.

¿Qué alimentos contienen fósforo?

En general existe gran cantidad de este mineral en todos los lácteos y derivados de los mismos como ser: leche fresca, aunque tiene más cantidad la leche en polvo, leche condensada, yogur, quesos en general, legumbres como las habas, lentejas, porotos, frutos secos como las almendras, yema de huevo, y algunas carnes como la del pavo y pato.

¿Por qué el AGUA en la IRC puede ser peligrosa?

En muchos libros de nutrición y de medicina en general está escrito que el agua es vida, y es cierto, es el principal elemento que compone nuestro organismo, siendo que aproximadamente un 70% de este está compuesto de agua.

Sin embargo en los enfermos renales el agua puede convertirse en un agente nocivo debido a la falta de excreción de este elemento por los riñones enfermos. Es por esta razón que un exceso de agua en la dieta del paciente renal le va a provocar sobrecarga de volumen con las consiguientes complicaciones como la presencia de edemas (hinchazón) en todo el organismo sobre todo en piernas, dificultad respiratoria por acumulación de agua en los pulmones y la insuficiencia cardiaca por incapacidad del corazón para manejar esta sobrecarga de líquidos.

Por lo tanto en los pacientes que tienen problemas de sobrecarga de líquidos a cualquier nivel deben beber poco líquido y comer con muy poca sal o sin ella ya que el agua acompaña y se reabsorbe con el sodio

¿Cómo puede saber un paciente renal cuanto de líquidos puede beber en un día?

Como regla general para que un paciente renal (este o no en tratamiento con diálisis) no se hinche puede beber la misma cantidad de líquido que orina más 500cc (medio litro), es decir medio litro más de lo que orina, porque este medio litro lo perdemos todas las personas diariamente mediante la respiración y la transpiración. Por lo tanto un paciente que no presenta nada de orina debe beber como máximo medio litro al día.

Es importante decir que cuando se refiere a líquidos, se está hablando de cualquier alimento que se tome con cuchara, vale decir, agua, café, té, yogur, sopa, gaseosas, etc., etc.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante tener un adecuado control médico y una dieta designada por un especialista como el nutriólogo.

Dentro de los aspectos psicológicos

Es importante tener el apoyo de la familia, amigos; de manera que el paciente que se encuentra en la etapa de detección de la Insuficiencia Renal, no se sienta solo, y pueda afrontar el diagnostico de una Insuficiencia Renal Crónica (IRC) de la mejor manera.

Aunado con el equipo médico, el cual es necesario sea multidisciplinario, es decir compuesto por el Médico internista, Nutriólogo y Psicólogo proporcionando una orientación clara y oportuna acerca del padecimiento

IRC; brindando confianza y cubriendo todas sus dudas, el paciente obtendrá herramientas que le permitirán hacerle frente a esta nueva situación de vida.

El Médico Internista, elaborara un diagnostico físico mediante exámenes de laboratorio, un tratamiento farmacológico y una evaluación subsecuente, hasta corroborar una IRC.

El Nutriólogo, realizara un plan dietético para controlar el exceso de toxinas existentes en el organismo que son detectadas por el médico, de esta forma se tendrá una dieta personalizada de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.

El Psicólogo, como parte fundamental de este proceso tiene el papel de evaluar al paciente y brindar las estrategias necesarias para hacerle frente a esta nueva etapa la cual es particularmente confusa, llena de incertidumbre, miedo y muy difícil de enfrentar, la tendencia de estos pacientes hacia estados depresivos es muy notoria; lo cual debe ser revisado por el psicólogo.

2 MANUAL PARA PACIENTES/FAMILIA EN PRE-TRASPLANTE (DIÁLISIS)

Este manual esta creado para las personas que se encuentran en DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)

La diálisis, es responsable de eliminar los productos de desecho y el exceso de líquidos de su sangre. Diálisis, medicamentos y hábitos alimenticios saludables, trabajan juntos para ayudarle a reemplazar parte la función de los riñones.

¿Cómo se lleva a cabo la diálisis?

En diálisis peritoneal, un líquido especial llamado dializante fluye hacia su cavidad peritoneal a través de un catéter. El dializante en su cavidad peritoneal trabaja 24 horas al día, 7 días a la semana, para eliminar los productos de desecho y el exceso de líquido de su sangre.

La Diálisis Peritoneal utiliza su cavidad peritoneal para filtrar y limpiar su sangre. Su cavidad peritoneal tiene un buen suministro de sangre. Toda la sangre que suministra su cuerpo pasa a través de los vasos sanguíneos alrededor de la cavidad peritoneal en el transcurso del día. Con el paso del tiempo, eventualmente toda su sangre logra ser limpiada.

El líquido de diálisis saca lentamente los productos de desecho y el exceso de agua de la sangre hacia el líquido de diálisis que luego es drenado fuera.

Los lentos procesos de remoción de los productos de desecho y exceso de agua hacia fuera del torrente sanguíneo son llamados difusión y ósmosis.

Entre más azúcar se utilice en la bolsa de dializante, más agua será sacada de la sangre. (Por lo anterior usted utiliza una bolsa de alta concentración como la de 4.25% si usted tiene sobrecarga de líquidos).

Después de aproximadamente 4 a 6 horas, el agua deja de salir desde la sangre a la cavidad peritoneal y empieza a devolverse hacia la sangre. Esto no es bueno para su cuerpo porque mantendrá demasiada agua dentro de él. Por lo tanto usted necesita cambiar la solución después de aproximadamente 4 a 6 horas durante el día y no dejarla por más 9 horas en la noche.

La diálisis peritoneal implica hacer recambios todos los días. En cada recambio, usted saca el líquido viejo de diálisis de su cavidad peritoneal y lo reemplaza por uno nuevo. En otras palabras, usted está intercambiando el líquido viejo por un líquido nuevo. Usted aprenderá a cómo realizar los recambios usted mismo.

Un recambio consta de varios pasos:

I. DRENAJE

Esto significa permitir que el líquido de diálisis que está dentro de su cavidad peritoneal salga a través de su

catéter. El líquido ha estado en su cavidad peritoneal, limpiando su sangre, durante aproximadamente 4 a 6 horas. Su enfermera le mostrará cómo drenarlo. El drenaje normalmente le toma 10 a 20 minutos.

II. INFUSION

Esto significa llenar un nuevo líquido en su cavidad peritoneal, toma alrededor de 10 minutos. Después de que usted lo ha infundido, usted puede continuar con sus actividades diarias.

III. PERMANENCIA

Esto significa permitir que el líquido esté dentro de su cavidad peritoneal limpiando continuamente su sangre. La diálisis funciona durante éste tiempo de permanencia. Usted mantendrá el líquido dentro de su cavidad peritoneal por aproximadamente 4 a 6 horas antes de que realice otro recambio. Al principio usted puede sentir el líquido dentro de usted. Eventualmente puede sentir su cuerpo apretado.

Usted puede hacer los recambios en casa, en el trabajo o en otros lugares que usted visite. Cada recambio toma alrededor de 30 minutos.

Los pacientes que se hacen 4 recambios de diálisis peritoneal al día pueden seguir uno de los siguientes esquemas:

a. Para alguien en casa:

8 a.m.

12 medio día

6 p.m.

12 media noche

b. Para alguien que trabaja:

6 a.m.

12 medio día (cambio de bolsa + almuerzo)

6 p.m.

10 p.m.

c. Para alguien que sale a cenar fuera:

6:30 a.m.

2:30 p.m.

4:30 p.m.

10:30 p.m.

No es necesaria una estricta adherencia a la hora fijada siempre y cuando usted distribuya sus recambios uniformemente tanto como sea posible durante las 24 horas. Nosotros le recomendamos un tiempo máximo de demora de 9 horas.

Estas cosas DEBEN PERMANECER estériles:

- El líquido de diálisis
- Los tubos cortos que salen de la bolsa (“puertos de medicación”)
- Cada extremo de los tubos
- Los interiores de los tubos
- La punta de su catéter (es decir el “equipo de transferencia” o el “adaptador del catéter”)
- Cualquier aguja que utilice para adicionar medicamentos a la solución de diálisis

Los 3 sitios por los cuales más probablemente los gérmenes entran a la cavidad peritoneal son:

1. Tubos de diálisis.

2. Equipo de transferencia / adaptador del catéter.
3. Sitio de salida del catéter.

Los gérmenes pueden multiplicarse muy rápidamente y son peligrosos porque pueden causar infección. Les gusta crecer en lugares calurosos y húmedos como la cavidad peritoneal. La “*peritonitis*” es una infección dentro de su cavidad peritoneal. Ésta puede interferir con su diálisis.

1. LAVE SUS MANOS CUIDADOSAMENTE.

Lavar bien sus manos durante dos minutos antes de cada recambio es MUY IMPORTANTE para prevenir infecciones.

Recuerde que aunque sus manos estén muy limpias, ellas nunca están estériles o completamente libres de gérmenes. El lavado de manos logra eliminar algunos gérmenes, pero no todos.

Durante el procedimiento de recambio, si usted toca o estornuda en el equipo estéril, usted lo habrá contaminado con gérmenes.

Usted debe parar, desecharlo y comenzar de nuevo.

Éste no está estéril aunque parece limpio.

Póngase una mascarilla nueva antes de lavarse las manos para cada recambio. Asegúrese que tanto su nariz y boca estén cubiertas por la mascarilla.

Quítese su reloj, brazaletes o anillos y córtese las uñas largas.

Usted mismo y su ropa deben mantenerse limpios. Esto reducirá el número de gérmenes en su piel y alrededor de su catéter.

Ducharse (no un baño de tina) es el método de mantenerse limpio teniendo un catéter de diálisis peritoneal. Mantener su cuerpo y el sitio de salida del catéter limpio es importante.

Mantenga limpio, seco y bien iluminado, el sitio en donde usted hace sus recambios. Utilice una superficie de trabajo limpia, plana y lo suficientemente grande para sus suministros. Una superficie de un mostrador o mesa en la que no permita mascotas en el área mientras usted hace su diálisis o en el cuarto en donde usted guarda su equipo.

Cierre la puerta del cuarto cuando usted esté haciendo un recambio. Evite distracciones que puedan causar que usted accidentalmente cometa un error o contamine sus tubos. Ponga atención en lo que usted está haciendo cada momento y durante todo el tiempo de un recambio.

Si usted está descuidado, usted puede contaminarse.

El lavado hace que sus antebrazos y manos estén limpios pero no estériles. Nunca se engañe con el tiempo de lavado requerido para lavarse porque esto puede llevar a infecciones.

Lave sus manos durante dos minutos.

1. Use una mascarilla cubriendo su nariz y boca.
2. Quítese el reloj, todos los anillos y pulseras.
3. Ajuste el grifo del agua en un término caliente.
4. Remoje sus manos. Cúbralas generosamente con espuma usando su propia barra de jabón.

5. Lave la yema de sus dedos, arriba y entre sus dedos, el dorso, la palma y la muñeca de cada mano.
6. Sostenga sus manos levantadas, permita que la corriente de agua le enjuague el jabón. Enjuague bien.

Séquese con una toalla de papel limpio.

8. Cierre el grifo usando la toalla de papel cuando sus manos estén limpias.

Ahora sus manos ESTAN LIMPIAS, *NO ESTERILES*.

No ponga la bolsa en agua caliente porque los gérmenes pueden encontrarse en el agua caliente. Siempre utilice calor seco como una almohadilla calorífica. Usted debe practicar el calentado de las bolsas con la enfermera para que usted aprenda cómo deben ser calentadas. Usted mismo puede dañarlas si el líquido está demasiado caliente. **NO USE** un horno microondas para calentar su bolsa de diálisis - es muy fácil cicatrizar y dañar su membrana peritoneal usando bolsas de diálisis peritoneal sobrecalentadas.

Recuerde, no elimine recambios, por el contrario, adecue los tiempos de sus recambios.

Con el tiempo, usted puede notar disminución en la cantidad de orina que produce. Esto ocurre porque su enfermedad renal progresa y sus riñones pierden gradualmente la habilidad de producir orina. Cuando esto ocurre, usted puede necesitar aumentar el volumen o el número de recambios. Para determinar si usted está logrando suficiente diálisis, usted necesita traer al control clínico una recolección de orina 24 h cada tres meses.

La meta de decidir cuándo hacer sus recambios es colocarlos alrededor de su estilo de vida, no su estilo de vida alrededor de sus recambios.

Recuerde, su diálisis es para vivir, no vivir para la diálisis.

COMO DESECHAR APROPIADAMENTE LOS LIQUIDOS

DE CAPD DRENADOS Y LAS MANGUERAS USADAS?
Para disponer de sus líquidos usados de diálisis, corte cuidadosamente la bolsa y vacíe el líquido en el sanitario. Ponga las mangueras usadas y las bolsas vacías, en una bolsa plástica verde o negra de basura, con el resto de la basura. Un buen lavado de manos es importante después de drenar las bolsas usadas.

En esta forma de *Diálisis Peritoneal Automatizada*. DPA utiliza una máquina para realizar sus recambios todas las noches mientras usted duerme.

(A ésta terapia a veces nosotros la llamamos CCPD, que significa *Diálisis Peritoneal Cíclica Continua*; o NIPD - *Diálisis Peritoneal Intermitente Nocturna*). Después de que usted la programó, la máquina calentará automáticamente la solución, llena su cavidad peritoneal con la cantidad indicada de solución, permite que la solución permanezca en su cavidad peritoneal por el tiempo necesario y luego drena la solución. Usted tendrá en forma repetitiva un ciclo de llenado, permanencia y drenaje varias veces en la noche durante un periodo de 8 a 10 horas. Esto pasa durante el tiempo en que usted está durmiendo.

Usted aprenderá a programar su cicladora para que le dé el tratamiento que el médico le ha prescrito.

En DPA, la mayoría de los recambios que usted necesita se hacen durante la noche. Antes de que usted se levante en la mañana, la mayoría de pacientes terminan con el ciclo de llenado en ellos, teniendo algo de solución en su cavidad peritoneal que mantendrán durante todo el día. Esto se llama “*día húmedo*” (CCPD). Algunos pacientes también pueden hacer un recambio durante el día. Esto se llama “CCPD mejorada”. Algunos pacientes terminan en ciclo de drenaje y la cavidad peritoneal permanece completamente vacía todo el día. Esto se llama “*día seco*” (NIPD).

El CICLADOR funciona con una toma corriente de tres líneas con salida para línea a tierra es requerido para instalar el ciclador en su casa. Cuando usted esté en entrenamiento, su enfermera le facilitará un tester para que verifique la salida a tierra.

La máquina que usted usará es llamada ciclador porque “*cicla*” automáticamente el líquido hacia adentro y fuera de su cavidad peritoneal. En DPA, usted tiene que programar la máquina y conectar el conjunto de mangueras a su equipo de transferencia o adaptador del catéter antes de acostarse. La máquina hace sus recambios durante la noche. Cuando se levante desconéctese del conjunto de mangueras.

Programar el ciclador implica cargar la máquina con las bolsas de solución y un equipo desechable para el ciclado. Este equipo especial de ciclado tiene mangueras que llevan la solución desde las bolsas y desde su cavidad peritoneal.

COMO DESECHAR APROPIADAMENTE LOS LIQUIDOS DE DPA DRENADOS Y LAS MANGUERAS USADAS.

Una extensión de la línea de drenaje debe ser conectada al tubo de drenaje del ciclador para drenar el líquido de diálisis usado. El líquido debe ser vaciado en el sanitario o bañera.

Para desechar su líquido de diálisis no utilizado, corte cuidadosamente la bolsa y vacíe el líquido en el sanitario. Ponga con el resto de la basura, las bolsas vacías y mangueras usadas empacadas en una bolsa plástica de basura verde o negra. Un buen lavado de manos es importante después de desechar las bolsas y mangueras usadas.

PÓNGALE ATENCION A SU PESO

1. *El Peso seco* es el peso en el cual usted se siente bien y no tiene ningún exceso de líquido en su cuerpo. Su presión arterial estará dentro de su rango normal. Usted no estará corto de respiración.

Usted no tendrá ninguna hinchazón en sus tobillos. La enfermera y el médico le ayudarán a determinar su peso seco.

