

30
Rey

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**TRASTORNOS AFECTIVOS DE LA
PERSONALIDAD EN PACIENTES
CON TRASPLANTE RENAL.**

SILVIA MINERVA CEBALLOS HERNANDEZ

CLAUDIA GARDUÑO BUCIO

MEXICO, D. E.

FALLA DE ORIGEN

1891



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 está 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.

I N D I C E

Introducción.....	1
Marco Teórico	5
CAPITULO 1. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
Generalidades.....	13
Insuficiencia renal crónica.....	16
Síntomas de la insuficiencia renal crónica.....	18
Tratamiento de la insuficiencia renal crónica....	20
A. Tratamiento clásico.....	20
B. Diálisis peritoneal.....	21
C. Hemodiálisis.....	25
D. Trasplante renal.....	26
CAPITULO 2. TRASTORNOS AFECTIVOS DE LA PERSONALIDAD	
Generalidades.....	38
Depresión.....	47
Reacciones de ansiedad.....	57
Irritabilidad.....	61
CAPITULO 3. METODO	
Tipo de estudio.....	67
Planteamiento del problema.....	68
Hipotesis.....	68
Variables.....	70
Sujetos.....	71
Escenario.....	72
Instrumentos.....	73
Procedimiento.....	76

CAPITULO 4. RESULTADOS

Características de la población de estudio.....	78
Sentimientos y actitudes más frecuentes.....	80
Áreas afectadas de la vida del paciente.....	82
Tipo de relaciones familiares.....	83
Puntajes en la Prueba de Zung.....	84
Análisis de varianza.....	85

CAPITULO 5. DISCUSION..... 91

CAPITULO 6. OBSERVACIONES CLINICAS..... 101

CAPITULO 7. COMENTARIOS SOBRE LAS HISTORIAS CLINICAS..... 127

CAPITULO 8. CONCLUSIONES..... 135

CAPITULO 9. SUGERENCIAS..... 141

ANEXOS.....	147
-------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	163
-------------------	-----

I N T R O D U C C I O N

Actualmente el desarrollo de la Medicina en materia de trasplante renal se ha ido perfeccionando a tal grado, que el número de pacientes trasplantados esta aumentando de manera notable. Sin embargo, si bien es cierto que los problemas técnicos son menores, también es cierto que las complicaciones a nivel psicológico a pesar de tener una amplia repercusión en el tratamiento del paciente, son aun poco conocidas.

En la práctica médica se ha observado la manifestación de ciertos trastornos en la personalidad del paciente con patología renal, lo cual ha despertado un interés creciente en los médicos especializados en este tipo de padecimiento, quienes preocupados por brindar una mejor ayuda al paciente, no sólo se han ocupado por el aspecto médico, sino que también buscan enfocarse al manejo psicológico de esta enfermedad.

En México son escasas las investigaciones sobre las implicaciones psicológicas del trasplante de riñón, no obstante, es manifiesto que las personas que padecen insuficiencia renal atraviesan por una serie de cambios psicológicos en su personalidad que afectan severamente su ajuste emocional, social, económico y familiar.

Esta situación ha llamado la atención de los médicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, quienes encargados de la atención de este tipo de padecimiento, han

advertido por experiencia propia la tendencia del paciente a la depresión, dependencia, inseguridad, y en general, cierta dificultad para adaptarse a su nueva condición.

Por esto, se solicitó la colaboración de psicólogos para la realización de una investigación que contemple la finalidad de conocer y determinar objetivamente las características de la personalidad en el paciente con insuficiencia renal crónica, para hacer posible una mejor comprensión y manejo del problema, que permitan hacer más tolerables las distintas etapas a las cuales tiene que adaptarse el paciente en el transcurso de su tratamiento.

Por tal motivo, el objetivo de la presente investigación es explorar y determinar los trastornos, las actitudes y todo tipo de cambio emocional que puedan estar relacionados con el proceso patológico renal que requiere de un trasplante, y que cambia en muchos aspectos transitoriamente y en muchos otros definitivamente la forma de vida del paciente.

Para abordar el estudio de tales etapas se tomó en cuenta la sugerencia de los médicos tratantes de este tipo de padecimiento, los cuales han percibido en la práctica médica cuatro momentos decisivos y bien delimitados en la adaptación del enfermo a su padecimiento y al nuevo órgano.

Dichas etapas se exploraron dividiendo a la población total de pacientes trasplantados del Hospital de Especialidades

del Centro Médico Nacional en cuatro grupos de estudio, correspondientes al tiempo que llevan de haber recibido el nuevo riñón, y éstos son:

1. Pacientes en espera de un órgano para que se les sea trasplantado (en protocolo de trasplante).
2. Pacientes con menos de un año de haber recibido un trasplante.
3. Pacientes de uno a cinco años de trasplante.
4. Pacientes con más de 5 años con el trasplante.

De cada grupo se tomaron muestras de estudio.

Se estudiaron estos cuatro grupos através de una historia clínica psicodinámica lo más completa posible, junto con la aplicación de dos pruebas psicométricas: la "Prueba de Depresión" de Zung y el "Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota" (MMPI) de Hathaway, ambos de validez reconocida.

La historia clínica psicodinámica sirvió como herramienta para poder contrastar la personalidad previa al padecimiento así como los cambios afectivos y emocionales transitorios o persistentes que se presentan en las distintas etapas del padecimiento.

El MMPI se utilizó por ser una prueba que evalúa la presencia de cualquier alteración emocional en la personalidad del individuo. Mientras que el Zung tiene la ventaja de ser una

prueba sencilla y de fácil aplicación que brinda la oportunidad de conocer el estado anímico actual del paciente.

La investigación se realizó en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional.

Por lo tanto, se pretende que el presente estudio aporte básicamente conocimientos claros que sirvan para dar soluciones a una situación con necesidad de ser atendida y que aún no ha sido explorada a fondo, con la intención fundamental de establecer una verdadera y útil colaboración interdisciplinaria entre la Psicología y la Medicina.

M A R C O T E O R I C O

En el transcurso de las dos últimas décadas el campo de la Psicología Clínica se ha desarrollado sobresalientemente en nuestro país, abarcando no sólo aquellas áreas de intervención que corresponden básicamente a su especialidad, sino también a algunas que pertenecen a otros ámbitos profesionales.