El peso seco implica las partes sólidas de su cuerpo como huesos, músculos y grasa, más, la parte líquida de su cuerpo, como la sangre. Su peso seco debe permanecer todos los días alrededor del mismo valor.

2. *Peso Ideal* para referirnos a su peso seco más el líquido de diálisis que usted lleva dentro. Nosotros lo

utilizamos porque es más fácil pesarse usted mismo con el líquido dentro.

Peso Ideal = Peso seco + Líquido de Diálisis

El peso ideal es aquel que usted buscara con su tratamiento de diálisis. Entre más cerca esté usted de éste peso, mejor se sentirá y será más fácil el trabajo para su corazón.

Una vez en diálisis, usted puede sentirse mejor, comer más y ganar peso corporal. Éste peso corporal adicional significa que su peso seco se ha aumentado y en este momento la enfermera o el médico necesitarán ajustar su peso ideal.

3. *Peso diario*

Para permanecer en su peso ideal, usted mismo debe pesarse todos los días. Intente pesarse a la misma hora todos los días, con ropa de peso similar. Usted debe registrar su peso para determinar cuando éste ha cambiado.

4. COMO EVALUAR SU PESO

I. Coloque su balanza en una sólida superficie, nivelada - NO SOBRE UN TAPETE O ALFOMBRA.

II. Retorne los dos controles de peso a 0 (cero). Verifique que la balanza esté equilibrada. La flecha debe reposar en el centro si está equilibrada; de lo contrario, gire el tornillo del lado izquierdo de la balanza para equilibrarla.

III. Párese recto sobre plataforma de la balanza sin tocar cosas diferentes a los indicadores de peso.

IV. Deslice los indicadores de peso a un peso menor cercano al suyo (20, 40, 60, etc.).

V. Deslícelos a un peso mayor hasta que la flecha se equilibre en el medio.

VI. Ahora usted puede leer su peso adicionando el número menor al número mayor.

COMO PUEDE ESTABILIZAR SUS LIQUIDOS?

BUSQUE EDEMA EN LA PIEL

Buscar edema en la piel es una forma de monitorizar su balance de líquidos. Cuando el líquido aumenta dentro de usted, éste se mueve desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos debajo de su piel. Ésta condición es llamada “*edema*”. Usted observará más frecuentemente edema en la piel alrededor sus tobillos, ojos y dedos.

PONGALE ATENCION A SUS BEBIDAS

Cuando usted empieza diálisis peritoneal, nosotros podemos recomendarle una cantidad de líquido que usted puede tomar cada día. Ésta cantidad puede cambiar en el tiempo según su peso, prescripción de diálisis y función renal residual remanente.

No olvide que algunas clases de alimentos contienen líquido.

Éstos son las frutas, pudines, leche batida, cereales con leche y sopas. Si usted necesita reducir su ingesta de líquidos, no olvide limitar éste tipo de comidas.

Usted se acostumbrará a reconocer cuando necesita tomar más o menos líquido. Usted aprenderá a

determinar cuánto líquido puede tomar dependiendo de su peso, la solución que utiliza y su presión arterial.

USO DE RECAMBIOS CON SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL DP FUERTES

La diálisis peritoneal eliminará el exceso de líquido de su cuerpo ahora que sus riñones no son capaces de realizar el trabajo. Una solución con alta concentración de azúcar, como lo es la de 4.25%, eliminará más líquido de su cuerpo que una solución de 1.5%. Entre más azúcar (o dextrosa) en la bolsa, más líquido se elimina. Por lo tanto, cuando usted tiene demasiado peso líquido, utilizar una bolsa de 4.25% o 2.5% puede eliminar el exceso de líquido de su cuerpo. Usted aprenderá cuándo utilizar una solución fuerte.

Recuerde que una solución de 4.25% tiene más azúcar y por lo tanto más calorías. Para algunos pacientes utilizar demasiadas bolsas de 4.25% puede causar ganancia de peso algunas veces.

Usted también puede notar incremento en la sensación de sed.

PIENSE ANTES DE TOMAR LÍQUIDO!

El uso frecuente de soluciones de 4.25% puede dañar la membrana peritoneal.

EXAMINE SU PRESION ARTERIAL

Examinar su presión arterial es otra forma de controlar su balance de líquidos. Así como aumentan los líquidos en su cuerpo, éstos eventualmente se quedan en su torrente sanguíneo. Éste exceso de líquido en el torrente sanguíneo causa aumento de su presión arterial.

Para entender cómo pasa esto, imagine un tubo de agua con una pequeña corriente atravesándolo. La presión en el tubo será baja.

Cuando súbitamente llegue más agua al tubo, éste se llena y el agua no tendrá para donde desplazarse.

Esto significa que la presión de agua aumentará dentro del tubo.

Lo mismo pasa en sus vasos sanguíneos cuando usted tiene mucho líquido en su cuerpo. El líquido aumenta en sus vasos sanguíneos y la presión aumenta. Por lo tanto, su presión arterial aumenta. Nosotros también le llamamos “hipertensión” a la presión arterial aumentada. Usted puede aprender como tomar su propia presión arterial. La enfermera le enseñará cómo hacerlo.

CONTROLE SU INGESTA DE SAL

Así como sus riñones gradualmente dejan de trabajar, ellos pierden la habilidad de controlar el balance de sal en su cuerpo.

Si la sal en su dieta es demasiado alta, esto le produce demasiada sed. El exceso de líquido que usted tome se queda en su cuerpo y hacen que su peso y presión arterial aumenten.

Recuerde estas 6 FORMAS DE CONTROLAR SU BALANCE DE LIQUIDOS:

1. Ponga atención a su ingesta de líquidos.
2. Use bolsas de diálisis peritoneal fuertes.
3. Controle su ingesta de sal.
4. Examine su presión arterial.
5. Busque edema en la piel.
6. Póngale cuidado a su peso.

Usted puede escuchar el término “sobrecarga de líquidos”. Esto significa que usted tiene demasiado líquido en su cuerpo.

Algunos de los signos de sobrecarga de líquido en el cuerpo son: *peso aumentado*.

Edema de piel alrededor de los tobillos, ojos, dedos.

Presión arterial más alta de lo normal.

No lograr eliminar el exceso de líquido puede llevar a:

Sensación de respiración corta.

Si el exceso de líquido en su cuerpo aumenta demasiado, sus pulmones pueden llenarse de líquido. Esto producirá que usted se sienta corto de respiración o sea como si usted no pudiera tomar suficiente aire. Usted sentirá esto más por la noche cuando se acuesta. Si esto sucede, usted debe acudir al médico inmediatamente.

Si su cuerpo está continuamente sobrecargado de líquidos, esto puede llevar a:

Forzar el corazón.

Esto se debe a que el corazón bombea sangre alrededor del cuerpo. Cuando hay demasiado líquido en la sangre, el corazón tiene que trabajar más duro para bombear la sangre a través de los vasos. La sobrecarga de líquidos no es saludable.

Si usted observa signos de sobrecarga de líquidos, usted necesita utilizar una solución de diálisis más fuerte que la usual durante algunos recambios. Una solución fuerte como la de 4.25% o 2.5% eliminará más líquido. Esto puede aumentar la sensación de sed. Usted también debe limitar su ingesta de líquidos hasta que usted empiece a sentirse mejor.

Algunas veces usted puede tener muy poco líquido en su cuerpo y estar deshidratado. Esto puede suceder cuando usted está perdiendo más líquido del usual. Por ejemplo, si usted está sudando mucho, vomitando o tiene diarrea, usted puede estar perdiendo más líquido del usual y estar deshidratado.

Usted sabrá que tiene muy poco líquido si observa estos signos: *Sensación de vértigo*
(*Sobre todo al estar de pie*) *Presión arterial baja*
(*Sobre todo al estar de pie*). *Peso corporal más bajo de lo normal*

Si usted observa éstos signos de deshidratación, acuda en seguida al médico. Usted necesita tomar más líquidos, usar una solución de 0.5% y/o tomar un líquido salado como una bebida *rehidratante*. Ésta solución débil no eliminará líquido. Por el contrario, el líquido se mueve desde su cavidad peritoneal hacia su cuerpo. Si usted no está seguro acuda al médico.

Pero no se preocupe, pronto usted logrará el correcto balance !

Recuerde estas sugerencias:

Presión Arterial ↑ o peso ↑ o edema ↑: use solución de ↑% (2.5%, 4.25%)

Presión Arterial ↓ o peso ↓ o edema ↓: use solución de ↓% (0.5%, 1.5%)

Para ayudarle y para que el personal de diálisis logre seguimiento de su balance de líquidos, por favor complete el formato de Informe Diario del Paciente en

Diálisis Peritoneal ambulatoria (vea el Ejemplo Uno). Si usted es un paciente que tiene diabetes, por favor complete el formato de Informe Diario del Paciente Diabético en Diálisis Peritoneal Ambulatoria (vea el Ejemplo Dos).

Informe Diario del Paciente En Diálisis Peritoneal Ambulatoria

Sistema _____ *Bolsa Gemela* _____
Volumen de recambio _____ *2 litros* _____
Frecuencia del recambio _____ *4 veces/día* _____
Peso Ideal _____ *70kg* _____
Solución (# usado por día) _____
Fecha (D/M/A) _____
Peso Actual _____
Presión Arterial _____
Acostado _____
Presión Arterial _____
De Pie _____
Bolsa _____

Bolsa _____
% _____
1.5% 2.5% 4.25%
Comentarios/Problemas (expliqué) _____
Con el drenaje o sitio de salida _____
Visita al dentista, médico familiar _____
01/09/01 70.3 120/80 130/78 fibrina / heparina

Su peso ideal es 65 kg. Usted está con Bolsas Gemelas de 2.5L cuatro veces al día. El 1 de septiembre de 2001 a la 8:00 horas, su peso es de 66 kg; su presión arterial

acostado es 160/90; su presión arterial al ponerse de pie es 150/88; Azúcar en Sangre de 12.3. Usted ha seleccionado una bolsa de 2.5% y adicionará 10 unidades de Insulina Humulin R. El líquido drenado es claro. Usted observa que el sitio de salida está ligeramente rojo. Usted completa el informe de la siguiente manera:

Informe Diario del Paciente Diabético En Diálisis Peritoneal Ambulatoria

Sistema _____ *Bolsa Gemela* _____
Volumen de recambio _____ *2.5L/4 veces/día* _____
Peso Ideal _____ *65 kg* _____
Fecha Peso Actual _____
Presión Arterial _____
Acostado _____
Presión Arterial _____
De Pie _____
Bolsa _____

Bolsa _____
% _____
1.5% 2.5% 4.25%
Insulina (unidades) _____
Azúcar en Sangre _____
Comentarios/Problemas (explique) _____
Con el drenaje o sitio de salida _____
Visita al dentista, médico familiar _____
66.0 160/90 150/88 1 2.5 10 12.3 Sitio de salida rojo

Registre así la presión arterial:

120/80 120 = sistólica; 80 = diastólica

Cada vez que examine su presión arterial, hágalo primero acostado y luego de pie, para determinar si su presión arterial cae cuando cambia de posición.

1. Tome una posición comfortable con su brazo en reposo. El brazo en reposo debe estar sin ropa.
2. Encuentre su pulso. Usted puede hacerlo, colocando dos dedos en el lado interno de su codo hasta que pueda sentir su pulso latiendo.
3. Si usted es diestro, coloque el brazalete en su brazo izquierdo.

Si usted es izquierdo, colóquelo en su brazo derecho.

Enrolle el brazalete firmemente alrededor de su brazo, manteniendo la parte redonda del estetoscopio sobre el pliegue del codo dónde usted puede sentir el pulso.

4. Ponga las puntas del estetoscopio en sus oídos.
5. Cierre la válvula cerca al reloj de presión girando el tornillo.

Después de cerrar la válvula, utilizando su otro brazo empiece a apretar la bomba para enviar aire al brazalete. El brazalete empezará a sentirse un poco firme alrededor de su brazo.

6. Mire el reloj de presión. Cuando la lectura de presión esté por encima de 200, deje de apretar la bomba.

7. Ahora usted necesita hacer tres cosas al mismo tiempo:

- I. Gire despacio el tornillo de la bomba para abrir la válvula.

Esto liberará la presión de aire en el brazalete.

II. Manténgase observando el reloj de presión.

III. Escuche su pulso a través del estetoscopio.

Esto empezará a ser más fácil luego de practicar con la enfermera.

8. El primer sonido que usted escuche es la presión arterial sistólica. Lea el número en el reloj de presión. Ésta es su presión arterial sistólica.

9. Continúe girando lentamente el tornillo. Manténgase observando el reloj y escuche cuidadosamente hasta que no oiga el latido de su pulso. El último sonido que usted escucha es la presión arterial diastólica.

10. Escriba los dos números:

Presión sistólica (el primer sonido que usted escuchó) y Presión diastólica (el último sonido que usted escuchó).

11. La enfermera o el médico establecerán el límite de presión arterial normal para usted. Si su presión arterial está persistentemente menor o mayor de su rango usual. Su rango normal es _____

Una vez el catéter está en su lugar y está trabajando bien, éste estará allí permanentemente, tanto como cuanto usted necesite de diálisis. Usted debe cuidar bien de él, asegurarse de que funcione correctamente y de que no está infectado.

Para cuidar de su catéter, recuerde éstos cinco puntos:

1. **SIEMPRE LAVE SUS MANOS ANTES DE MANIPULAR SU CATETER.**

Recuerde que los gérmenes pueden lograr entrar a su cavidad peritoneal a través de su catéter.

2. **SIEMPRE PEGUE EL CATETER EN SU PIEL HACIA ABAJO.**

Ésta es una forma de evitar arrastrar y tensionar su catéter. La enfermera le mostrará cómo hacerlo seguramente y según su preferencia personal.

3. NO TIRE O RETUERZA SU CATÉTER.

Esto puede irritar o infectar el sitio de salida. Los gérmenes alrededor del sitio de salida pueden entrar en la cavidad peritoneal.

4. NUNCA USE TIJERAS EN LUGARES CERCANOS A SU CATÉTER.

Si usted accidentalmente corta su catéter, fácilmente usted puede introducir gérmenes en su cavidad peritoneal. Usted puede necesitar ir a cirugía si su catéter queda demasiado corto !.

5. LIMPIE EL SITIO DE SALIDA DE SU CATÉTER COMO LE INDICAMOS.

Limpie el sitio de salida al menos dos veces por semana. Usted debe limpiar el sitio de salida después de que sale de la ducha.

No tome baños de tina.

TÉCNICA DE DUCHA

1. Prepare el equipo:

Barra de jabón suave

Paño de cara

Toalla

Isodine

2 paquetes de gasa de 5x5 cm

Micropore

2. Lave sus manos durante dos minutos.

3. Sujete su equipo de transferencia o adaptador del catéter con cinta y/o FlexNet.

4. Retire el campo estéril del sitio de salida. Inspeccione el sitio de salida.

5. Dúchelo.

6. Lavé suavemente la piel alrededor del catéter con un paño de cara húmedo y su propia barra personal de jabón. Lave con movimientos circulares iniciando en el sitio de salida y continuando hacia fuera en círculos más grandes.

7. Enjuague bien.

8. Usando una toalla limpia, seque primero el sitio de salida, luego seque el resto del cuerpo.

9. Abra el paquete de gasas. Humedezca una gasa con Isodine

10. Ponga una segunda gasa debajo el catéter en el sitio de salida para que el catéter descansa sobre la gasa.

Si usted no está duchándose, siga las indicaciones previas pero omita los pasos 3 y 5.

Nunca tome un baño de tina o use un Jacuzzi!

COMO RECONOCERA USTED SI TIENE UNA INFECCION Y QUE DEBE HACER AL RESPECTO?

Usted puede tener una infección en el sitio de salida si observa cualquiera de lo siguiente:

1. Enrojecimiento alrededor del sitio de salida.

2. Inflamación.

3. Dolor cuando usted toca el área.

4. Pus alrededor del sitio de salida o en el campo estéril.

Si usted observa cualquiera de éstos signos de infección en el sitio de salida. La enfermera o el médico pueden

necesitar tomar una muestra con escobillón para comprobar la infección.

Usted necesita tratar *RAPIDAMENTE* las infecciones, para evitar que los gérmenes se diseminen a su cavidad peritoneal. Si usted tiene una infección, debe aumentar la frecuencia de limpieza del sitio de salida y hacerlo como le indicamos a continuación.