Tal es el caso de los pacientes sometidos al uso de órganos artificiales o trasplantados, área en la que el interés psicológico se remonta a la década de 1950, con el advenimiento de las operaciones cardíacas. Este interés continuó a principios de 1960 con las operaciones a corazón abierto de las válvulas defectuosas, y se prolongó en esa misma década con estudios psicológicos a la adaptación al tratamiento en fallas renales donde se efectuaba la hemodiálisis y el trasplante de riñón.

La literatura psicológica en todas estas áreas ha florecido durante los últimos 25 años, principalmente en los Estados Unidos y en algunos países de Europa. La diálisis crónica ha llamado la atención en virtud de la problemática psicosocial asociada con su empleo. Concomitantemente se ha desarrollado un gran interés en la adaptación psicológica del trasplantado renal con particular atención en la manera en que el paciente acepta emocionalmente al nuevo órgano dentro de su esquema corporal.

Se ha observado que la evolución y el desenlace de un proceso orgánico pueden estar influidos por la actitud mental del paciente. Por lo tanto, la enfermedad cuya naturaleza física se ha demostrado, suele acompañarse por cambios psicológicos relevantes que el médico debe reconocer, dada su importancia tanto en el tratamiento como en el pronóstico (Noyes, 1971).

Es muy probable que un paciente que sufra de una enfermedad grave y progresiva va a desarrollar una respuesta psicológica a ésta. En ocasiones el daño que sufren la vida emocional y la salud mental del individuo debido a la enfermedad, suele ser más grave y permanente que el mismo padecimiento, dado el significado que tiene éste para cada persona (Noyes, 1971).

Los estados orgánicos son muy comúnmente la causa primordial de una baja en el estado de ánimo. Las afecciones físicas agudas o su convalecencia pueden precipitar un cambio en la personalidad de el paciente. Apenas existe un síndrome orgánico que una u otra vez no se haya presentado asociado con la depresión (Mayer-Gross, 1974).

Por otra parte, cuando la enfermedad amerita estancia prolongada en cama, hospitalización o cuidados intensivos que disminuyen física o emocionalmente la independencia y autosuficiencia del paciente, puede generarse regresión a sentimientos y conductas infantiles caracterizadas por pasividad y mayor dependencia. Esta situación que culturalmente es aceptable en un individuo enfermo, se transforma en un problema

cuando el padecimiento se prolonga, y el talante del enfermo lleva a un estado de total desinterés presentando un cuadro depresivo que llega a entorpecer el curso natural de la recuperación.

La intervención quirúrgica es de gran trascendencia emocional para el enfermo pues determina en él reacciones afectivas diversas; por ejemplo:

1. La necesidad de internamiento significa que el problema por resolver no es sencillo, lo que origina miedo a la enfermedad.

2. El enfermo rehuye a la hospitalización y más cuando se tiene que someter a una operación, lo que refleja su temor a la muerte.

3. Si el tipo de intervención puede afectar su capacidad física o su integridad estética, tendrá aprensión ante posibles secuelas de incapacidad o deformidad.

4. El régimen hospitalario implica aislamiento del medio familiar lo que determina temor a la soledad.

Por estos motivos el enfermo está predispuesto a la depresión, estado que se acentúa cuando el padecimiento y la intervención originan molestias y dolor (Calderón, 1987).

Algunas investigaciones realizadas en el extranjero han

determinado que así como las complicaciones médicas y quirúrgicas del trasplante de riñón se han reducido, las complicaciones psicológicas han sido prominentes, y en algunos casos han definido la sobrevivencia misma del paciente (Basch, 1973).

En cuanto a los pacientes que sufren insuficiencia renal crónica, todos ellos atraviesan por una serie de cambios psicológicos en su personalidad que afectan severamente su ajuste emocional, social, económico y familiar (Moliner S., 1981).

Diversos estudios han reportado un índice de suicidios importante entre los pacientes sometidos al tratamiento a base de diálisis (MaeneI, y col., 1980). Procci y colaboradores han reportado que tanto hombres como mujeres con insuficiencia renal crónica sufren un incremento en las disfunciones sexuales después del inicio del tratamiento con sus subsecuentes secuelas a nivel psicológico (1978).

En adolescentes con insuficiencia renal crónica, Tiza y colaboradores (1976) han encontrado que los jóvenes rechazan la idea de sentirse y ser diferentes a sus contemporáneos. Este sentimiento los lleva a temer incorporarse a la vida escolar. Además expresan mucha ansiedad respecto a su cuerpo y a su salud al sentirse incompletos. Muchas veces su ansiedad proviene del miedo a morir.

Tales cambios en la personalidad del paciente han sido observados directamente por los médicos tratantes de este tipo de patología, quienes han percibido cuatro etapas bien definidas en

la adaptación del enfermo a su enfermedad y al órgano trasplantado. Dichas etapas varían de acuerdo al tiempo que se tenga del trasplante y según la experiencia médica, los síntomas de desajuste se agudizan en los primeros meses de intervención y van decreciendo conforme avanza el tiempo.

Es por esto que en el presente estudio se tomaron en cuenta momentos que se consideran cruciales en el ajuste emocional del paciente a su nuevo órgano, y que conformaron a su vez los cuatro grupos de estudio.

El primer grupo contempló a pacientes en protocolo de trasplante y tuvo como finalidad evaluar el estado emocional del paciente para corroborar si existen o no cambios en su personalidad, y si estos cambios aumentan, disminuyen o se mantienen después del trasplante renal.

Esta etapa contempla el sufrimiento físico y emocional del paciente y su enfrentamiento con la clara posibilidad de muerte, con la opción de encontrar un posible donador, y dependiendo de las circunstancias de cómo se desarrolla, seguramente se provocarán problemas afectivos severos que van movidos por las polaridades esperanza-desesperanza y desesperanza-esperanza.

El segundo grupo estuvo integrado por pacientes con trasplante reciente, ésto es, que tuvieran de 3 meses a un año con su nuevo órgano.