¡Considere a su catéter la línea de su vida!

Los medicamentos son importantes cuando usted está en diálisis.

Los medicamentos trabajan con la diálisis, su dieta y su control de líquidos para mantenerlo saludable. Los medicamentos reemplazan algunos de los trabajos que los riñones ya no pueden seguir realizando.

Tome todos los medicamentos con mucho cuidado. Esto es especialmente importante porque usted tiene falla renal y sus riñones ya no pueden eliminar todos los medicamentos del cuerpo. El médico escogerá los medicamentos y las dosis específicas que usted necesita.

Si la etiqueta del medicamento recomienda tomarlo con mucho líquido, POR FAVOR comente esto con el médico o la enfermera antes de tomarlo.

Si su médico familiar o cualquier otro médico le prescribe un nuevo medicamento, por favor infórmele al médico o a la enfermera de DPCA

3 MANUAL PARA PACIENTES/FAMILIA EN POST-TRASPLANTE

AUTO- CUIDADO POST-TRASPLANTE

Posteriormente a la cirugía del Trasplante Renal es necesario una serie de cuidados, en este manual se pretende dar a conocer los principales cuidados que debe llevar un paciente post-operado de trasplante renal.

Primero que nada es importante conocer y cuantificar el correcto funcionamiento del riñón trasplantado. Para ello hay que tener presente las siguientes consideraciones:

La mejor manera de conocer y cuantificar el funcionamiento, es realizando análisis de sangre y de orina, que determinarán los valores de creatinina, urea (BUN), ácido úrico, potasio y fósforo.

La **creatinina** refleja de manera muy fiable cómo está funcionando el riñón. Es un parámetro de referencia que se utiliza siempre en todas las analíticas que realice el paciente. Normalmente una persona con los riñones en pleno funcionamiento y sin enfermedad renal tiene una creatinina que oscila entre 0,6 y 1,2 mg/dl. Una persona trasplantada puede estar por encima de estos valores perfectamente y tener una buena función renal.

Una vez el paciente recibe el trasplante renal los niveles de creatinina bajan de manera progresiva al buen funcionamiento del riñón trasplantado hasta llegar a la normalidad. No debe generar alarma que entre analítica y analítica estos valores no permanezcan estables. En cambio, el incremento progresivo y sostenido en el

tiempo de los niveles de creatinina sí que puede indicar una disfunción o el rechazo del órgano trasplantado.

La fístula de hemodiálisis

La fístula debe tratarse igual que si el paciente continuara en tratamiento de hemodiálisis. En las horas posteriores al trasplante y pese a que el riñón funciona, el rechazo u otras complicaciones podrían requerir la práctica de alguna hemodiálisis.

La fístula no suele provocar trastornos y sólo si se dilata excesivamente y ocasiona problemas de circulación sanguínea que afecten al corazón, está indicado su cierre quirúrgico.

Catéter de diálisis peritoneal

Normalmente el catéter no se retira hasta pasados unos meses. Por lo tanto, el paciente trasplantado debe continuar con la misma frecuencia de cura que cuando estaba en tratamiento de diálisis peritoneal y adoptando las mismas estrictas medidas de higiene.

Temperatura corporal

Las temperaturas por encima de 37,5° c deben ser notificadas al especialista, ya que pueden ser signo de rechazo incipiente, de alguna infección del postrasplante o bien no tener ninguna significación. Sin embargo, será el médico quien decidirá su importancia y la actitud a seguir. Si la temperatura se mantiene varias horas entre 37 y 37,5° C también es aconsejable la consulta.

Tensión arterial

La tensión arterial mayor de 140-150/90-95 mmHg es uno de los elementos que afecta más negativamente al receptor y al órgano trasplantado. Es muy importante normalizar las cifras de tensión arterial.

Se recomienda la dieta baja en sal y evitar en lo posible la obesidad, la vida sedentaria y el estrés. También es recomendable abandonar el tabaco, el alcohol y los estimulantes. Nunca el paciente debe automedicarse para tratar la hipertensión.

Hipertensión

Hablamos de hipertensión cuando la presión arterial en un paciente trasplantado se establece como mínimo en 130/85. Si hubiera proteinuria los niveles deberían ser menores de 125/75 mmHg. La hipertensión arterial afecta entre un 70-85% de los pacientes con un riñón trasplantado.

Son varios los factores que pueden influir en tener hipertensión arterial pos-trasplante:

La hipertensión pre-trasplante, la función renal retardada, la isquemia fría elevada, la isquemia caliente elevada, el donante añoso, el donante mujer, el índice de masa corporal (IMC), la historia familiar de hipertensión, y el tipo de inmunosupresión utilizada.

La hipertensión en el trasplante renal se asocia a aumento de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, aumento de cardiopatía isquémica, aumento de muerte, aumento de nefropatía crónica del trasplante y está implicada en la supervivencia a largo plazo del injerto renal.

La piel

Como consecuencia de la medicación inmunosupresora, la piel puede presentar varios problemas:

Aparición de vello.

Verrugas.

Infecciones oportunistas por hongos.

Derivados directamente de los corticoides.

Tumores cutáneos.

Respecto a los problemas derivados directamente de los corticoides, ha disminuido mucho su incidencia debido a que las dosis utilizadas de los mismos son considerablemente menores a las que se utilizaban hace unos años.

Los nuevos fármacos inmunosupresores permiten dicha disminución y en ocasiones abolición. Se caracterizan por la aparición de acné, sequedad cutánea, estrías y por un cierto envejecimiento precoz de la piel. Ésta es más sensible a los traumatismos, siendo los pequeños hematomas frecuentes.

El paciente siempre debe:

Mantener la piel bien hidratada. El jabón de coco es muy adecuado para la cara si existe acné.

No utilizar cremas ni lociones hasta solucionar el problema.

Evitar actividades que puedan lesionar la piel. Si las realizamos, usaremos la protección adecuada (ejemplo: guantes de jardinería, pantalones largos para andar por el bosque, etc.).

Reducir la exposición solar es fundamental. La piel del paciente trasplantado es más sensible a las agresiones de la radiación ultravioleta (quemaduras, envejecimiento precoz de la piel, verrugas, cáncer de piel...). Por tanto, si

se desea tomar el sol en verano, se realizará en horas bajas del mismo (primera hora de la mañana y última hora de la tarde). Asimismo se tomará poco tiempo y con una protección adecuada de la piel (factor 10 o más). Si es posible utilizaremos gorra o sombrero con visera, ya que una de las partes más afectadas por el sol es la cara. Después del baño y secarse al sol, es preferible quedarse bajo la sombrilla.

La vista

Al igual que en la piel, los corticoides pueden causar alteraciones oculares que puedan ser detectadas y tratadas.

Cataratas: La medicación puede anticipar su presentación. Se caracterizan por una disminución de la visión y por mala tolerancia a la luz. Se tratan con cirugía, la cual es simple y se realiza en la mayoría de ocasiones con anestesia local.

Aumento de la tensión ocular: En ocasiones no da síntomas, por lo cual es conveniente medir periódicamente dicha tensión, especialmente al inicio del trasplante.

La boca

Es muy importante seguir los siguientes consejos:

Cepillar diariamente dientes y encías, dos o tres veces al día.

Informar al médico de trasplante sobre medicaciones, generalmente antibióticas, aconsejadas por el dentista. Estas suelen prescribirse antes de la extracción dentaria, tratamiento de piezas en mal estado, etc.

Utilizar un cepillo de dientes de cerda suave. Su uso debe ser individual, especialmente si el paciente es portador de algún virus de la hepatitis.

Realizar una revisión dentaria anual por el dentista.

Las articulaciones

El aparato locomotor puede verse afectado por la medicación inmunosupresora, especialmente los corticoides. Éstos producen disminución de la cantidad de hueso de que disponemos y pueden causar trastornos motores importantes si no son adecuadamente prevenidos y tratados.

Aunque no se puede generalizar, la instauración de suplementos cálcicos al inicio del trasplante, la reducción progresiva de la dosis de corticoides, el mantenimiento de la actividad física adecuada y la realización periódica de una densitometría ósea, nos ayudarán a prevenir dichas alteraciones.

Alimentación

La realización de una dieta adecuada es muy importante para mantener la salud de cualquier persona, especialmente si está trasplantada. Existen una serie de normas genéricas para la dieta de un paciente trasplantado, aunque ésta debe tener siempre un carácter individualizado.

La dieta del paciente trasplantado renal debe ser variada, rica en fibra para evitar estreñimiento, con un contenido moderado de grasas de origen animal, de proteínas y de sal. El consumo de calorías debe adecuarse según las necesidades energéticas de cada paciente.

La cantidad de calorías depende de si se desea mantener, aumentar o disminuir el peso del paciente. En general, la tendencia post-trasplante es a engordarse. Por ello, debe cuidarse mucho el equilibrio que debe existir entre cantidad tomada diariamente de calorías y el consumo de las mismas mediante ejercicio físico y otras funciones del organismo. Una actividad física normal y sin pérdida de peso requiere una dieta de aproximadamente 35 kcal/kg/día. Se debe controlar el peso de manera frecuente.

Recomendaciones generales:

Sal: Sí suele estar restringida en la mayoría de los pacientes trasplantados, ya que contribuye a generar o a mantener la hipertensión arterial y a retener líquidos.

Nutrientes: El consumo de nutrientes debe estar indicado por el médico responsable del trasplante. Normalmente se reparte de la siguiente forma: hidratos de carbono 50%, grasas 30-35% y proteínas 15-20%.

Azúcares: Pueden estar restringidos, ya que ocasionalmente existe tendencia a tener cifras de glucosa en sangre elevadas. Ello es consecuencia del uso de corticoides, de otros inmunosupresores y del aumento que existe de apetito en el pos-trasplante.

Grasas: Como el colesterol y los triglicéridos pueden aumentar en sangre por los inmunosupresores y el exceso de dieta, se recomienda evitar comer en exceso fritos, embutidos, más de 2 huevos semanales, frutos

secos, chocolates, grasas animales ...). El pescado azul y el aceite de oliva son ricos en ácidos grasos monoinsaturados, los cuales son beneficiosos para nuestro organismo. La carne de pollo contiene una baja proporción de grasas.

Es preferible comerla sin la piel. Le siguen en contenido en grasas la carne de ternera, la de cordero y finalmente la de cerdo, que es la que contiene una mayor proporción de las mismas.

Leche: Es preferible tomarla desnatada. Conserva así todas sus proteínas y vitaminas y, al mismo tiempo, evitamos el exceso de grasas que contiene. Su alto contenido en calcio es de gran ayuda para evitar la osteoporosis.

Verduras y hortalizas: Ideales por su alto contenido en vitaminas y minerales.

Poseen bajo contenido en calorías y grasas. Asimismo aportan abundante fibra que ayuda a regular el tránsito intestinal. Si existe tendencia a la hiperpotasemia pueden estar restringidas.

Cereales: Tienen alto contenido en hidratos de carbono y poco en grasas y proteínas. Los más importantes son el trigo y el arroz.

Frutas: Altamente recomendables por su gran contenido vitamínico. En raras ocasiones pueden restringirse por hiperpotasemia.

Servicios de dietética: Contribuyen a orientar al paciente sobre con qué alimentos y con qué pesos de los mismos se va a conseguir la dieta indicada por el especialista. Son de vital importancia en el paciente trasplantado.

Acidez de estomacal

Es frecuente tener un cierto grado de acidez al principio del trasplante. El organismo del paciente trasplantado renal recibe numerosos fármacos que pueden alterar la tolerancia digestiva habitual. Conviene comentar a nuestro médico los mismos, ya que existen numerosas sustancias eficaces para prevenirlo y tratarlos. No hay que aguantar los síntomas, ya que el paciente puede sufrir erosiones y ulceraciones digestivas nada deseables.

Estreñimiento

Para combatirlo el paciente siempre debe

Aumentar si es posible la actividad física.

Tomar alimentos con residuos (frutas, verduras, pan integral...) y beber abundante agua si no existe contraindicación.

Los supositorios de glicerina facilitan la evacuación.

Consultar al especialista la toma de laxantes o la utilización de enemas.

2.- Factores de riesgo

El envejecimiento progresivo del trasplantado renal, el aumento de pacientes con insuficiencia renal terminal con diabetes e hipertensión que inician programa de diálisis y el incremento de problemas cardíacos previos al

trasplante, potencian el riesgo cardiovascular post-trasplante.

Post-trasplante y consumo de tabaco, que supone un aumento en el riesgo de patología isquémica cardíaca cuando se compara con la población general.

Existen unos factores de riesgo "modificables" (tabaco, alcohol, obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo, hipertrofia ventricular izquierda, proteinuria o las alteraciones lipídicas) y factores de riesgo "no modificables" (edad, género masculino, herencia, historia personal de enfermedad coronaria o la diabetes mellitus). Modificarlos resulta esencial para contribuir a mejorar la supervivencia del injerto y del paciente trasplantado. Por ejemplo, un 56% de los hombres y un 18% de las mujeres son fumadores habituales en el momento del trasplante.

Sobrepeso

Dos son las cuestiones que más se agradecen una vez se recibe un trasplante renal: poder beber líquido y comer cualquier cosa.

Si bien al principio los médicos dejan un poco de margen al paciente para que disfrute de la buena mesa, es muy importante que, pudiendo comer de todo, controle el peso y sobre todo no empiece a sobrealimentarse o a tomar alimentos poco saludables que puedan provocar alteraciones excesivas de parámetros como el azúcar, el peso, la hipertensión, aumento del colesterol, etc.....

Una de las figuras claves en la orientación del paciente trasplantado renal es el dietista quien, conjuntamente con los profesionales sanitarios, debe proporcionar una información asequible con el fin de comprender las

nuevas necesidades que impone el trasplante desde un punto de vista nutricional.

El papel del dietista es fundamental en la educación de pacientes en el manejo de los sistemas de raciones / alimentos incluidos / excluidos para preparar la dieta día a día.

El paciente siempre debe:

No añadir sal a los alimentos.

Evitar los alimentos ricos en sal como son: embutidos, conservas, comidas preparadas, salazones y aperitivos.

No utilizar sales de régimen por su alto contenido en potasio.

Los productos lácteos deben tomarse desnatados.

Limitar el consumo de huevos a dos por semana.

Utilizar aceite de oliva y evitar otras grasas como la mantequilla y la manteca.

No abusar de los alimentos fritos; utilizar otras formas de cocción: a la plancha, hervido o al vapor.

Restringir moderadamente las proteínas: comer menos carne y aumentar la ingestión de pescado, tanto blanco como azul.

Evitar el consumo excesivo de dulces y de refrescos por su alto contenido en azúcar.

Limitar el consumo de café y de alcohol.

ES IMPORTANTE EVITAR EL SEDENTARISMO Y UN BUEN CONTROL DE COLESTEROL:

Sedentarismo

Los profesionales del trasplante reconocen que la realización de ejercicio físico es fundamental para el equilibrio psicológico y como prevención de numerosas

enfermedades post-trasplante. Sin embargo, el estrés de la vida moderna, la propia dinámica generada por la insuficiencia renal crónica terminal, y la falta de información hacen que la mayoría de los pacientes no tengan tiempo suficiente para desarrollar algún tipo de actividad física.

Colesterol

Existe una asociación significativa entre el aumento de colesterol total y la aparición de enfermedad cardiovascular, cosa que no se ha demostrado con el aumento aislado de triglicéridos. Asimismo, disminuir el colesterol total disminuye la muerte cardiovascular tanto en prevención primaria como en secundaria.

43.- Recomendaciones

El estado físico y de ánimo se relaciona con el estado de salud del paciente y marca una actitud y comportamiento determinado en todo este tiempo. Se recomienda, dentro de las posibilidades de cada uno, continuar con el ritmo habitual de trabajo y actividades sociales.

Gracias a los avances técnicos y farmacológicos, un elevado porcentaje de personas en lista de espera dispone de una calidad de vida aceptable y desarrolla una actividad diaria normalizada. No obstante, el trasplante es, para todos los pacientes que por condiciones médicas puedan recibirlo, la mejor terapia sustitutiva.

Práctica de deporte

Una vez el paciente recibe el alta, debe reiniciar su vida de manera paulatina.

Pasado el obligado periodo de convalecencia no debe existir ninguna limitación para la práctica de una actividad física moderada y siempre autorizada por el médico responsable del seguimiento del trasplante renal.

La práctica de ejercicio físico de manera regular y monitorizada produce numerosos beneficios tanto físicos como psicológicos para la salud del paciente trasplantado renal:

Disminuye el riesgo de padecer:

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

Diabetes no insulino dependiente.

Ciertos tipos de cáncer (colon, mama).

Ayuda a mantener y mejorar:

El perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL).

El control del peso corporal.

La imagen personal.

La fuerza y la resistencia muscular.

La capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.

La estructura y función de las articulaciones, por lo que puede ser beneficiosa para la artrosis.

La calidad del sueño.

El manejo del estrés.

Los síntomas de la ansiedad y la depresión.

El entusiasmo y el optimismo.

Previene y/o retrasa:

El desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos.

En la actualidad además de practicar ejercicio físico, es posible participar en competiciones deportivas a nivel nacional e internacional para pacientes trasplantados. En

estas competiciones, es imprescindible la autorización del médico de trasplante para participar; se compete en deportes como el tenis, la natación, el atletismo o el ciclismo.

Salud emocional

El trasplante de un órgano supone para el paciente que lo recibe y su familia un impacto emocional lógico. Una vez el paciente abandona la unidad de trasplante renal y es dado de alta, se produce una habitual sensación de desamparo combinada con momentos de euforia desmedida y periodos de desánimo fruto de la medicación y de la nueva situación que vive.

La Ansiedad / temor están claramente relacionados con:

- Desconocimiento y falta de información sobre los procesos del trasplante, relacionados con su nuevo estado de salud y tratamiento.
- Falta de conocimientos sobre autocuidados, dieta y tratamiento farmacológico.
- Desconocimiento de nuevas restricciones diferentes a las de la etapa anterior en diálisis.
- Falta de adiestramiento y conocimientos suficientes de la nueva situación.
- Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos y sobre la inmunosupresión farmacológica.
- Disminución del apetito por hospitalización y cambios de hábitos alimenticios.

- Aumento del apetito debido a determinada medicación inmunosupresor
- Cambios en su ocio habitual

Para ello es importante la labor de la familia y equipo médico:

- Animando al paciente a que exprese sus temores, sentimientos, dudas...
- Motivarlo para el autocuidado y el uso correcto de ayudas, y así aumentar la sensación de seguridad.
- Orientarlo e informar respondiendo a sus demandas y disipar temores ante situaciones desconocidas. Escucha activa y empatía.
- Contestando y aclarando preguntas de forma sencilla y directa, las veces que fuera necesario, para facilitar el control de la nueva situación.
- Asegurándose que el trasplantado conozca su régimen terapéutico personal, así como las nuevas restricciones e indicaciones que le acompañarán en esta nueva etapa.
- Informar para que el trasplantado conozca qué es y los signos de posible rechazo y la importancia de comunicarlo cuanto antes.
- Mantenimiento de la higiene corporal y ambiental.
- Asegurar que el trasplantado conozca los riesgos específicos de infección, las medidas de prevención y el porqué de las mismas.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud en esta nueva etapa del trasplante.
- Discutir necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita / recomendada.

- Animar al paciente a la higiene y cuidados bucales.
- Conseguir que el paciente realice actividades de entretenimiento adecuadas a la condición de trasplantado, y a sus preferencias y estado de salud.
- Informar sobre las actividades que sí puede seguir realizando y sobre aquellas que no le convienen.

Actividad sexual, embarazo y contracepción

La actividad sexual puede reanudarse tras el alta hospitalaria del paciente, aunque debe consultarse con el especialista cada caso en concreto. El deseo sexual suele mejorar tras el trasplante y las mujeres recobran frecuentemente la menstruación y la fertilidad. Se recomienda utilizar, al menos durante un año, medidas de contracepción. Ello se debe a que la fuerte inmunosupresión recibida al inicio del trasplante podría causar alteraciones fetales.

El especialista aconsejará la forma de contracepción, siendo muy adecuado el uso del preservativo. Aquellos pacientes que no desean tener ningún embarazo en el futuro pueden optar por la vasectomía o la ligadura de trompas. El DIU y los anticonceptivos orales (píldora) no son recomendables en mujeres trasplantadas.

A partir del primer año, si el paciente trasplantado es hombre, puede plantearse el embarazo de su pareja. Si la receptora es la mujer debe consultar a su médico sobre la idoneidad o no del mismo. La orientación debe ser siempre individual y bajo supervisión del médico responsable del trasplante.

Se recomienda que todas las pacientes trasplantadas pasen un control ginecológico rutinario anual.

La vuelta al trabajo

El regreso a la actividad laboral debe ser orientado por el médico especialista y otorgado por el médico de cabecera. Es aconsejable que todas aquellas personas que puedan desempeñar una actividad laboral lo hagan si tienen acceso a la misma. No existe un tiempo medio de convalecencia post-trasplante. Depende de cada caso y del tipo de trasplante.

Es muy importante que se inicie la actividad laboral de forma paulatina. Desde el principio se puede realizar una jornada laboral normal y sólo se deberían prohibir aquellos trabajos que impliquen un esfuerzo físico muy intenso.

Animales de compañía

Algunos de ellos pueden transmitir infecciones al paciente trasplantado, especialmente gatos y pájaros. No existe inconveniente en tener perros, aunque deben estar convenientemente vacunados. Se debe evitar sus lamidos y lavarse las manos después de tocarlos.

De viaje

Una vez el médico dé el alta al paciente y éste se encuentre en condiciones, puede realizar viajes. Sin embargo, hay determinados países que debe evitar por la posibilidad de contraer infecciones. Así, cuando exista la oportunidad de realizar un viaje, se debe informar al especialista, el cual indicará si éste es factible o no.

En otras ocasiones, se debe tomar cierta medicación preventiva de enfermedades de la zona.

LA HIGIENE COMO PARTE FUNDAMENTAL

Todas las personas receptoras de un trasplante renal deben mantener medidas de higiene más estrictas que la población en general. Se recomienda mantener una buena higiene personal, con ducha diaria, utilizando jabones neutros. Es necesario secarse cuidadosamente los pliegues de la piel y entre los dedos.

También se recomienda con el fin de evitar el contagio de infecciones, sobre todo el primer año después del trasplante, y no permanecer mucho tiempo y de manera frecuente en espacios cerrados o con mucha aglomeración de gente ya que el aire que se respira en estos puede contener un mayor número de gérmenes. De manera especial, debe evitarse el contacto con personas que tengan enfermedades infecciosas como la gripe, varicela o similares.

Otras fuentes de infección son los alimentos y el agua. Antes de tomarlos, se debe comprobar que han pasado el correspondiente control sanitario. Por su parte, la fruta y los vegetales crudos deben lavarse cuidadosamente antes de su consumo.

El paciente no debe olvidar realizar un correcto cepillado de los dientes, después de cada comida, utilizando un cepillo suave, para evitar la irritación de las encías.

Puede utilizar también hilo dental. Se recomienda la visita periódica al dentista para evitar la inflamación de las encías o cualquier otra complicación.

Asociaciones de pacientes

Las asociaciones de pacientes son un excelente punto de apoyo para superar este periodo de adaptación, ya que proporcionan información, asesoramiento legal y social, grupos de ayuda mutua, voluntariado, y sobre todo, contacto con personas que han pasado por la misma situación, cuyo ejemplo y experiencia puede ser de mucha utilidad.

PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL PARA EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) Y SU FAMILIA.

El objetivo de este Manual es el orientar al paciente con IRC y a la familia del paciente para el afrontamiento y asimilación de los cambios que origina una enfermedad crónica. Así como orientar al paciente y a la familia en que va a consistir el proceso de diálisis desde el diagnóstico hasta el tratamiento (Diálisis Peritoneal o bien, Trasplante Renal) y etapa final del paciente.

La terapia Cognitivo Conductual es una de las estrategias de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica ya que es una terapia centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento ya que no se puede cambiar el destino del paciente crónico.

Lo que se pretende es que con el uso de esta terapia se pueda intervenir un nivel secundario de atención, prevenir la presencia de sintomatología que pongan en riesgo la salud del paciente así como disminuir el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente y de su familia con el uso de las técnicas de afrontamiento.

A continuación se describen los procedimientos de aplicación de las estrategias cognitivo conductuales en el manejo de las manifestaciones físicas y emocionales de la insuficiencia renal crónica que alteran el bienestar del paciente.

LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS

1. Dolor
2. Depresión
3. Duelo
4. Angustia

ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

1. Relajación con visualización
1. Psicoterapia
2. Afrontamiento
1. Psicoterapia
1. Relajación progresiva de Jacobson.
2. Relajación con visualización
5. Manejo estresante de la enfermedad crónica 1. Afrontamiento
6. Efectos de deterioro familiar 1. Psicoterapia y Afrontamiento

Cuadro No. 1: Efectos psicológicos asociados a la enfermedad renal crónica y a las estrategias de intervención cognitivo Conductuales.

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON.

Jacobson, encontró que la forma en que un sujeto podría encontrarse en un estado de relajación profunda, era mediante la tensión y relajación de los músculos, el efecto relajante en el que se basa la técnica de Jacobson, es una de las técnicas más eficaces, y sencillas, que interviene en el control de diversas patologías como: estrés, ansiedad, y coadyuvantes para la depresión.

Por su parte Joseph Cautela da una serie de ejercicios para ir relajando cada grupo muscular tensionando y relajando cada parte del cuerpo hasta aprender a discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados, relajar todos los músculos sin tensarlos y dominar los ejercicios de relajación así como aprender la técnica para relajarse antes durante y posterior a una situación o evento estresante.

Cuando una persona esta angustiada, tensa o ansiosa tiende a tensar grupos musculares de su cuerpo, si aprendiera a identificar y relajar estos músculos podría manejar positivamente las situaciones de estrés y ansiedad. La técnica de relajación de Joseph Cautela da a las personas una técnica de autocontrol personal a los diversos individuos con dicha técnica pueden manejar la tensión antes durante y después de un evento estresante.

Joseph R. Cautela y June Groden (1988) en su libro describen el método de relajación progresiva de Jacobson para el manejo de ansiedad, en el cual se especifica la posición de cada grupo muscular que se debe tensar por 10 segundos y relajarlo al exhalar de tal manera que la persona aprenda a discriminar lo que es estar relajada y tensa.

Relajación sin tensión.

Esta técnica también es útil sin necesidad de tensar grupos musculares puede por lo tanto enseñar a las personas a relajarse recorriendo todo el cuerpo y relajándolo tanto como se pueda, quizás se pueda hacer tensión en partes del cuerpo que presenten dificultad al relajarlas, después de que el cuerpo se encuentre relajado es aconsejable realizar 5 ejercicios de respiración y mientras se saca el aire pronunciar la palabra “relajación”.

Relajación en otras posiciones

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON – CAMPILLO.

La relajación es una habilidad sumamente útil para el manejo corporal y reducir los efectos fisiológicos de la ansiedad. El efecto a nivel psicofisiológico de alcanzar ese estado de semi-sueño (relajación) es el nivelar las

distorsiones que son producto de la ansiedad sobre los diferentes órganos y sistemas: alteraciones en la regulación de triglicéridos y colesterol, incremento en el ritmo y pulso cardiaco, en la presión arterial, en el sistema digestivo, decremento en el sistema inmunológico, incremento de alergias y desencadenamiento de las hormonas que conducen a infartos.

(Campillo, 2002)

La relajación progresiva es un procedimiento en el cual los participantes a través de identificar su respiración e imaginarse aflojando cada una de las partes de su cuerpo, paso a paso entran en un estado fisiológico que es acompañado de calma. (Campillo, 2002)

Materiales: colchoneta y almohada, aula, instrucciones de relajación.

El procedimiento consiste en lo siguiente:

1) Los participantes se acuestan en el piso o se sientan recargando su cabeza en la pared, descruzando las manos y los pies en la posición más cómoda que puedan, el segundo paso es tensar al inhalar y relajar al exhalar cada una de los grupos musculares: mano en puño, mano extendida tensada hacia arriba, bíceps, puntas de los pies hacia arriba, puntas de los pies hacia abajo, vientre, espalda, hombros y cara (Relajación de Joseph R. Cautela y June Groden, 1988)

2) Posteriormente cerrado sus ojos escucha las instrucciones de relajación.

“Voy a llevarte a un lugar donde hay paz y calma interior, aparte de espacio y de tiempo, para emprender este viaje, descruza tus manos y tus pies y ponte en una posición cómoda.

Respira profundo y lentamente... muy lentamente, exhala.

Vas ahora a hacer que tu respiración sea fácil y ligera y siga un ritmo musical de respirar y exhalar lentamente, muy lentamente.

Vas a imaginar cada una de las partes de tu cuerpo, imagina tus pies y siente como al pensar en tus pies se aflojan, se sueltan, se relajan.

No sé si se aflojará primero el pie derecho o el izquierdo o a la vez las sensaciones de relajación vayan de tus dedos a tu planta hacia el tobillo o quizá del tobillo a la planta, hacia tus dedos sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tus pies.

Siente tus piernas al imaginar en tus piernas, disfruta de las sensaciones de relajación que llegan a ellas. Tal vez las sensaciones de relajación pasan del tobillo a la pantorrilla, a la rodilla y a tus muslos o tal vez sea del muslo a la rodilla a la pantorrilla al tobillo sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tus piernas.

Vas a imaginar tu abdomen sintiendo como las sensaciones de relajación llegan a tu vientre, a tus caderas a tu espalda viajando hacia tu espalda, tus rodillas y tus hombros, sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tu cuerpo.

Tal vez esas sensaciones corran de tu cuello hacia los hombros, los bíceps, a los codos, las manos y los dedos o tal vez de los dedos de tus manos, hacia los codos, los bíceps y los hombros. Sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tu cuello.

Imagina tu cara, siente como al pensar en tu cara se aflojan los músculos de tu boca, tu frente, tus ojos, tu mandíbula y alrededor de toda tu cabeza.

Puedes poner tus dientes un poquito entreabiertos para que se aflojen los músculos de tu mandíbula y tu cuello. Sintiendo y disfrutando de las sensaciones que observas en tu cara.

Voy a contar progresivamente hacia abajo para que alcances un nivel de relajación más y más profundo, 5) te dejar ir..., 4) estas tranquilo... descansado..., 3) te imaginas que estas sobre algodones o en algo muy blandito..., 2) vas a dejar que tu cuerpo se duerma..., 1) está ahí... Voy a acompañarte unos minutos mientras realizas la visualización o el ejercicio que escogiste. (10 minutos después)

Voy a contar progresivamente hacia arriba para que puedas abrir los ojos

1) estas tranquila, descansada, 2) respiras más y más activamente, 3) mueves tus manos y tus pies, 4) te imaginas el lugar en donde estás, 5) puedes abrir los ojos.”

RELAJACIÓN CON VISUALIZACIÓN

Cada vez que se practique la visualización es mejor empezar relajándose. Se pueden grabar las instrucciones o disponer de alguien que la lea. Hay que realizar el ejercicio dos veces al día, pero a la misma hora, y de ser posible en el mismo lugar.

Disponer de un tiempo ininterrumpido, tranquilo es una habitación silenciosa con una luz suave y una temperatura agradable. Vestir ropa cómoda. Abstenerse de realizar este ejercicio durante la digestión de una comida pesada. Hay

que sentarse en un sillón confortable y seguir las siguientes instrucciones.

1 Coloque los pies completamente apoyados en el suelo, cierre los ojos y relaje los miembros. Acomódese hasta que todas las partes de cuerpo estén apoyadas y la tensión disminuya. Lo mejor es una buena postura que permita mantener recta la columna vertebral.

2 Hay que empezar centrándose en la cara y apreciando la tensión de los músculos de la cabeza, el cuero cabelludo, la frente, los ojos, la nariz, las mejillas, la boca, la lengua, la mandíbula (pausa). Haga un cuadro mental de esta tensión. Puede ser un vendaje metálico alrededor de la cabeza, un poco de carbón ardiendo detrás de los ojos o un tornillo apretando la mandíbula (pausa).