Para el tercero fueron pacientes que tenían de uno a 5 años de trasplante; mientras que el cuarto grupo se conformó con los que tenían más de 5 años.

Estos últimos tres grupos incluyen el proceso quirúrgico, el postoperatorio, los resultados y la rehabilitación física del paciente, lo que conlleva a ciertos sentimientos fundamentales que pueden ser resultado directo de esta situación.

La evolución de la rehabilitación emocional del paciente a través de estas etapas no ha sido estudiada suficientemente en México por lo que se considera importante abordar su estudio.

Para ello se utilizaron la "Prueba de Depresión" de Zung, el "Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota" (MMPI), y una historia clínica psicodinámica.

Como la personalidad es única y diferente para cada ser humano, en el campo de la Psicología se ha tomado como la herramienta principal el uso de la ciencia de la historia, en este caso en particular, la historia clínica, biográfica y psicodinámica, que es la forma más eficaz y adecuada para entender la personalidad y su desarrollo, así como los cambios transitorios o definitivos que provocan en una persona dada las distintas vicisitudes de su existencia.

De entre todas las pruebas, el MMPI se consideró el más adecuado para el diagnóstico de estos pacientes ya que con él se

buscó obtener los rasgos de personalidad característicos de cada paciente, así como las posibles alteraciones o elementos patológicos que pudieran ser consecuencia de la situación en la que se encuentran, y que se manifiestan en el momento actual.

La "Prueba de Depresión" de Zung se consideró útil pues se partió de la idea de que los pacientes sometidos a un tratamiento a base de diálisis y los que posteriormente reciben trasplante de riñón, generalmente sufren una alteración de tipo depresivo en su estado de ánimo, según se ha podido constatar en la práctica médica. Con esta prueba se pretendió medir el grado de depresión existente en los pacientes en el momento en que fueron entrevistados.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, en la Unidad de Trasplante Renal, con una población de estudio integrada por 55 pacientes adultos mayores de 18 años, elegidos aleatoriamente del total de pacientes trasplantados y de aquellos que se encontraban en protocolo de trasplante.

Todo lo anterior persiguió la intención fundamental de establecer un perfil psicológico de los trastornos afectivos más frecuentes que se presentan en la gran mayoría de los casos (temores, regresiones, tensión, angustia, depresión, etc.), con el objeto de que este estudio sea útil para el apoyo y tratamiento psicológico que este tipo de pacientes necesita en forma específica.

Como resultado de esta investigación se intenta poder dar una guía para los médicos, las enfermeras, y la familia de los pacientes, así como muy especialmente para los psicólogos que atiendan estos casos.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

GENERALIDADES.*

La función principal del riñón es excretar el exceso de agua y de soluto no metabolizado en la dieta, además de los productos terminales del metabolismo no volátiles, para mantener un medio interno constante. Los componentes más importantes de la orina son agua, urea, sodio, cloro, potasio, fosfato y creatinina. El volumen mínimo de orina varía según la carga osmótica, la cual es afectada por la cantidad de urea, sodio y cloro. La ingestión de agua del sujeto ordinario se encuentra dentro de límites bien establecidos, de uno a dos litros al día, y su ingestión de sodio y proteína no varía mucho de un día a otro. Únicamente de vez en cuando sus riñones son sometidos a prueba al pasar una noche de celebración en un bar o durante enfermedades que producen fiebre, falta de agua, vómito y diarrea. Si los riñones son lentamente destruidos por enfermedad, puede seguir llevando una vida cómoda y trabajar en forma intensa hasta que ocurra pérdida del 90% de la función excretoria, a condición de que su existencia sea ordinaria y no ponga a prueba sus riñones por defectos dietéticos, enfermedad intercurrente o consumo de medicamentos que contienen drogas o electrolíticos que no puedan excretarse con facilidad. Aparentemente los procesos que controlan la excreción en estado de salud pueden adaptarse

*Para este capítulo será útil consultar el glosario de términos médicos (anexo I).

con buenos resultados para lograr el mismo propósito mientras disminuye el número de nefrones.

El riñón es un órgano de la economía con funciones muy importantes para la conservación de la vida. Puede decirse que es el principal órgano regulador de la homeostasis ya que mediante el desarrollo de sus funciones, se logra controlar y mantener en forma continua el estado del medio interno y el funcionamiento de los restantes aparatos y sistemas del organismo. Cuando cesa su función existen repercusiones en todo el cuerpo y la posibilidad de muerte.

Las principales funciones del riñón son las siguientes:

- a) Regular el metabolismo del agua y los electrolitos
- b) Regular el equilibrio del ácido básico
- c) Eliminar los productos del catabolismo tisular
- d) Regular la presión arterial
- e) Eliminar las sustancias tóxicas
- f) Estimular la hematopoyesis

Mediante la primera función, se logra el volumen y la concentración de los líquidos orgánicos, para que se mantengan dentro de límites normales constantes. Si, por ejemplo, se produce la ingestión exagerada de agua o de sales, éstos serán eliminados para retornar al estado normal.

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

Normalmente, durante el metabolismo de las células se producen ácidos que deben ser eliminados por el pulmón y por el riñón, con el fin de mantener el pH, o sea, la concentración de ácidos en el suero dentro de límites muy estrechos. Si no es así, se produce un estado de acidosis, que si llega a ser severo, también puede ser mortal.

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

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

El riñón también produce una sustancia llamada eritropoyetina que es necesaria para la formación de eritrocitos, de tal forma, que cuando cesa esta función, sobreviene un estado

de anemia progresiva con repercusiones en todo el organismo.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Cuando el funcionamiento del riñón cesa, se produce un estado conocido como insuficiencia renal, que puede ser de dos tipos: insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica. En el primer caso, como su nombre lo indica, la supresión del funcionamiento renal es brusco y si es tratado adecuadamente puede ser reversible; mientras que en el segundo caso, la supresión del funcionamiento renal es en forma progresiva y paulatina. Generalmente la falla renal es irreversible, a pesar de un tratamiento adecuado.

Para fines de este estudio se consideró exclusivamente a pacientes con insuficiencia renal crónica debido a que el trasplante de riñón se efectúa solamente en quienes tienen esta condición.