3 Ahora dibuje mentalmente el símbolo particular de relajamiento de la tensión. La cinta de metal va a ser una corona de suaves plumas, el carbón ardiendo se torna maravillosamente fresco o el tornillo apretado se afloja (pausa). Experimente la relajación de los músculos de la cabeza (pausa). Cuando estén relajados, aprecie como si una ola de cálida relajación se propagase por todo el cuerpo (pausa)

4 Contraiga los músculos de la cabeza, frunza la frente, el cuero cabelludo, la nariz y las mejillas, apriete los párpados a la vez, abra la boca completamente y saque la lengua.

5 Mantenga este estado de tensión durante unos siete segundos y después relájese (pausa).

6 Sienta que la relajación invade su cuerpo (pausa).

7 Ahora concéntrese en el cuello y los hombros. . .

8 Ahora concéntrese en los brazos y manos. . .

9 Ahora concéntrese en la espalda. . .

10 Ahora concéntrese en la respiración, note la tensión en la parte delantera del torso, el pecho, los pulmones, estómago, intestinos. . .

11 Ahora concéntrese en las nalgas, muslos, pantorrillas y pies. . .

12 Ahora haga un repaso rápido al cuerpo por si quedara algo en tensión. Si la hay imagínese la tensión con su símbolo. Imagine que relaja el símbolo de tensión y después apriete y relaje el músculo afectado.

13 Ahora se usará la visualización, para relajar directamente la mente.

14 Imagínese una escalera mecánica que conduce a un lugar maravillosamente placentero. Largue mentalmente la mano, cójase de la barandilla y sitúese en el primer peldaño. A medida que desciende, contaremos a la inversa de diez a uno. Descienda de la escalera mecánica y aprecie el sendero que hay frente a usted. Sígalo hasta un lugar agradable de su elección en el que se sienta completamente cómodo. Puede estar en la costa, en las montañas, en su casa, en un museo, o incluso en las nubes. Puede ser un lugar en el que haya estado, en el que le gustaría estar, o que le gustaría crear al otro lado de las fronteras de la realidad (pausa). Adórnelo mentalmente con detalles: forma, color, luz, temperatura, sonido, textura, gusto y olor. Explore este lugar especial (pausa). Mírese mentalmente las manos y pies y note la ropa que lleva puesta. Note cómo se siente en este lugar especial, y relájese todavía más (pausa). Continúe imaginándose a sí

mismo relajado en este lugar tan cómodo un poco más (pausa).

15 Cuando esté listo para regresar de este lugar especial, imagínese volviendo a la escalera mecánica (pausa). Alargue la mano, cójase de la barandilla y suba. A medida que sube contaremos hasta diez lentamente.

16 Cuando llegue a diez y vuelva a la realidad, abra los ojos.

VISUALIZACIÓN.

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, y el cuerpo, así como para efectuar cambios deseados en la conducta.

La visualización lleva la relajación un paso más allá en el control del dolor.

Además de reducir la tensión muscular y redirigir la atención fuera del dolor, los ejercicios de visualización pueden reducir realmente el dolor, manipulando imágenes de dolor.

Los ejercicios de visualización actúan directamente sobre los aspectos emocionales y cognitivos de la propia experiencia de dolor, aprovechándose de la habilidad para entender e interpretar la realidad simbólicamente. Pueden usarse los ejercicios para transformar el dolor en imágenes visuales que pueden, una vez en la imaginación, ser manipuladas.

Antes de iniciar cualquier ejercicio de visualización es necesario llevar a cabo algún método de relajación y de preferencia el de la relajación anteriormente descrita.

A continuación se presentan los ejercicios de visualización para el control del dolor propuestos por McKay, M., Davis, M. & Fanning, P.; (1988)

EJERCICIOS de Visualización para el control del Dolor

<p>Tamaño y forma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apreciar cualquier sensación dolorosa que exista en el cuerpo. 2. Dar forma y tamaño al dolor. 3. Incrementar su forma gradualmente hasta que sea tan grande como se pueda imaginar. 4. Hacerlo decrecer lentamente, más y más, hasta que vuelva a su tamaño original. 5. Lentamente, hacerlo enorme una vez más. 6. Esta vez, cuando se haga decrecer gradualmente, dejar que vuelva a su tamaño original y después proseguir disminuyéndolo hasta que Desaparezca definitivamente. 7. Apreciar cualquier cambio respecto a 	<p>Luces de colores.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apreciar el dolor que hay en el cuerpo. 2. Imaginar que el área que produce dolor depende una intensa luz de color rojo. 3. Imaginar que del resto del cuerpo emana una luz blancoazulada fría y relajante. 4. Cambiar la luz roja por la azulblanca y permitir que una fresca ola de relajación tranquilizadora fluya por el área dolorida. 5. Cambiar toda la luz azulblanca por la luz roja y sentir una ola de cálida relajación fluir por el cuerpo. 6. Cambiar la luz roja para la luz azulblanca y dejar que el cuerpo disfrute del estado de relajación fresco y tranquilizador. 7. Notar algún cambio en la intensidad del dolor.
<p>Color, forma y distancia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apreciar el dolor que hay en el cuerpo. 2. Dar a este dolor una forma y un color. 3. Cambiar la forma y el color del dolor. 4. Distanciarse mentalmente de esta nueva forma coloreada, hasta que esté fuera de la conciencia. 5. Nótese si hay algún cambio en la intensidad del dolor. 	<p>Dolor & símbolos de relajación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar el dolor que hay en el cuerpo. 2. Dar un símbolo a este dolor. 3. Dar un símbolo al concepto de relación. 4. Dejar que estos símbolos interactúen de tal forma que se contrarreste el símbolo del dolor. 5. Notar si hay algún cambio en la intensidad del dolor.

Guante de anestesia.

1. Si la persona es diestra, imaginar que la mano izquierda se relaja más y más. Cuando se relaja se va haciendo cada vez más pesada.
2. Imaginar que la mano se sumerge lentamente en agua fría: las yemas de los dedos, todos los dedos, la palma y finalmente la mano entera. Sentir la mano hacerse cada vez más pesada y relajarse más y más.
3. A medida que el agua se vaya enfriando más, notar que la mano se va entumeciendo y se siente un hormiguelo. Concentrarse en las sensaciones de frío, hormiguelo y entumecimiento al tiempo que se repite mentalmente (frío, hormiguelo y entumecimiento), lentamente, una y otra vez.
4. Pellízquese la mano entumecida con la otra mano. Sólo se sentirá cierta presión, pero no dolor. Si hubiera dolor, se debería repetir el procedimiento anterior.
5. Una vez entumecida la mano, desplazar el sentimiento de anestesia a otras partes del cuerpo, colocando la mano anestesiada sobre el área deseada y permitiendo que el sentimiento de anestesia invada esta área. Sentir la sensación de frío, hormiguelo y entumecimiento fluyendo hacia la nueva área y convirtiéndola en pesada, relajada y entumecida.

Cuadro No. 3: Fuente: McKay, M., Davis, M. & Fanning, P.; (1988) Capítulo 9: Visualización.

AFRONTAMIENTO

Palacios (1998) afirma que el afrontamiento ha sido descrito como el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiopatológicos que este proceso implica la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación. Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación, desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de

adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés.

A continuación se describen algunas de las estrategias de afrontamiento (Rodríguez y Frías, 2005):

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	DESCRIPCIÓN
Confrontación	Acciones directas dirigidas a la situación
Distanciamiento	Olvidar, comportarse como si nada hubiese ocurrido.
Autocontrol	Guardar los problemas para sí mismo, manejar emociones.
Búsqueda de apoyo social	Pedir consejo, exponer el problema a un amigo, platicar.
Aceptación de la responsabilidad	Disculparse, criticarse a sí mismo, aceptar la responsabilidad.
Huida/evitación	Beber, fumar
Planificación de solución del problema	Establecer un plan de acción y seguirlo.
Reevaluación positiva	Utilización de frases como "la experiencia enseña", "hay gente buena", etc.
Hacerse ilusiones	Soñar, imaginar otras situaciones, desear poder cambiar lo que está ocurriendo.
Auto culpa	Criticarse a sí mismo.
Reducción de la tensión:	Tratar de sentirse mejor comiendo, fumando.

Cuadro No. 4 Descripción de las estrategias de afrontamiento individual

INTERVENCIÓN EN CRISIS CON HIPNOSIS

La hipnosis es un estado de intensa concentración, que se centra y maximiza en una sola idea o estímulo sensorial cada vez. La hipnosis es una experiencia natural de la conciencia humana. La hipnosis es un campo científico que estudia los procesos de trance, en relación con el cambio psicológico; al mismo tiempo, el término hipnosis se utiliza para referirse al proceso de trance.

La capacidad humana de autoproducirse un estado particular de conciencia, llamado “trance”, durante el cual, debido a las características particulares de ambos hemisferios, es posible tener acceso a una manera diferente de relacionarse con las experiencias conscientes, así como una forma de propiciar nuevos aprendizajes, utilizando los recursos de la persona.

La Hipnosis Ericksoniana es una vía para dar a la persona un amplio control de sí misma, mejorando su calidad de vida, así se propone que la persona aprenda a tener acceso a ese recurso, para propiciar su desarrollo y bienestar.

ESTRATEGIA DESDE LA HIPONOSIS ERICKSONIANA Y LA TERAPIA NARRATIVA.

Campillo (2005) partiendo de la combinación de modelo de la Hipnosis Ericksoniana y del Modelo de la Narrativa, creo algunas estrategias para intervenir en crisis a ser utilizadas en momentos en que los pacientes tienen que enfrentar pérdidas inminentes de algún familiar o para aquellos momentos en que se está enfrentando el dolor de la gravedad de un paciente. A continuación se incluyen un ejemplo de esas estrategias:

“En estos momentos difíciles...mientras la acompaño con la respiración... Puede sentir la silla... puede sentir sus piernas apoyadas en el piso... Puede oír los ruidos que se quedan ahí afuera.... Mientras usted escucha mi voz que va con usted a donde quiera que vaya... y...con los ojos abiertos o cerrados...puede sentir el aire que entra y sale de su nariz...ese aire que pasa por su nariz... por su garganta... hasta sus pulmones... y puede sentir como ese aire entra y sale por su nariz.. saludablemente va sintiendo que con cada respiración... al mismo tiempo se van digiriendo todas las emociones atoradas....automáticamente... digiriendo y acomodando...todo lo que tiene que digerirse y...Acomodarse... saludablemente se vaya acomodando En las situaciones difíciles estamos llamados a hacer lo que únicamente Se hace por amor... y saludablemente sintiendo su respiración... al mismo tiempo siente ese gran amor que automáticamente va llegando... y va dándole la fuerza para hacer en estos momentos...todo lo que es necesario hacer y que sólo se hace por amor a esa persona...respirando y sintiendo... como todo eso que la persona significa para usted... en este momento se va transformando en energía de vida...al mismo tiempo...respirando saludablemente... puede recordar o imaginar ... de tal manera que le pueda agradecerle a esa persona... todo lo que usted creció en esa relación ... aunque eso sea responsabilidad suya... todo lo que haberla conocido le dio...lo que abrió en su vida ... al mismo tiempo digiriendo y acomodando... las emociones atoradas... tal vez recuerde lo que aprendió en esa relación... tal vez pueda recordar aquellas cosas que le sirvieron para crecer... y...al mismo tiempo también puede reclamarle...aquellas cosas que estén pendientes de

decir... y mientras le dice todo lo que en la realidad no va a ser posible decirle... se van digiriendo y acomodando... todas las emociones atoradas...automáticamente reclamando y diciendo...todo lo que es necesario decir y reclamar.. aprendiendo automáticamente... todo lo que es necesario aprender

Ahora...habiendo estado digiriendo y acomodando...puede pedirle ayuda a esa persona... tal vez ayuda... para poder seguir en este proceso... saludablemente...

Tal vez ayuda para seguir sanando.... digiriendo y acomodando...

Tal vez para poder aprender todo lo que sea necesario aprender...

Recordando saludablemente lo aprendido en la relación...

Aprendiendo de todas las habilidades de vida que esa relación nos dio...

Aún en los momentos difíciles... digiriendo y acomodando... las emociones atoradas... para tu bienestar saludable...Y desde ahí... contados los recursos activados... en un proceso saludable que continúa allá afuera con cada respiración...puedes sentir el aire que entra y sale de tu nariz... puedes sentir tu cuerpo recargado en la silla... puedes recordar el lugar en donde estás....Quien eres.... Y cuando estés listo con una respiración profunda...Puedes abrir los ojos”.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA IRC

La atención del paciente renal sigue el siguiente procedimiento de atención psicológica:

- DIAGNÓSTICO INICIAL

Detectar el posible caso del paciente con Insuficiencia Renal Crónica a dializarse.

Este puede surgir en el área de medicina interna, pediatría, urgencias y/o consulta externa.

Dx. médico: informar, con previa autorización del médico tratante, al paciente y a la familia en que consiste la Insuficiencia Renal Crónica y su tratamiento la

Diálisis Peritoneal Intermitente. (Catéter, bolsas de dializante, cada número de días para reingresar, programas de apoyo, apoyo del hospital, trasplante).

De igual modo entrevistar a la familia para conocer las condiciones reales del caso.

- PREDIÁLISIS

Operar para colocar el catéter, en este momento se prepara al paciente para su intervención quirúrgica y colocación de su catéter, se tiene que explicar en qué consiste el proceso preoperatorio que se lleva a cabo para la cirugía, (suspender alimentos desde la noche anterior, control de signos vitales, vendaje en los pies, traslado y entrada a quirófano, estancia en la sala de recuperación, regreso o ingreso a la sala de diálisis).

- DIÁLISIS

Dializarse cada “n” días. En esta fase se hace relevancia a la adherencia al tratamiento que se está iniciando para un buen manejo de la enfermedad, así como dar a conocer los pasos que tiene que seguir el familiar para que su paciente ingrese al hospital de acuerdo al número de días en que tenga que regresar. Va desde prever el reingreso al hospital con los análisis clínicos que se solicitan, las bolsas de

dializante, medicamentos hasta seguir las indicaciones médicas y por el departamento de nutrición.

En caso de fallecimiento del paciente se orientará al familiar en los trámites que tiene que realizar para ser entregado el cuerpo del paciente y trasladado a su domicilio. Una vez concluido o durante la intervención se aplicará una técnica de relajación para ayudar al afrontamiento de la situación.

- TRASPLANTE RENAL

Posterior a la salida del paciente de la hospital, llevar un buen control médico-nutricional. Acudir a sus citas médicas, así como a sus análisis clínicos, para tener un buen control.

- MANTENIMIENTO

Esta etapa se trabajará con el paciente y familiar los cambios que originan la IRC en la calidad de vida de ambos a través del uso de técnicas de afrontamiento, de relajación y consejería con la finalidad de facilitar el proceso de adaptación que genera la integración de un paciente renal crónico al sistema familiar.

Otro aspecto a trabajar en esta etapa, es dar a conocer las distintas redes de apoyo a las que pueden recurrir el paciente y su familia para minimizar los gastos económicos que esto implica. Estas son las distintas instituciones que brindan apoyo social a personas con tales necesidades. (Información sobre programas del DIF estatal y municipal, Caritas, Programas Solo respuestas y del hospital)

- EVALUACIÓN

La última fase consistirá en evaluar cada tres meses el manejo de la enfermedad tanto en el paciente como en su familia a través del uso de escalas de medición que se describen más adelante. Con esto se podrá tener un

registro del comportamiento de la población y su respuesta emocional a la intervención que se está realizando.

Se propone también una serie de programas como lo son:

Programas de seguimiento para el paciente y su familia.

Aplicación de instrumentos sobre percepción de calidad de vida de forma Anual, evaluar e indicar una posible intervención terapéutica por parte del psicólogo de la Unidad.

Así como organización de campañas de información y educación hacia la población en general, acerca del cuidado del riñón y por supuesto estimular la donación de órganos (ver Anexo v); por medio de conferencias abiertas a todo el público en la Institución de salud, así como, en diferentes foros de comunicación.

1. Campañas nacionales sobre la importancia del cuidado que debe tener el riñón, por ejemplo como lo promueve la FMR “Proteja sus riñones, cuide su corazón”. El cual tiene un alcance muy limitado para la población.