La insuficiencia renal crónica presenta varios estadios. En el primero solamente hay una disminución de la reserva renal que es de aproximadamente el 50% de los nefrones; sin embargo, los nefrones restantes bastan para mantener a la persona sin signos o síntomas, ni anomalías manifiestas. En el segundo estadio, la persona no tiene síntomas, sin embargo, puede detectarse por medio de pruebas de laboratorio, una ligera anemia. En este estadio, una infección, una intervención quirúrgica o una deshidratación, pueden precipitar cambios

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

Las causas de la insuficiencia renal crónica son muy variadas:

a) Enfermedades renales hereditarias

- enfermedad renal poliquística
- enfermedad quística medular
- nefritis hereditaria

b) Traumatismos renales

- golpes, heridas penetrantes
- procedimientos quirúrgicos

c) Infecciones renales

- bacterias
- tuberculosis

d) Intoxicaciones

- mercuriales
- oro, plomo
- fenacetina

e) Desórdenes metabólicos

- diabetes
- gota
- sarcoidosis

f) Enfermedades por depósito

- amiloidosis

- g) Enfermedades circulatorias
 - artereosclerosis o enfermedades hipertensivas
 - estenosis de arteria renal
 - trombosis de vena renal
- h) Enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo
 - lupus eritematoso diseminado
 - poliarteritis
 - granulomatosis de Wegner
 - escleroderma
 - púrpura trombótica trombocitopénica
- i) Enfermedades neoplásicas
 - linfoma
 - enfermedades mieloproliferativas
 - mieloma múltiple
 - carcinoma
- j) Enfermedades inmunológicas
 - glomerulonefritis
 - síndrome nefrítico

SINTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Los síntomas son muy variados y prácticamente todos los aparatos y sistemas de la economía están afectados. Sin embargo, aunque varían de acuerdo a la enfermedad primaria que originó la insuficiencia renal, los síntomas generales y más frecuentes son: astenia, adinamia, debilidad, mareos, hiporexia, cese o disminución del crecimiento y desarrollo, cefalea, dolor

abdominal, lumbar o suprapúbico y palidez.

Con respecto a síntomas que aparecen en el aparato urinario, y dependiendo de la etiología, se observa incapacidad de concentrar orina, oliguria, anuria, nicturia, enuresis, hematuria, piuria, poliaquuria, y disuria. Por los disturbios hidroelectrolíticos y acidobásicos se presenta edema, estados de retención de sales, acidosis metabólica, hipocalcemia y como resultado de esto, desmineralización ósea.

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

En el sistema hematológico el síntoma principal es la anemia, y en los estados avanzados, son las alteraciones en la coagulación sanguínea, con sangrados, melena, epistaxis, petequias y esquimosis.

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

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

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

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

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica varía según la causa que la produce. Sin embargo, como ya se menciona es una enfermedad irreversible, que progresa inexorablemente acabando con la vida del paciente a corto o a largo plazo. Ante este panorama el paciente se enfrenta a cuatro posibilidades que se enumeran a continuación:

A. Tratamiento clásico

Este consiste en una dieta apropiada y medicamentos sintomáticos que tienen el objeto de prolongar la vida y de controlar algunas de las manifestaciones de la enfermedad, y de disminuir el sufrimiento del paciente. Sin embargo, habitualmente

la enfermedad progresa y sólo termina con la muerte del paciente.

B. Diálisis peritoneal

Tanto el tratamiento a base de diálisis peritoneal como con hemodiálisis se emplean cuando la enfermedad ha llegado a hacer crisis.

La diálisis peritoneal se practica periódicamente y de manera paralela al tratamiento médico clásico. La diálisis es un proceso pasivo que consiste en la separación de moléculas pequeñas de otras moléculas de mayor tamaño. El proceso se lleva a cabo por difusión y ósmosis a través de membranas semipermeables.

La difusión es el paso de solutos de una región de alta concentración a una de baja concentración.

La ósmosis se refiere específicamente al movimiento de las moléculas de un líquido a través de membranas semipermeables.

Por ejemplo, supongamos que una solución que contiene moléculas de varios tamaños se coloca en un tubo que es permeable sólo a moléculas más pequeñas. Luego el tubo se introduce en un recipiente de agua destilada; las moléculas menores se desplazarán del tubo hacia el agua del recipiente, mientras que las moléculas mayores habrán quedado atrás. Este mismo principio se emplea en la diálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal se efectúa a través de un

catéter (sonda) de aproximadamente 35 centímetros de longitud que se injerta en la cavidad peritoneal localizada en el abdomen (2.5 centímetros por debajo del ombligo).

Este tratamiento consiste en la introducción a través del catéter de un líquido de diálisis con una concentración normal de electrolitos. En este procedimiento existe un compartimiento que es la cavidad peritoneal donde se aloja el líquido de diálisis. Otra parte es la red capilar donde circula sangre y que envuelve al peritoneo, y la membrana semipermeable que es el peritoneo.

Por ejemplo, si la sangre del paciente contiene una gran cantidad de sales, urea, creatinina, etc. y si el líquido de diálisis que previamente se introdujo en su cavidad peritoneal tiene sales y una concentración normal y no existe ni urea ni creatinina, entonces las sales y demás sustancias tóxicas pasarán de la sangre a la cavidad peritoneal y podrán ser eliminadas al extraer este líquido.

La función de dicho catéter es la de servir como ducto para infiltrar una solución dializadora y posteriormente drenarla, sacando así las sustancias tóxicas perjudiciales.

El catéter puede colocarse de dos formas: por trocar o perforación, o por operación quirúrgica.

Cuando se hace la colocación por perforación, por lo general es un catéter rígido, el cual se emplea cuando el

individuo llega al hospital en estado de gravedad completamente intoxicado por las sustancias que su riñón no ha podido depurar. Bajo este tratamiento el paciente se mantiene en hospitalización durante un tiempo que varía de 24 a 36 horas, dependiendo de su estado de gravedad.

La operación quirúrgica se practica para las posteriores dializaciones, una vez que el paciente ha pasado de un estado crítico a uno más estable. En la operación se injerta un catéter flexible que será permanente y mucho menos doloroso para el paciente, que el catéter rígido. Es una operación sencilla sin riesgos ni complicaciones mayores, con una duración aproximada de 30 minutos.

Con el catéter flexible se siguen dos pautas de tratamiento: 1) Diálisis peritoneal intermitente, y 2) Diálisis peritoneal continua ambulatoria.

1. Diálisis peritoneal intermitente.

Se practica dentro del hospital; el paciente permanece internado 1 ó 2 días para realizarse aproximadamente 36 cambios de solución dializadora, con un intervalo de 4 a 10 días entre cada hospitalización, dependiendo de la salud de cada paciente.

Bajo este régimen el paciente sufre un deterioro físico considerable porque va acumulando en el transcurso de los días previos a su hospitalización, mucho más toxinas que si se dializara con mayor frecuencia, sufriendo alteraciones

metabólicas importantes. Además tiene el inconveniente de crear cierta dependencia hacia el ambiente médico-hospitalario.

Este tratamiento tampoco es recomendable por el hecho de que a medida que el padecimiento avanza, se requerirán de diálisis peritoneales con mayor frecuencia y cada vez menos efectivas con un sufrimiento intenso del paciente cuando se somete al procedimiento, terminando con la muerte.

2. Diálisis peritoneal continua ambulatoria.

En este caso, el paciente es el responsable directo de su tratamiento ya que es él mismo quien lo efectúa fuera del ambiente hospitalario. Este tratamiento le exige mayor asepsia al individuo para evitar complicaciones.

Consiste en realizarse de tres a cuatro cambios diarios (28 cambios a la semana aproximadamente) lo que le permite llevar una vida más normal, ya que no tiene que internarse para efectuar las diálisis, además de que le es posible estar mejor nutrido y más estable, puesto que se desintoxica continuamente.

Ambos tratamientos contemplan como principales riesgos las infecciones de la cavidad peritoneal ya que el catéter es una entrada al organismo y puerta para cualquier agente nocivo.

En muchos países, la diálisis peritoneal intermitente está prohibida precisamente por el efecto desgastante que ejerce sobre el paciente. Sin embargo, en México aún se sigue empleando; el criterio para elegir entre este tratamiento y la diálisis

peritoneal continua ambulatoria, varia de un hospital a otro.

C. Hemodiálisis

Siguiendo este tratamiento el paciente es sometido a una pequeña intervención quirúrgica que gracias a una fistula cerrará el circuito sanguíneo, por lo general en un brazo, para poder conectarse así con la maquina de hemodiálisis, y depurar la sangre del paciente.

La hemodiálisis o diálisis extracorpórea, consiste en "sacar" una parte de la sangre del paciente y hacerla pasar por un dializador o riñón artificial y después de que haya terminado su paso, regresarla al paciente. El dializador consta en general de dos compartimientos, uno por donde pasa la sangre y otro por donde pasa el liquido de diálisis; ambos están separados por una membrana semipermeable, de tal forma que la sangre a su paso por el dializador, se va depurando de las impurezas que contiene y adquiriendo una concentración normal de electrolitos.

En este caso el agua pasa de un lado a otro de los compartimientos por diferencias de presión que son controladas a voluntad del médico, de acuerdo a la situación clínica del paciente. Para practicar la hemodiálisis además del dializador, se necesita un aparato que bombee al liquido de diálisis y que lo esté pasando a través de este dializador para obtener del paciente un flujo de sangre suficiente (lo que generalmente se logra por una arteria), por lo que previamente habrá que tener

una vía arterial disponible lo cual se logra mediante un procedimiento quirúrgico previo que es conocido como fistula arteriovenosa, mencionado anteriormente.

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

La hemodiálisis se practica con una frecuencia determinada de acuerdo con la situación del paciente, y en habitualmente es de dos o tres veces por semana, manteniendo este programa para toda la vida.

La dependencia hacia la máquina para sobrevivir plantea problemas psicológicos, amén de los laborales y económicos.

Bajo este régimen la vida del enfermo se va deteriorando poco a poco ya que tiene que someterse regularmente a larguissimas sesiones. Además tiene el inconveniente de que, por una parte, el costo por hemodiálisis es elevado y, por otra, no existen en nuestro país y ni aún en naciones más desarrolladas, los suficientes centros hospitalarios que practiquen estos procedimientos para las necesidades de la población y sólo un número muy limitado de pacientes puede ser atendido en estas unidades.

D. Trasplante renal

Consiste en la colocación de un riñón de una persona

que tenga función renal normal, dentro de la cavidad abdominal del paciente. Dicho riñón se encargará de realizar las funciones que se enumeraron inicialmente y mantendrá la homeostásis orgánica. Este procedimiento no está exento de limitaciones ni de complicaciones de índole diversa, sin embargo, en el estado actual de los conocimientos médicos, es el tratamiento de elección más prometedor para la insuficiencia renal crónica.

Antes de hablar con detalle del procedimiento quirúrgico conocido como trasplante renal, se considera necesario familiarizarse con la terminología técnica aceptada en la actualidad.

El autotrasplante o autoinjerto significa que un órgano es removido de su sitio normal para ser colocado en otro sitio del mismo individuo. En el caso del autotrasplante renal significa que el riñón es extraído de su posición habitual y es colocado en la fosa iliaca de la misma persona. Este procedimiento podría ser necesario si un paciente presentara lesiones vasculares irreparables en la aorta o arterias renales; en este caso no aparecerían problemas inmunológicos.

Isotrasplante o isoinjerto, significa que tanto el donador (individuo que da el órgano) como el receptor (individuo que recibe el órgano), tienen una estructura antigénica similar y, por lo tanto, generalmente no existen problemas inmunológicos. Por ejemplo, el que se lleva a cabo entre gemelos idénticos.

El homotrasplante u homoinjerto, significa que el procedimiento es llevado a cabo entre individuos de la misma especie, por ejemplo, de conejo a conejo; de hombre a hombre, etc. En esta situación, dado que existe diferente constitución genética, habrá problemas inmunológicos. El procedimiento consiste en obtener uno de los riñones del donador para ser colocado en la fosa iliaca del receptor.