2. Campañas escolares

Campañas dentro de Centros Educativos a nivel básico, medio-superior y superior para desarrollar una consciencia de auto cuidado del riñón, mediante talleres y/o conferencias.

3. Campañas en los medios laborales.

En el área laboral impartir conferencias y/o talleres para desarrollar consciencia del auto cuidado de los riñones y la salud.

El trabajo del psicólogo se puede articular oficialmente a los programas hospitalarios

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta, P., Chaparro, L. (2009). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. (17) (pp. 1-18).
2. Aguilar, J. (2002). Donación y trasplante de órganos. Disponible en: <http://e-salud.gob.mx/e-salud/cuida-tu-salud/todos-por-la-salud/donacion-de-organos/donacion-de-organos-regalo-de-vida/donacion-de-organos.html>
3. Alarcón. C., Aguilar, Ó., Jiménez, A., Manrique, C. (2002). La calidad de vida en pacientes con trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 16(4).
4. Álvarez, L. (2006). Modelos explicativos y de intervención psicosocial de la enfermedad crónica. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/VOL%209%20NO%203%20-%20DICIEMBRE%20DE%202006/ENFERMEDAD%20CR%20C3%93NICA.PDF>
5. Ambrosino, A., Wyszynski, B. (2006). Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona: Masson. Pp. 217-224
6. American Psychological Association. (2010) Enfermedades crónicas. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>
7. Avilés, C., Domínguez, M. (2000). Manual de capacitación del Paciente en diálisis peritoneal. Baxter-México: Unidad de Negocios Renal
8. Badía, X., Salamero, M., Jordi, A. (1999). Cuestionario WHOQOL-BREF: “La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español”. Barcelona: Qual Life Res, 2 (pp.153-159)
9. Borroto, G., Almeida, J. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo [Revista electrónica], 46(3). Disponible en: http://www.bus.sld.cu/revistas/med/vol46_307/med04307.html

10. Burgos, F., Alcaraz, A. (2004). Presente y Futuro Del Trasplante Renal. Disponible en:

<http://www.actasurologicas.info/v26/n10/pdf/2610CE02.pdf>

11. California Pacific Medical Center. (2006). El Trasplante de Riñón (Kidney Transplantation). . Disponible en:

http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_urology_sp/trans.cfm

12. Canalejoanestesia. (2005) Aplicación de heparina. Disponible en:

<http://www.canalejoanestesia.com/.../2005020Peritonitisenrelacióncondiálisisperitoneal.doc>

13. Caravaca, F. (2004). Umbrales de dolor, partes corporales más afectadas por dolor en la IRC DYT. España: Badajoz (pp. 3-163)

14. Cassem, N. (1994). Psiquiatría de enlace en el hospital general. España: Díaz de Santos (pp. 514-519)

15. Ceballos, M., (2009). Salud en pareja: Las enfermedades matan la relación. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/salud-en-pareja-las-enfermedades-matan-la-relacion/>

16. Centro de Sexología Sabadell. (2006) Relación de pareja, Disponible en: <http://www.sexologias.com/html/terapiafamiliar.htm>

17. CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES. (2010). Disponible en: www.cenatra.salud.gob.mx

18. Contreras, F., Esguerra G. (2006) Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis Universidad Psicológica [Revista electrónica], 5(3) Bogotá.

19. Cruz, N., Torrubia, A. (2004) Unidad de Andrológica. Servicio Urología. Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/trasplante/txrenal04-4.pdf>

20. De Bartolomé M .Cómo se vive con insuficiencia renal crónica? (2003). Disponible en:

http://www.chcsa.org/documentos/agenda/agenda_74.ppt -

21. De la Serna, F. (2007). SRA sistema renina-angiotensina Disponible en: http://www.portales_medicos.com/publicaciones/articulos/776/1/factores-de-Riesgo-cardiovascular-Hipertension-arterial-y-riesgo-cardiovascular.html
22. Diagnostico Medico. (2006) Cushinoide. Disponible en: http://www.diagnosticomedico.es/.../Obesidad_Cushingoide
23. Dietafitness. (2008). Los pilares de la relación de pareja. Disponible en: <http://www.dietafitness.com/los-pilares-de-la-relacion-de-pareja.html>
24. Edumed. (2004). La calidad de vida. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/2004/hjmc/2d.htm - 23k>
25. Escuela Médica. (2000). Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>
26. Fernández, L., López, J... Matesanz. (1998). Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. [Revista electrónica]. 8(4). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=1139>
27. Fernández, R. Álvarez, A., Barbas, M. (2004). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. Disponible en: <http://www.angiologia.es/pdf/Web/57S02/bkS02S185.pdf>
28. Fisterra. (2000). Hemodiálisis. Disponible en: <http://www.fisterra.com/salud/3proceDT/hemodialisis.asp/>
29. Gabinete Psicopedagógico. (2002). Relaciones de pareja. Disponible en: <http://www.ugr.es/~ve/gpp/files/tripticos/pareja.pdf>
30. Garrido, E. Ejercicio físico y deporte en trasplantados. (2004, agosto). Disponible en: http://www.aecati.or/eneral/dr_garrido_2004.doc
31. Gimeno M. (1994). Enfermedad crónica y la familia. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf
32. González, A. (2004). Actualizaciones en trasplantes. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/trasplante/txrenal04-4.pdf>

33. Guerrero, K. (2001) Calidad de Vida en pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

34. Guirado, L. (2005). Guía del paciente trasplantado renal. [Revista electrónica]. (pp.6-72). Disponible en:

<http://www.alcer.es/mm/File/publicaciones/paciente.pdf> -

35. Hankin, B., R. John. (2005). Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective. Estados Unidos: Data

36. Inforenal. (2005). Tipos de donadores. Disponible en:

http://mexico.renalinfo.com/treatment/end_stage_kidney_failure/kidney_transplant/types_of_donors.html

37. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2003). Terapia Inmunosupresora e b el trasplante renal. Centro Medico La Raza Servicio de Trasplantes (México).

38. Instituto Mexicano de Trasplantes. (2000). Folleto informativo de pacientes donadores... Disponible en:

<http://intsc.com.mx/folletos/folleto%20pacientes%20donadores.pdf>

39. Instituto Mexicano de Trasplantes. (2000). Folleto informativo de pacientes receptores. Disponible en:

<http://intsc.com.mx/folletos/folleto%20pacientes%20trasplantados.pdf>

40. Jofré, R. (1999) Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. [Revista electrónica], Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=1139>

41. López, O. (2003). Opciones para la intervención de fisioterapia en el paciente con insuficiencia renal crónica. [Revista electrónica], 2. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

42. Mac Gregory, G., (2000). Insuficiencia Renal Crónica Terminal: Elección del Tratamiento que le Conviene a usted. [Revista electrónica], 3(2-22). Disponible en:

<http://www.niddk.nih.gov/health/kidney/pubs/esrdspan/esrdspan.htm>

43. Martín, M., Jiménez, P. (2005). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (e³a). [Revista electrónica], 3(4). Disponible en: <http://www.reme.uji.es/articulos/aarre4960806100/texto.html>

44. Medicina y Prevención. (2007). Umbral de dolor. Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/dolor/dolor.htm>

45. Medina, L., Alers, J. Calidad de vida del paciente renal. (2008) Disponible en:

<http://www.scribd.com/.../Calidad-de-Vida-de-Pacientes-en-Diálisis> -

46. Medlineplus. (2005). Signos de la insuficiencia renal crónica. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/2>

47. Mimi.hu (2004). Renina. Disponible en:

<http://es.mimi.hu/medicina/renina.html>

48. Miro E., Cano C., Buela G. (2008). Sueño y calidad de vida. Disponible en:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1215>

49. Mitecnológico. (2000). Indicadores de calidad de vida. Disponible en: <http://www.mitecnologico.com/Main/IndicadoresCalidadDeVida>

50. Molina, M. Cabello, M. (1990). Donación y trasplante de órganos. Disponible en:

http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf_sanitaria/renal/consejo.asp#

Presentación.

51. Montenegro, J., Correa R., Riella M. (2009). Tratado de diálisis peritoneal. España: Elsevier (pp. 603-614)

52. Moreno N. E. (2004) Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. [Revista electrónica], 7(4). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752004000400004&script=sci_arttext

53. Mundo Galicia. (2001). Asesoría psicológica. Disponible en:

http://www.mundogalicia.com/alcerco/nuestros_servicios.htm - 20k

54. Nathaniel, B. (2001). Los seis pilares de la autoestima: el libro definitivo sobre la autoestima. España: Paidós

55. Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson

56. Olivares, J. (2005) La Calidad de Vida: vista como una expresión del desarrollo. Disponible en:

<http://antares.itmorelia.edu.mx/~jcolivar/courses/ds06b/material4ds.pdf>

57. Otero, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. [Revista electrónica], 2(1). Disponible en:

http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/.../calidad_vida.htm -

58. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. (2007). Rev. Cubana Médica. 46(3).

59. Pérez, M., Rodríguez, A., Díaz, R., Pérez, J. (2007). Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales. [Revista electrónica], 27(5). Disponible en:

<http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=3855>

60. Pérez, M., Rodríguez, A., Galán, A., (2005). Aspectos psicológicos asociados al trasplante de órganos. International Journal of clinical and health psychology. 5(001), 99-114.

61. Pérez, V. (2004). Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal crónica: enfoque conductual del enfermo con I.R.C. Disponible en:

http://www.seden.org/files/art624_1.pdf -

62. Portal Holístico Natural. (2000). La enfermedad. Disponible en:

<http://gentenatural.com.ar/>.

63. Psicofxp. Sueño y el descanso (2000). Disponible en:

<http://www.psicofxp.com/.../616503-el-sueno-y-el-descanso.html>

64. Rada, Gabriel. (2007). Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

65. Reyes A. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Disponible en.:

<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud.../Adriana-Guadalupe-Reyes-Luna.pdf>

66. Reyes, M. (2006). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un primer nivel de atención médica del D.F. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. México

67. Ribes. (2005). [Revista electrónica], (pp.340-350). Disponible en:

<http://www.apuntesenfermeria.iespana.es/2005/insufrenalcronicaypatrones.ppt>

68. Rivas, R., Sánchez, M. Tipos de diálisis (2003). Disponible en:

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo143/capitulo143.htm>

69. Rodríguez, E., Avilés, M. (2005) Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Disponible en:

<http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf>

70. Rojas, O., Krauskopf, V., Umaña, J. (2010). Intervención psiquiátrica EN programa de trasplantes. [Revista electrónica], 21(2). Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/areaacademica/pdf/MED_21_2/19_Intervencion%20psiquiatrica_Rojas.pdf

71. Rosario, V., Montero, R. Tratado de trasplantes de órganos, Volumen 1 (2006). España: Aran

72. Ruiz, M., Gómez D. El sistema renina angiotensina en la enfermedad renal progresiva. [Revista electrónica], 30(8) (1998) Disponible en: <http://historico.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=1181>

73. Russek, S., (2009). Autoestima, salud y enfermedad. Disponible en:

<http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima.enfermedad.html>

74. Soriano, S. (2000). Anemia en el paciente con insuficiencias renal crónica Servicio Nefrología. Disponible en:

http://www.seden.org/files/art555_1.pdf

75. Torres, A., Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. [Revista electrónica], 11(1), pp. 9-17. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717>

76. Torres, S., González, A., Vavilova, I. (2010). La Cita y Referencia Bibliográfica: Guía basada en las normas APA. Buenos Aires: Biblioteca UCES.

77. UBEDA, A. (2006). Trasplante renal: complicaciones médicas Disponible en:

<http://www.revistas.ucm.es/med/11330414/articulos/CLUR9292110113A.PDF>

78. Universidad del Valle de México. Revista interdisciplinaria extensiones. (2000), 6(1,2). Disponible en:

<http://www.tlalpan.uvmnet.edu/ooid/download/ah67.pdf>

79. Valdés, C., Ortega, F. (2006). Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. [Revista electrónica], 26(2). Disponible en:

<http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=2840>

80. Vargas, J., Ibáñez, Jiménez, D. (2003). Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. [Revista electrónica], 6(2). Disponible en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol6num2/David.html>

81. Vázquez, E., Veiga, J. (2002). Patología del trasplante renal. Disponible en:

<http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num3/35-3n05.htm>

82. Velásquez, O., Arbelaez, M. (2005). Función física-relaciones de pareja y problemas sexuales: Cirugía, Trasplantes. Colombia: Universidad de Antioquia.

83. Vichy, G. (1999). Educación para la cultura en prevención de desastres. Guatemala. Centro de Estudios y Sistemas de Computación (pp. 60-61).

84. Wanadoo (2007). Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica. Disponible en: http://www.perso.wanadoo.es/.../apunt_cuidad_cronic_2.htm –

85. Wyszynsky, A., Wyszynsky, B. (2006). Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. España: Masson (pp. 217-229)

86. Yunyent, E., Pujolar. (2009). Calidad de vida en el trasplante renal. Disponible en:

<http://www.revistaseden.org/files/Calidad%20de%20vida%20en%20el%20trasplante%20renal.pdf> –

87. Zanna, M. (1999). Advances in Experimental Social Psychology, (31). Estados Unidos: Academic Press

CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO I

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DE NEFRECTOMIA EN DONADOR VIVO PARA TRASPLANTE RENAL

LLÉNESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

En la ciudad de _____ del día ____ del mes _____ del año _____.

Yo _____, me identifico con _____ Número _____, de _____ años de edad, por lo tanto con mayoría de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto que es mi voluntad donar en forma altruista y sin ánimo de lucro mi riñón _____ para que sea trasplantado a (el/la) C. _____, con quien me une el parentesco por _____, como se puede demostrar con los siguientes documentos: _____.

Aclaro que recibí información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano por un médico distinto al que intervendrá en el trasplante.

También se me explicó que existe un _____% de que el receptor rechace este órgano. Así mismo autorizo al grupo de Trasplantes para que realicen todos los estudios, procedimientos e indicaciones médicas necesarias antes, durante y posteriores a la cirugía.

DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE:

NOMBRE	TELEFONO	
DOMICILIO	COLONIA	C.P.
DELEGACIÓN	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA

FIRMA FAMILIAR

DATOS DEL 1er TESTIGO

NOMBRE	TELEFONO	
DOMICILIO	COLONIA	C.P.
DELEGACIÓN	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA

FIRMA 1er TESTIGO

DATOS DEL 2do TESTIGO

NOMBRE	TELEFONO	
DOMICILIO	COLONIA	C.P.
DELEGACIÓN	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA

FIRMA 2do TESTIGO

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Carta de Consentimiento Bajo Información de Nefrectomía en Donador Vivo Para Trasplante Renal.

1. Lugar y Fecha de realización de la Carta de Consentimiento
2. Datos del Donador o Disponente
 - Nombre del Donador o Disponente (Nombre/s, Apellido Paterno y Materno)
 - Documentos con los que se identifica
 - Edad
 - Riñón a trasplantar (Derecho o Izquierdo)
 - Nombre del Receptor (Nombre/s, Apellido Paterno y Materno)
 - Parentesco con el Receptor
 - Documentos que presenta para comprobar el parentesco
3. Datos del Trasplante
 - Porcentaje de Rechazo del órgano por el Receptor.
4. Datos del Donador o Disponente
 - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
 - Teléfono
 - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
 - Firma
5. Datos del 1er Testigo que otorga el consentimiento
 - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
 - Teléfono
 - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
 - Firma
6. Datos del 2do Testigo que otorga el consentimiento
 - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
 - Teléfono
 - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
 - Firma

NOTA: Esta solicitud debe ser acompañada con copias fotostáticas de los documentos oficiales que presente para demostrar su parentesco y su identificación oficial (Credencial de Elector, Cédula Profesional, Pasaporte o Cartilla Militar).