1. Problemas inmunológicos del trasplante renal

En general, podemos decir que a medida que se va avanzando en la escala zoológica, se va diferenciando un tipo de tejido especial conocido como sistema inmunológico.

Este sistema tiene la función de reconocer y atacar substancias extrañas al organismo; es el método natural para defenderse por ejemplo, de infecciones. Cuando una bacteria o un virus se introducen al organismo, son inicialmente reconocidos por el sistema inmunológico y éste responde por una parte, con la formación de substancias que reciben el nombre de inmunoglobulinas o anticuerpos que serán los encargados de destruir la partícula extraña; y por otra parte, con la formación de células llamadas leucocitos, que tienen la función de destruir a la substancia extraña y que además son capaces de guardar la información para que si en el futuro el agente extraño es nuevamente introducido en el organismo, sea destruido en un periodo más corto de tiempo.

A toda substancia, partícula o célula que es capaz de

despertar esta respuesta inmune, se le denomina antígeno, y la respuesta despertada se denomina de dos formas: inmunidad celular cuando se forman células contra el antígeno, e inmunidad humoral cuando se forman anticuerpos contra dicho antígeno.

En el caso del trasplante renal, los antígenos se encuentran en las células del riñón trasplantado y reciben el nombre de antígenos de histocompatibilidad, y son transmitidos en forma hereditaria. Por lo tanto, cuando se trata de gemelos idénticos u homocigóticos, tienen la misma constitución antigénica y si se trasplanta un riñón de uno de ellos al otro, no provoca la respuesta inmune. Sin embargo, cuando no es así, los antígenos varían y sí provocan respuesta inmune que va dirigida a destruir las células del órgano trasplantado, ya que son extrañas al organismo, apareciendo entonces un fenómeno conocido como rechazo del trasplante. Cuando el parentesco entre donante y receptor es mayor, como es el caso de los hermanos, los antígenos serán más compatibles que en aquellos casos en que no exista parentesco alguno, y la posibilidad de que se presente rechazo será mayor en la medida en que la consanguinidad sea diferente.

2. Selección del receptor

Existen innumerables factores que influyen en la selección del paciente que va a entrar a un programa de trasplante renal; van desde los referentes a la salud del enfermo, hasta los socioeconómicos, y varían de acuerdo a cada

centro donde se practica este procedimiento. En general, se puede decir que el paciente deberá tener insuficiencia renal crónica irreversible, no tener alguna enfermedad sistémica que pueda repercutir en el trasplante, y no tener anomalías del tracto urinario bajo.

3. Selección del donador

También en este caso existen múltiples factores que influyen en la selección del donador y que varían de acuerdo a cada hospital.

Limitándonos a hablar sobre generalidades, se distinguen dos tipos de donadores: el vivo y el cadáver. En el caso del donador vivo debe buscarse siempre primeramente entre los hermanos del enfermo. Debido a la forma de herencia del sistema de histocompatibilidad, en una familia hay un 25% de posibilidades de que dos hermanos tengan idénticos antígenos de trasplante, un 50% de que compartan sólo la mitad (es la situación entre padre e hijo), y un 25% de que no compartan ninguno. En el primer caso, el resultado esperado es bueno y se precisará poca inmunosupresión.

Si sólo comparten la mitad de los antígenos, se precisa una inmunosupresión más enérgica, a pesar de lo cual es posible que se presente rechazo. Si el hermano no comparte ningún antígeno, su donación no tiene por qué ser mejor que si el riñón procediera de un cadáver. Ocasionalmente, se emplean riñones de

familiares más alejados, y rara vez de un sujeto vivo no emparentado.

Los riesgos a los que se expone el donante con la nefrectomía (operación consistente en extirpar un riñón) son prácticamente mínimos.

Una de las condiciones esenciales para realizar el trasplante, es que el donador tenga deseos de efectuar la donación. Otro factor es que deberá tener más de 18 años y menos de 60. Además los estudios clínicos y de laboratorio deberán ser normales y tener una función renal normal sin evidencia de infección.

En el caso del donador de cadáver, deberá tener una edad inferior a los 60 años, haber tenido una función renal normal antes de su muerte, y no presentar infección sistémica ni renal. Es importante también que no presente tumores malignos a excepción de los del cerebro. En el aspecto inmunológico deberá tener compatibilidad de grupos sanguíneos y ausencia de anticuerpos circulantes contra los antígenos del receptor.

4. Aspectos quirúrgicos del trasplante renal

En la víspera de la intervención, el paciente es sometido a tratamiento con hemodiálisis, por ser el mejor para mantener al individuo en buen estado de salud, a la vez que comienza con la terapia inmunosupresora.

La operación se efectúa comúnmente bajo anestesia

general. Durante esta se procede a colocar el riñón donado en la fosa iliaca, que por lo común es la derecha. La fosa iliaca es una ancha depresión en la porción superior de la cara interna de la cadera. Un cirujano cardiovascular procede a unir la arteria renal del riñón donado con una de las arterias iliacas del paciente y posteriormente une las venas renales a su vena cava inferior.

Terminadas las conexiones vasculares interviene el urólogo quien se encarga de reconstruir la vía excretora. Para ello, en ocasiones se une la pelvis renal del receptor a las del donante. En otros casos, se unen ambos uréteres (conductos mediante los cuales la orina va del riñón a la vejiga). Se conserva también intacto el uréter del donante, el cual se fija a la vejiga del receptor. Salvo excepciones, como en los casos de cáncer o tumores, no se extirpa el riñón o riñones dañados del receptor, por la dificultad quirúrgica que implica.

Al finalizar la operación, el paciente es instalado en un área especial en la que se incrementan las medidas para evitar infecciones. Se inicia entonces una serie de cuidados postoperatorios generales a los que se une la realización de una serie de pruebas enfocadas a determinar el tipo y cantidad del medicamento que va a tomar y vigilar el funcionamiento del nuevo órgano.

El enfermo se puede levantar al día siguiente y comenzar a tomar líquidos. A las 48 horas, se le puede retirar la

sonda urinaria, a la vez que se le autoriza una alimentación prácticamente normal.

5. Evolución del trasplante renal

Sorprendentemente una vez que es reinstalada la circulación en el riñón trasplantado, éste comienza a emitir orina en forma abundante. El estado urémico se recupera, la anemia progresivamente se corrige volviendo las cifras de hemoglobina a lo normal, y las repercusiones existentes en otros aparatos y sistemas también poco a poco se corrigen.

Estos pacientes necesitan recibir de por vida tratamientos que inhiben la respuesta inmunológica normal para evitar el fenómeno de rechazo. Existen varios tipos de tratamiento, pero en la actualidad son tres los métodos de uso más generalizado: la radiación, los fármacos inmunosupresores y la globulina antilinfocítica.

El desarrollo inmunológico logrado por estos tratamientos ha conseguido disminuir las reacciones de rechazo y se ha convertido en indispensable al permitir una vida más larga al enfermo trasplantado, pero todo ello a costa de que el paciente sufra una serie de complicaciones derivadas fundamentalmente de la falta de selectividad de todos los métodos empleados, pues además de suprimir la respuesta inmunológica en contra del injerto, también disminuyen el resto de las respuestas defensivas que normalmente encarga el organismo al sistema

inmunitario.

Algunas complicaciones graves debidas a la falta de especificidad de la terapia, incluyen una disminuci3n de la funci3n de la m3dula 3sea, frecuentes infecciones, y una predisposici3n marcada a la adquisici3n de tumores malignos. Dado que radiaciones y f3rmacos inmunosupresores actúan sin discriminaci3n se pueden producir importantes alteraciones, especialmente en las c3lulas de la m3dula 3sea encargadas de la producci3n de los elementos que forman la sangre, hasta provocar el desarrollo incompleto o defectuoso de este tipo de c3lulas, lo que exige la interrupci3n del tratamiento.

Las enfermedades malignas aparecen en los tres primeros ańos, afectando aproximadamente a 4 de cada 100 pacientes trasplantados. El c3ncer en la piel y en los labios son los m3s frecuentes.

Pero con mucho, el problema m3s importante de la inmunosupresi3n se centra en la falta de defensas del paciente contra todo tipo de agentes infecciosos, a3n contra los m3s inocuos. As3, g3rmenes que raramente causan problemas en los sujetos con una barrera inmunol3gica en buen estado, infectan a estos pacientes produciendo las llamadas infecciones oportunistas. Por ello, es recomendable en las primeras fases del trasplante, un riguroso aislamiento y estrictas medidas de asepsia, aunque desgraciadamente la eficacia final de todas estas medidas es escasa, puesto que con frecuencia los pacientes

adquieren infecciones diversas.

Por último, es preciso señalar que con la inmunosupresión se ha observado un aumento sustancial del número de pacientes trasplantados con tumores malignos, lo cual es lógico si consideramos que el sistema inmunológico tiene también como fin la destrucción de las células mutantes potencialmente malignas. Con todo, resulta paradójico que del 20% al 30% de las muertes en sujetos receptores de un órgano sean debidas a infecciones, el 1% a cáncer y sólo un 20% al rechazo. Es el tributo que paga el paciente trasplantado a la inmunosupresión sin la cual casi con seguridad perdería el trasplante.

Dentro de las complicaciones que se podrían considerar menores, se encuentran una serie de efectos secundarios que, si bien no son graves, sí producen trastornos de tipo físico y psíquico en los pacientes. Así, por ejemplo, con ciertos medicamentos como la ciclofosfamida puede aparecer calvicie, náuseas, e inflamaciones de la vejiga, acompañadas de hemorragias si el tratamiento se prolonga largo tiempo.

Otros productos como el metotrexato puede producir ulceraciones de la mucosa oral y diversos problemas gastrointestinales. Sin embargo, una de las complicaciones más importantes es el Síndrome de Cushing, que resulta de la administración de corticoides y que puede dar lugar a alteraciones de la apariencia física, como son la "cara de luna llena", depósito de grasa en distintas partes del cuerpo, y a

otras de tipo general como el agotamiento muscular, adelgazamiento de la piel, tendencia a la extravasación de la sangre en los tejidos, crecimiento de vello exagerado, y aumento de la mucosa en la sangre, pudiendo derivar a problemas más graves como diabetes, cataratas y osteoporosis.

El Síndrome de Cushing cuando es intenso puede producir problemas emocionales y psicológicos graves en los pacientes que lo tienen, particularmente en mujeres y niñas.

6. Complicaciones del trasplante renal

Las complicaciones que surgen a partir del trasplante renal son de índole muy diversa aunque en general, están condicionadas, por un lado, por la presencia de sustancias extrañas (antígenos) que despiertan la respuesta inmunológica normal para que el riñón sea rechazado; y por otro lado, por los efectos colaterales que tienen las medidas tomadas para deprimir esta respuesta inmunológica, ya que influyen disminuyendo la respuesta natural contra las infecciones, haciéndose los pacientes particularmente susceptibles a contraerlas.

El rechazo del trasplante puede presentarse en cualquier tiempo de su evolución, distinguiéndose las siguientes variedades:

-Rechazo sobreagudo. Se presenta inmediatamente que se ha establecido la circulación del órgano trasplantado y se debe a que el paciente presenta anticuerpos circulantes contra el nuevo

órgano.

Este tipo de rechazo se puede evitar no efectuando el trasplante en un paciente en quien se encuentren previamente anticuerpos circulantes contra el futuro donador.

-Crisis de rechazo. Estas se presentan durante la evolución del paciente, en cualquier momento, manifestándose por un descenso en la función renal. Estos episodios son tratados con altas dosis de glucocorticoides y radiación local del riñón; generalmente son reversibles al tratamiento y el paciente se recupera.

-Rechazo crónico. Algunos de los pacientes que presentan las anteriores crisis no responden completamente al tratamiento, evolucionando en forma lenta aunque progresiva a la insuficiencia renal crónica nuevamente. En este caso no hay un tratamiento apropiado; el paciente necesita volver a la diálisis peritoneal, a la hemodiálisis o esperar otro trasplante.