CONSIDERACIONES GENERALES

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN, EN HOJA BLANCA TAMAÑO CARTA Y PAPEL BOND.
ULTIMA FECHA DE AUTORIZACIÓN DEL FORMATO POR PARTE DE LA SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD:
ULTIMA FECHA DE AUTORIZACIÓN DEL FORMATO POR PARTE DE LA UNIDAD DE DESREGULACIÓN ECONÓMICA:
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RAPADURAS O ENMENDADURAS.
TODAS LAS COPIAS DEBERÁN SER FIRMADAS EN ORIGINAL

CEREALES

Por cada ración de cereales puede consumir

	Arroz cocido	65 g. ½ taza
	Tortilla de maíz	30 g. 1 pza.
NO	Avena cocida	100 g. ½ taza
	Pasta cocida	65g ½ taza
	Bolillo s/migajón	½ pza.
NO	Malcena	15 g. 1 ½ cuch.
	Galletas marías	20 g. 4 pzas.
NO	Pan de caja	30 g. 1 reb.
	Hojuelas de maíz	15 g. ½ taza
	Pan Integral	20 g. 1 reb.
NO	Tortilla harina trigo	30 g. 1 pza.
	Amaranto	30 g.

LEGUMINOSAS

Una ración equivale a ¾ de taza

Frijol
Haba
Leneja
Garbanzo
Alubia
Soya

AZUCARES SIMPLES

(Una ración equivale a una cuchara cafetera igual a 10 gms.)

	azúcar	
	Miel	
	Mermelada	
	Cajeta	
	Chocolate	
	Gelatina	50 gms
	Flan	50 gms.
	Fruta en almíbar	75 gms.
	Ate	25 gms.
	Caramelos	4 pzas.

GRASAS

Por cada ración de grasa puede consumir.

Una cucharada (5ml) de:

Aceite de maíz, girasol, cartamo, olivo, algodón soya y margarina,
Crema de leche

10 ml. Una cucharada.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Suprime el consumo de alimentos con alto contenido de sodio como:

Sal, sal de ajo, sal de cebolla, ablandador de carnes, consomé de polvo o cubos.

Sopas, verduras enlatadas,

Aderezos: mayonesa, catsup, maggi, mil Islas, Salsa Inglesa y de soya.

Salchichas, jamón, salimi, chorizo, mortadela, tocino, longaniza, carne ahumada, paté, moronga, charales y camarones secos, atún, ostiones, pulpo, cecina, machaca de res salada.

Botanas como: pepitas, chicharrón de harina y de cerdo, aceitunas, cacahuets, cuertitos en vinagre, chamoy dátiles, pistaches, ciruela pasa.

Agua mineral, bicarbonato de sodio, alKa-selzer, sal de uvas, aspirinas, refrescos azucarados y diabéticos, cerveza, vino.

RECOMENDACIONES

Condimentos

Si no existen problemas gástricos puede usar, hierbas de olor, vainilla, cebolla, limón, apio, yerbabuena, epazote, perejil, cilantro, ajo orégano.

NOTA: los alimentos que se emplean como condimentos deben utilizarse en pequeñas cantidades.

La higiene es fundamental para tu tratamiento nutricional: lava, desinfecta y prepara tus alimentos con las normas de higiene adecuadas a cada alimento.

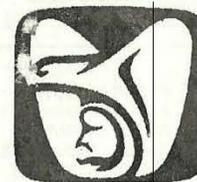
Es importante el lavado de manos antes de prepara y consumir alimentos, y después de ir al baño. no consumas alimentos en la calle expuesto al medio ambiente.

Prefiere el consumo de verduras frescas

Consuma las raciones indicadas en su dieta

Para medir sus alimentos utilice un vaso, taza y/o cuchara de medida conocida.

SOLO EL PERSONAL PROFESIONAL EN NUTRICIÓN ESPECIALIZADA ES EL INDICADO EN EDUCARLE SOBRE SU TRATAMIENTO NUTRICIONAL



I.M.S.S.

DELEGACION 2 NORESTE

HOSPITAL GENERAL
DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
C.M.R.

NUTRICION Y TRASPLANTE DE ORGANOS



E.N. MA. LUISA ESCOBAR ZARATE

**DIETA BAJA EN HIDRATOS DE CARBONO
SIMPLES, GRASAS**

1900 kcal de las proteínas

DESAYUNO

<u>120 ml.</u>	RACION DE LECHE
<u>1</u>	RACION DE CARNE
<u>1</u>	RACION DE FRUTA
<u>1 1/2</u>	RACION DE VEGETALES
<u>3</u>	RACION DE CEREALES
<u>3</u>	RACION DE LEGUMINOSAS
<u>—</u>	RACION DE AZUCARES
<u>1</u>	RACION DE GRASAS

COMIDA

<u>1</u>	RACION DE CARNE
<u>1</u>	RACION DE FRUTAS
<u>3</u>	RACION DE VEGETALES
<u>3</u>	RACION DE CEREALES
<u>1</u>	RACION DE LEGUMINOSAS
<u>1</u>	RACION DE AZUCARES
<u>2</u>	RACION DE GRASAS

CENA

<u>1</u>	RACION DE LECHE
<u>1</u>	RACION DE CARNE
<u>1</u>	RACION DE FRUTA
<u>1 1/2</u>	RACION DE VEGETALES
<u>3</u>	RACION DE CEREALES
<u>3</u>	RACION DE LEGUMINOSAS
<u>—</u>	RACION DE AZUCARES
<u>1</u>	RACION DE GRASAS

AGUA

*14 vasos de agua
1 g sal.*

LECHE

Por cada ración de leche puede consumir
Leche entera líquida 200 ml., 1 taza
Leche entera evaporada 100 ml., 1/2 taza
Yogurt natural 200 ml, 1 taza
Leche descremada 200 ml, 1 taza

CARNES

Por cada ración de carne puede consumir,
Pollo 30 g
Clara de huevo (no crudo) *no* 50 g
Huevo entero (no crudo) *o* 50 g
Pescado fresco 30 g
Requesón 30 g
Queso fresco sin sal 30 g.
Queso cottage 30 g
Queso panela 30 g
Conejo 30 g.
Pavo fresco 30 g

soya +
Las carnes deben ser magras, sin piel, huesos o espaldas.
Puede consumir huevo dos veces por semana; solos o combinados con alimentos permitidos en alguna preparación.
Peso reportado en cocido.

FRUTAS

CONTENIDO DE POTASIO EN 100 G.
(50 - 170 MG) RECOMENDADO:

Uva	1 pza. mediana
Mamey	1/4 pza. mediana.
Zapote	1 pza. chica
Manzana	1 pza. mediana
Pera	1 pza. mediana
Limón	1 pza. mediana
Perón	1 pza. mediana
Jícama	1 rebanada
Fresas	12 pzas.
Sandía	1 rebanada
Toroja	1/2 pza.
Moras	20 pzas.
Coco natural	1 trozo chico
Ciruella roja	3 pzas.
Piña	1 rebanada

Contenido de potasio en 100 g.
(170) - 250 mg) consumo menor

4 vez x semana

Zarzamoras	8 pzas
Mandarina	1 pza. Chica
Tunas	2 pzas. Chicas
Mango	1 pza. Chica
Higos	2 pzas. Medianas
Naranja	1 pza. Chica
Chicozapote	1 pza. Chica
Granada roja	1 pzas. Mediana

Uvas	12 pzas.
Cafía	1 trozo
Membrillo	1 pza. mediana

Contenido de potasio en 100 g
(250-400 mg) consumo ocasional

1 vez x en 20 días

Chabacano	2 pzas. Meds.
Granada china	1 pza
Guanabana	1/2 pza. chica
Guayaba	2 pzas.
Melón	1 reb.
Papaya	1/2 pza.
Plát. Tabasco	1/2 pza.
Plát. Macho	6 rodajas
Kiwi	1 pza.
Plát. Dominico	2 pzas.
Tamarindo	40 g.

VERDURAS

Cada ración de verduras de 100 g.
Aproximadamente de una taza

Verduras recomendadas

(menos de 200 mg. De potasio en 100 g).

Taploca, ejote, chayotes, col, cebolla, poro, nopales, espárragos, calabazas, chícharos, granos de elote (maíz,) pepino, flor de calabaza, pimienta morón.

Verduras con mayor contenido de potasio (200 mg. De potasio en 100 g), consumo poco frecuente:

4 x de semana
berenjena, jitomate, tomate, lechuga, zanahoria camote, betabel, coliflor, brócoli, lenteja, alberjón.

Verduras, leguminosas y tubérculo con alto contenido de potasio, cuyo consumo es ocasional (300 - 600 mg. De potasio en 100 g).

4 u x semana cocida y sazonada
Calabaza de castilla, papa, rábanos, apio, espinacas, chile poblano, alcachofa, hongos, acelgas, verdolagas, berro, quelite, col de bruselas y chile chilaca, frijol, haba, lenteja, alubias, garbanzo, soya) 3 1/4 tazas

NOTA. Las verduras debe comerse cocidas y crudas perfectamente desinfectadas.



ANEXO III
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA



CARRERA DE PSICOLOGÍA



CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE EN TRASPLANTE RENAL CON DONADOR
VIVO RELACIONADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F. a ____ de _____ 2010

Declaro libre y voluntariamente que acepto contestar el cuestionario sobre “CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN TRASPLANTE RENAL CON DONADOR VIVO RELACIONADO” cuyos objetivos consisten en determinar la calidad de vida de pacientes con Trasplante Renal.

El procedimiento y aplicación para lograr el objetivo consiste en: Contestar lo más honesto las preguntas de información y de escala del instrumento. Ya que los riesgos a mi persona son nulos.

(OPCIONAL Y/O SOBRENOMBRE)

Nombre _____

ANEXO IV

INSTRUCCIONES:

Marque con una **X** la opción que considere correcta. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

EJE 1. MEDICO-BIOLÓGICO:

DATOS GENERALES.

FECHA _____

EDAD _____

SEXO: M _____ F _____

ESCOLARIDAD:

Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Técnico _____ Licenciatura _____

ESTADO CIVIL:

Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____

OCUPACION:

Ama de casa _____ Estudiante _____ Profesionista _____ Empleado _____ Desempleado _____ Pensionado _____

INGRESO ECONÓMICO (Mensual):

Menor de \$2,000 _____ \$2,000-\$5,000 _____ \$5,000-\$10,000 _____ Mayor de \$10,000 _____

- Tiempo de evolución con el trasplante renal con donador vivo relacionado

Menos de 5 años _____ 5 a 10 _____ Mayor de 10 _____

PRESIÓN ARTERIAL

- ¿Sabe cuáles son los valores normales de la presión arterial? Sí _____ No _____
- ¿Conoce los valores de su presión arterial? Sí _____ No _____ ¿Cuáles son? _____
- Actualmente ha sufrido presión arterial alta Sí _____ No _____ ¿Cuáles son? _____
- Actualmente ha sufrido presión arterial baja Sí _____ No _____ ¿Cuáles son? _____

DOLOR

- ¿Qué parte del cuerpo es la que más molestias, le ha causado en las últimas semanas causa? _____
- Del 1 al 5 teniendo el 1 como el más bajo 5 el más alto. ¿Qué nivel de dolor ha sentido en las últimas semanas?
1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
Nada ___ Un poco ___ Regular ___ Bastante ___ Mucho ___

ALIMENTACIÓN / APETITO

- Tengo hambre de manera excesiva.

Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____

- ¿Qué cambios hay entre su dieta antes y después del trasplante?

- ¿Conoce que alimentos están restringidos en su dieta? Sí _____ No _____

- ¿Sabe de los beneficios de llevar su dieta adecuadamente? Sí _____ No _____

- No tengo hambre:

Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____

- ¿Conoce la cantidad de líquido que puede consumir? Sí _____ No _____

- ¿Sabe lo que puede producir el exceso de líquido en el cuerpo? Sí _____ No _____

- ¿Restringe su consumo de sal? Sí _____ No _____

MOVILIDAD Y DESPLAZAMIENTO:

- Siente algún impedimento para realizar las tareas cotidianas.

Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre . 213

- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

TRATAMIENTOS ANTES Y POST-TRANSPLANTE.

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

- ¿A qué tratamiento fue sometido antes del trasplante?
Hemodiálisis ___ Diálisis ___ Ninguno ___
- ¿Por cuánto tiempo duró el tratamiento antes del trasplante?
Menos de 1 año ___ Más de 1 año y menos de 5 años ___ Más de 5 años ___
- Actualmente cual es tratamiento que sigue usted:

ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES ANTES Y POST-TRANSPLANTE.

- El médico le explicó adecuadamente el procedimiento de la cirugía Sí ___ No ___
- El médico le explico el tratamiento posterior a la cirugía Sí ___ No ___
- El médico le explico cuáles son los efectos secundarios de la cirugía Sí ___ No ___
- El personal de salud le instruyo de forma adecuada sobre los cuidados en casa Si ___ No ___
- Considero que la información recibida sobre la cirugía fue:
Nula ___ Muy deficiente ___ Insuficiente ___ Suficiente ___

MEDICAMENTOS UTILIZADOS Y POSOLOGIA VARIACIONES EN LOS MEDICAMENTOS CUMPLIMIENTO O ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

- Considero que la explicación recibida acerca de los efectos positivos, como negativos de la medicación fue:
Nula ___ Muy deficiente ___ Insuficiente ___ Suficiente ___
- ¿Sabe cuáles son las medicinas para evitar el rechazo (inmunosupresores)?
Sí ___ No ___
- ¿Qué importancia tiene para usted tomar la medicación para el trasplante?
(Entre 0 y 10, tache con una **X** sólo uno de los números) (0 indica ninguna: 10 indica muchísima)
0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
- ¿Conoce los que medicamentos que toma para el riñón? Sí ___ No ___
- ¿Cuáles son? _____
- ¿Cuál es la razón más frecuente por la que no se ha tomado todas o alguna de las medicinas?

No tengo razones, siempre tomo las medicinas ___

Me olvido ___

No creo que sean necesarias ___

Me sientan mal ___

Me cambian el aspecto físico ___

Me canso de tomarlas ___

- La mayor parte del día lo dedico al cumplimiento de las recomendaciones médicas
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Cada cuando tiene revisión o consulta médica con el especialista? _____
- ¿Con qué frecuencia acude al hospital? _____

EJE 2 PSICOLÓGICO Y SOCIAL: ANTES DEL TRANSPLANTE

ESTADOS EMOCIONALES (LO QUE SINTIO)

- ¿Cómo se sintió en el momento de enterarse de que tendría que someterse a la diálisis o hemodiálisis?

Nada ___ Muy mal ___ Indiferencia ___ Muy bien ___

- Como afecto su ánimo la noticia de tu salud

Nada ___ Poco ___ Regular ___ Mucho ___

- ¿Qué sentimientos tuvo al recibir la noticia de su problema de salud?

Enojo ___

Tristeza ___

Desesperación ____

Ninguna de las anteriores ____

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS / DEPRESIÓN Y ANSIEDAD / TEMOR O MIEDO

- Se sentía temeroso antes del trasplante, cada que salía de su casa.

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- Se sentía deprimido y/o triste antes del trasplante

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- Sentía que la vida no tenía sentido, antes del trasplante.

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- Sentía que pese a todo lo que le está pasando podía salir adelante, antes del trasplante.

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN

- Antes del trasplante sentía que no era útil.

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

- Siente que el creer en un poder superior, o bien en Dios, le ayuda a enfrentar su problema de salud

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- ¿Sentía que el catéter de la diálisis o bien la fístula de la hemodiálisis le hacía ver poco atractivo(a)?

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

FAMILIAR:

RELACIONES CON HIJOS Y FAMILIARES

- Se sentía querido, apoyado y que podía confiar en su familia y alguien más, antes del trasplante

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

RELACIONES DE PAREJA Y SEXUALES

- Tenía pareja, antes del trasplante.

Sí ____

No ____

En caso de haber contestado **si** a la pregunta anterior, contestar lo siguiente:

- Siente que sufrió alguna disfunción en la relación con su pareja

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- La diálisis o hemodiálisis, ha afectado sus relaciones sexuales

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

LABORAL

PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS)

- Sentía que no podía lograr nada por el hecho de estar sometido a la Diálisis Peritoneal, o bien hemodiálisis.

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- Se sentía presionado por cuestiones económicas, y/o que no podía trabajar por la diálisis, o hemodiálisis.

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN

- Sentía que no podía trabajar o estudiar por la diálisis o hemodiálisis

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

- ¿Siente que el catéter de la diálisis o bien la fístula de la hemodiálisis, lo limita dentro de las relaciones de trabajo, o escuela?

Casi nunca ____ Pocas veces ____ Algunas veces ____ Muchas veces ____ Casi siempre ____

SOCIAL

- ¿Siente que era sencillo tener amigos, antes del trasplante?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Siente que no podía realizar actividades en las que intervinieran más personas como los deportes?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

COGNITIVO (LO QUE PIENSO)

FAMILIAR

RELACIONES CON HIJOS Y FAMILIARES

- Pienso que el estar sometido a la diálisis o hemodiálisis, afectó su relación familiar
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- De qué manera creé que su familia afrontó el haber estado sometido a diálisis o hemodiálisis:
Positiva ___ Negativa ___
- Pienso que, antes del trasplante la relación con su familia más cercana se fortaleció:
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Pienso que estar sometido a diálisis o hemodiálisis, le hizo ser demasiado dependiente de su familia:
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

LABORAL

- Pienso que su vida cotidiana fue alterada, debido a la diálisis o hemodiálisis.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Pienso que, antes del trasplante no lograba obtener empleo.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

SOCIAL

MODO DE VIDA COTIDIANO. SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES

- Usted piensa que tenía un grupo de buenos amigos en los que podía confiar, cuando se encontraba sometido a diálisis o hemodiálisis
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

- Pienso que fueron afectadas las relaciones con sus amistades, antes del trasplante.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Pienso que el catéter de la diálisis o bien la fístula de la hemodiálisis le ponía en desventaja frente a sus amigos para poder realizar actividades como bailar, correr, etc.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

CONDUCTUAL. (LO QUE HIZO)

- ¿Qué fue lo primero que hizo al recibir la noticia de su problema de salud
Negarlo ___
Agredir a las personas cercanas a usted ___
Evitar el problema ___
Aceptarlo ___
Ninguna de las anteriores ___
- De qué forma lidiaba con el catéter de la diálisis o bien la fístula de la hemodiálisis.
Positiva ___ Negativa ___

FAMILIAR

- Como reacciono su familia ante el tratamiento de la diálisis o hemodiálisis
Aceptación ___
Evitación ___
Apoyo ___
Agresividad ___
Ninguna de las anteriores ___

- Usted fue muy dependiente de su familia, antes del trasplante
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- El ocultar el catéter de la diálisis o bien la fístula de la hemodiálisis era parte de su vida cotidiana
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

LABORAL

- Antes del trasplante se proponía metas que estuvieran a su alcance lograrlas y así tener éxito en la vida
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Cree que sus éxitos y fracasos dependen de sus propias decisiones
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

CAPACIDAD DE TRABAJO

- Asistía a la escuela, antes del trasplante Sí ___ No ___
(En caso de responder a la pregunta anterior) ¿Qué estudiaba? _____
- Desempeñaba algún trabajo, antes del trasplante Sí ___ No ___
(En caso de responder a la pregunta anterior) ¿En que trabajaba? _____

SOCIAL

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

- De qué manera te divertías o, bien que actividades realizabas, antes del trasplante.
-

MODO DE VIDA COTIDIANO. SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES

- Asistía a algún grupo de apoyo durante la diálisis o hemodiálisis.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Asistía a actividades de diversión tales como cine, teatro, fiestas, antes del trasplante.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

EXPECTATIVAS. (LO QUE ESPERABA)

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SU ESTADO ACTUAL («SALUD ACTUAL») PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN

- Describa lo que realizaba durante una jornada cotidiana, antes del trasplante
-
-
-

- Señale con una **X** que actividades podía realizar antes del trasplante, así como la frecuencia:

	Casi Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Trabajar					
Deportes					
Estudiar					
Comer de					
Todo					
Tener pareja					
Tener hijos					
Ser independiente					

- ¿Cuáles eran las expectativas que tenía de la vida, antes del trasplante?
-

EJE 2. PSICOLÓGICO Y SOCIAL DESPUES DEL TRASPLANTE

ESTADOS EMOCIONALES (LO QUE SENTIO, LO QUE SIENTE)

- ¿Cómo se sintió en el momento en que le dijeron que lo iban a trasplantar?

Feliz ___

Triste ___

Nervioso ___

Ansioso ___

- ¿Cómo afectó su ánimo la noticia?

Nada ___ Un Poco ___ Regular ___ Mucho ___ Bastante ___

- ¿Cómo se ha sentido con el trasplante de riñón?

Muy Mal ___ Regular ___ Bien ___ Muy Bien ___

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

- Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___.

- Ha presentado síntomas negativos después del trasplante

Sí ___ No ___

- Se siente a gusto con la imagen que tiene.

Sí ___ No ___

- ¿Se siente poco atractivo (a)?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- ¿Siente que ha aumentado considerablemente de peso?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- ¿Siente que ha bajado mucho de peso?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted siente que tiene derecho a expresarse por sí mismo y a defender sus propias convicciones

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted siente que tiene derecho de considerar importantes los valores y los sentimientos

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Siente que usted no está en la tierra para satisfacer las expectativas de nadie.

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Siente que su vida le pertenece y que tiene derecho a existir

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted siente que es una persona encantadora y amigable

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted se siente competente para hacer frente a los retos de la vida.

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Considera que usted no es propiedad de nadie

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS / DEPRESIÓN Y ANSIEDAD / TEMOR O MIEDO

- Le causa miedo el no saber cómo resultara el proceso de recuperación, así como el tratamiento posterior al trasplante

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Siente que en cualquier momento puede enfermarse

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Últimamente se ha sentido ansioso, o preocupado por todo lo que le pasa.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
Sí ___ No ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
Sí ___ No ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

- Siente que no puede controlar la preocupación por el rechazo del riñón
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

RED DE APOYO SOCIAL; INCENTIVOS, MOTIVACIONES ILUSIÓN, ESPERANZA

- Siente que vale la pena vivir
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

FAMILIAR

VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN

- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

RELACIONES CON HIJOS Y FAMILIARES

- Actualmente se siente apoyado y/o querido; y que puede confiar en su familia
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Siente que su pareja lo ve poco atractivo (a)?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Siente que su familia recibe poco de usted:
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Siente que su forma de vivir interfiere con la de su familia
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

LABORAL

PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS)

- Siento que no podré lograr nada por el hecho de estar trasplantado.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Actualmente se ha sentido presionado por cuestiones económicas y/o que no puede trabajar por el trasplante
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN.

- Se siente limitado para realizar las tareas diarias por el trasplante
Sí ___ No ___

- Siente que si realizo cualquier cosa puedo perder el riñón trasplantado.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- El efecto de los medicamentos, así como la presencia de las heridas quirúrgicas no es ningún impedimento para ser feliz
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

SOCIAL

TEMOR O MIEDO

- Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
Nada___ Un Poco___ Regular___ Mucho___ Bastante___

VALORACIÓN SUBJETIVA DE LIMITACIÓN

- De qué forma siente que se vio alterada tu vida cotidiana con el trasplante renal
Positiva___ Negativa___
- Siente que no puede realizar lo mismo que las demás personas
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

RED DE APOYO SOCIAL; INCENTIVOS, MOTIVACIONES ILUSIÓN, ESPERANZA

- Siente que las actividades de recreación son importantes para usted.
Nada___ Un Poco___ Regular___ Mucho___ Bastante___
- Con que frecuencia las realiza:
Nada___ Un Poco___ Regular___ Mucho___ Bastante___

COGNITIVO (LO QUE PENSO, LO QUE PIENSA)

- Usted piensa que si quiere triunfar, tiene que aprender a conseguir sus metas y propósitos
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Usted piensa que merece ser feliz
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

FAMILIAR

- ¿Piensa que el estar sometido a un trasplante le hizo ser más independiente de su familia?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Constantemente tiene pensamientos como:
 - ¿Si muero quien va a cuidar a mis hijos?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
 - ¿Qué va hacer mi familia si no estoy?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

RELACIONES DE PAREJA Y SEXUALES

- Usted piensa que el trasplante influye en su relación de pareja
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Piensa que ha sufrido alguna disfunción sexual en la relación con su pareja
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Piensa que tener hijos es una prioridad en su vida
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

En caso de ser mujer contestar la siguiente pregunta

- Piensa que es importante estar embarazada:
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Piensa que el efecto de los medicamentos, así como la presencia de las heridas quirúrgicas lo limita para lograr una relación de pareja
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Usted se acepta así mismo tal y como es
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

LABORAL

PREOCUPACIONES ECONÓMICAS

Constantemente tiene pensamientos sobre:

- ¿Cómo va a sacar a su familia adelante?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Podré conseguir empleo y/o terminar la escuela?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Cuándo podré reincorporarme al trabajo?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Qué tipo de trabajo puedo realizar?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

SOCIAL

Constantemente tiene pensamientos sobre

- ¿Podré salir con mis amigos?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

MODO DE VIDA COTIDIANO. SATISFACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LAS RELACIONES

- ¿Piensa que tiene un grupo de buenos amigos en los que puede confiar?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- ¿Piensa que tiene una pareja estable que le apoya?
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

CONDUCTUAL. (LO QUE HIZO, LO QUE HACE)

TEMOR O MIEDO

Por favor, diga si le parece acertada o falsa cada una de las siguientes frases:

- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
Totalmente falsa ___ Bastante falsa ___ No lo sé ___ Totalmente cierta ___ cierta ___
- Estoy tan sano como cualquiera.
Totalmente falsa ___ Bastante falsa ___ No lo sé ___ Bastante cierta ___ Totalmente cierta ___
- Creo que mi salud va a empeorar.
Totalmente falsa ___ Bastante falsa ___ No lo sé ___ Bastante cierta ___ Totalmente cierta ___

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

- ¿Cómo enfrente la situación del trasplante?
Con aceptación ___
Con apoyo familiar ___
De forma positiva ___
De forma negativa ___
Con preocupación ___
Con agresividad ___
Con evitación ___
- ¿Cómo hace frente a los efectos secundarios de los medicamentos?
Con aceptación ___
Con apoyo familiar ___
De forma positiva ___
De forma negativa ___
Con preocupación ___
Con agresividad ___
Con aislamiento ___

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO ACTUAL

Por favor, diga si le parece acertada o falsa cada una de las siguientes frases:

- Mi salud es excelente:
- | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------------------|-------|----------|-------|--------------------|-------|----------------------|-------|
| Totalmente
falsa | _____ | Bastante
falsa | _____ | No lo sé | _____ | Bastante
cierta | _____ | Totalmente
cierta | _____ |
|---------------------|-------|-------------------|-------|----------|-------|--------------------|-------|----------------------|-------|
- Usted acepta sus errores
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Usted acepta como es su cuerpo
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - alguna vez usted ha rechazado o renegado de su cuerpo
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - alguna vez usted ha rechazado o renegado de sus conflictos
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Usted acepta sus sentimientos
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Usted acepta que se enoja
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - alguna vez usted ha rechazado o renegado de su enojo o frustración
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Usted es responsable de sí mismo
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Para usted vivir con un propósito en la vida significa ser feliz
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Usted evita o niega su situación de salud
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Cuando usted se sorprende en un error:
Se dice a sí mismo que es un tonto _____
Se siente inútil _____
Se siente asustado _____
Se dice a sí mismo que es imperdonable _____
Siente desprecio por sí mismo _____
O simplemente lo acepta y lo corrige _____
 - Usted es responsable de elevar su autoestima
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
 - Usted acepta la realidad de su problema de salud
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____

FAMILIAR

RELACIONES FAMILIARES

- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
- Usted es responsable de su conducta con su familia
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
- Considera que su familia es propiedad suya
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____
- Usted se interesa por las necesidades de su familia
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____

LABORAL

PREOCUPACIÓN POR EL FUTURO (DE LOS HIJOS, PROPIO, ECONÓMICAS)

- Se propone metas que están a su alcance lograrlas
Casi nunca _____ Pocas veces _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ Casi siempre _____

- Esta seguro que puede tener éxito en su vida futura.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Sus éxitos y fracasos dependen de sus propias decisiones
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

CAPACIDAD DE TRABAJO

- Asiste a la escuela Sí ___ No ___
(En caso de responder a la pregunta anterior) ¿Qué estudia? _____
- Desempeña algún trabajo Sí ___ No ___
(En caso de responder a la pregunta anterior) ¿En qué trabaja? _____
- El efecto de los medicamentos, así como la presencia de las heridas quirúrgicas es determinante para conseguir un empleo o estudiar:
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

SOCIAL

- Asiste a actividades de diversión tales como cine, teatro, fiestas.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Para usted es sencillo hacer amistades
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada
- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada
- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada
- Usted pone mayor atención en su trato con la gente
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
- Ha asistido a algún grupo de apoyo después del trasplante.
Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

EXPECTATIVAS. (LO QUE ESPERABA, LO QUE ESPERA)

- En general usted considera que su salud es:
Muy Mala ___ Regular ___ Buena ___ Muy Buena ___
- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
Algo peor ahora que hace un año ___
Mucho peor ahora que hace un año ___
Mucho mejor ahora que hace un año ___
Algo mejor ahora que hace un año ___
Más o menos igual que hace un año ___

- Señale con una **X** que actividades puede realizar ahora con del trasplante, así como la frecuencia:

	Casi Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Trabajar					
Deportes					
Estudiar					
Comer de					
Todo					

Tener pareja					
Tener hijos					
Ser independiente					

- Usted es responsable de las elecciones de sus actos
 Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___
 - ¿Qué espera lograr ahora en su vida?

- Describa en términos generales lo que realiza durante una jornada cotidiana

- El efecto de los medicamentos, así como la presencia de las heridas quirúrgicas son factores que influyen de manera importante para poder realizar sus metas y tener éxito
 Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted se da cuenta de cómo reacciona la gente por su forma de escuchar
 Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted se compromete a tratar a la gente de una manera más justa y benevolente
 Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

- Usted es capaz de recuperarse de cualquier derrota
 Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Muchas veces ___ Casi siempre ___

GRACIAS POR PARTICIPAR



Me gustaría compartir más información sobre la calidad de vida en el paciente con trasplante renal a través de una entrevista: Sí _____ No _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

e-mail: _____

Toda información que se maneja en este cuestionario; así como la de la entrevista es confidencial.

héroes por la vida

TÚ PUEDES SER UN HÉROE Y SALVAR VIDAS DONANDO TUS ÓRGANOS

DONAR ES DAR VIDA, ES UN ACTO DE AMOR QUE NOS PERMITE TRASCENDER

héroes por la vida

DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Yo _____
Nombre y firma

Por propia voluntad y a título gratuito dono para fines de trasplante al momento de mi muerte, con la esperanza de ayudar a salvar una vida:

A) Cualquier órgano o tejido

B) Sólo los siguientes _____

Comunica tu decisión a familiares y amigos

01800 201 7861
www.heroesporlavidacom



¿Cómo donar mis órganos?

Se puede donar de dos formas:

Todos podemos ser donadores al momento de morir:

- Los órganos que puedes donar son: corazón, riñones, páncreas, pulmones, hígado, intestino y células madre.
- Los tejidos que puedes dar son: córnea, piel, hueso, válvulas del corazón, tendones.

También puedes salvar la vida de un familiar o cualquier persona donando:

- Un riñón, se vive de manera normal con un solo riñón.
- Un segmento del hígado ya que con el tiempo se regenera.
- Las células madre de sangre de cordón umbilical, médula ósea o periférica.

¿Para donar mis órganos qué debo hacer?

- Reflexionar que tus órganos pueden salvar muchas vidas y hacerlo como un acto de amor.
- Informarte y aclarar todas las dudas que tengas al respecto.
- Platicarlo con tus familiares más cercanos, para que conozcan y apoyen tu decisión.
- Expresar tu deseo por donar a través de la tarjeta de donador voluntario.

- Inscríbete como donador voluntario en la página de Internet: www.heroesporla vida.com
- Portar tu credencial y comunicar tu deseo a tus familiares, ya que en ellos recae la decisión final de donarlos.

¿Cómo queda el cuerpo después de haber donado los órganos?

El especialista realiza incisiones poco visibles, dejando el cuerpo debidamente suturado y tratado con dignidad tal como lo establece la Ley General de Salud.

¿La donación implica algún gasto familiar?

Ninguno.

¿Qué opinan las religiones sobre la donación?

La mayoría de las religiones aprueban la donación de órganos y tejidos y la consideran como un regalo de vida, un acto de caridad. Si tiene alguna duda consulte con su consejero espiritual.

Testigo

Nombre y firma

En caso de accidente comunicarse con:

Nombre y teléfono

Lugar y fecha:

www.heroesporla vida.com