TRASTORNOS AFECTIVOS

El estudio de los problemas emocionales en un plan científico se inicia investigando los procesos de desarrollo de la personalidad y los trastornos patológicos que impiden que este desarrollo sea normal, durante la segunda mitad del siglo pasado con el Dr. Charcot y Janet en París, el Dr. Jung en Suiza y principalmente con la escuela psicoanalítica de Viena dirigida por el Dr. Freud. De éstos el que elaboró una teoría que intenta explicar al ser humano en su totalidad fue Freud, y es él quien por más de 100 años ha permeado todas las esferas de la Psicología. Sin embargo, su teoría adolece de dos errores fundamentales. Uno de ellos es su concepción del inconsciente y la amplitud que le dio a éste en la definición de la conducta humana: Y, por otro lado, su creencia de que la fuerza más importante y reprimida que le daba energía al inconsciente era el instinto sexual, de lo que resulta un hombre empobrecido y sin esperanza dado que si permitiera dar rienda suelta a sus impulsos sexuales resultaría un ser antisocial, y si, por otro lado, acepta la represión superyoica de la cultura será siempre un ser restringido culpable y ajeno a su propia naturaleza.

Posteriormente, comprendiendo esto, su propia hija Anna Freud buscó la forma de integrar a la teoría Psicoanalítica todas las funciones de las que la Psicología clásica se había ocupado, planteando esto como las áreas libres de conflicto del yo, tales como el pensamiento, la voluntad, etc.

Karen Horney, Igor Karuso y Erick Fromm replantearon de base el problema del ser humano e intentaron entender al hombre a partir del lado opuesto del Psicoanálisis clásico, es decir, de los problemas que emergen de la naturaleza humana y que están ahí debido a la telencefalización que le da al ser humano las capacidades de razón, imaginación, y muy especialmente de conciencia de sí mismo.

De estas capacidades nacen los grandes problemas y las grandes pasiones que están profundamente enraizadas en la naturaleza humana. El Dr. Fromm menciona que las mayores motivaciones de la conducta se originan de las contradicciones que en sí tiene la vida. Las dos más importantes son, por un lado, ser parte de la naturaleza, ser miembro de una especie, y a la vez, ser único y diferente, lo que lo enfrenta a su soledad, siendo éste base del proceso dinámico en el establecimiento de sus rasgos fundamentales de carácter.

La otra dicotomía existencial profundamente enraizada en la naturaleza humana es la dicotomía vida-muerte; sabe que está vivo pero que tendrá que morir irremediablemente.

De aquí que como dice el Dr. Mac Gregor, si se entiende el complejo edípico como lo plantea Freud, el hombre vive eternamente aterrado por el miedo de castración. Pero si se revisan algunos aspectos de la clínica infantil, los niños entre los 4 y 7 años están interesados en su cuerpo y en el de sus padres, pero a la vez descubren que existen personas con

mutilaciones e incapacidades físicas. Es decir, que el ser humano, y ellos mismos, son sumamente vulnerables. Y en esta época se subrayan estos temores gracias a los cuidados paternos para evitar que los niños sufran accidentes con consecuencias irreversibles.

Esto trae un cambio definitivo para comprender también a la mujer, la que para Freud era un ser incompleto que arrastraba su vida a través de caminos llenos de rencor constantemente teñidos por la envidia peneana. Por ello le fue imposible explicar que la niña tenga el mismo miedo de castración que el niño, dado que lo que los dos tienen es un temor realista o exagerado a perder su integridad orgánica.

Anna Freud expresó en una conferencia en Clark University que para ella no era el miedo de castración, sino el miedo a la muerte el que sufren todos los seres humanos.

Cualquier situación que amenace la integridad física del individuo, que produzca dolor, que afecte estéticamente, que disminuya en cualquier forma la autosuficiencia o que implique peligro mortal, va a determinar un cambio importante en el estado de ánimo.

La causa más común de un cambio afectivo suele ser una enfermedad. Es muy probable que una persona que sufre de una enfermedad desarrolle una respuesta psicológica a ésta, ya que por lo general, conlleva una alteración inesperada y no deseada

en el curso normal de su vida. Las manifestaciones de tales respuestas psicológicas están matizadas en gran parte por la personalidad de cada individuo, pero siempre estará presente un cierto grado de temor ante lo desconocido.

Frente a una enfermedad física el paciente puede aceptarla fácilmente, o bien, en ocasiones se descuida o se engaña a sí mismo respecto a la gravedad de la misma. No es raro encontrar casos en que el enfermo conscientemente desea curarse de la enfermedad, pero inconscientemente desea que se prolongue.

Los motivos que retardan la recuperación pueden ser de diversa índole. Para algunos enfermos el padecimiento es un recurso para lograr atención, mientras que para otros es un medio para castigarse debido a sentimientos de culpa, o para escapar de responsabilidades, o bien, como una forma de tomar venganza o de protestar.

Cuando una enfermedad física se acompaña de componentes emocionales que no se atienden, se tenderá a producir en muchos casos una convalecencia prolongada o se favorecerá una reacción de invalidez crónica.

Naturalmente cada individuo experimenta su enfermedad de acuerdo a su personalidad y a su propia historia, en concordancia con sus tipos establecidos de reacción contra el stress. Estos patrones se hacen aparentes en especial ante enfermedades invalidantes crónicas. Algunos pacientes aceptan su defecto con una actitud de apatía, rehusan hacer cualquier

esfuerzo activo para sobreponerse a su problema. Otros reaccionan con depresión y angustia, o con una sensación de optimismo y bienestar mayores de lo que se podría esperar. El enfermo a veces intenta mantener una sensación de salud a través de mecanismos psicológicos, o si siente que su enfermedad implica inferioridad, anormalidad o incurabilidad, puede, por medio de rencor y resentimiento, desarrollar diversas reacciones compensadoras y defensivas que a veces son de naturaleza agresiva.

En ocasiones, cuando los concomitantes psicológicos de la enfermedad repercuten en la familia del paciente, por ejemplo, cuando el individuo reacciona con irritabilidad, agresividad o de algún otro modo desagradable, o si la responsabilidad de cuidarlo implica frustrar los deseos más queridos de otro miembro de la familia, el enfermo puede llegar a sufrir más por las relaciones familiares que por su misma enfermedad.

Tratándose de intervenciones quirúrgicas la situación se torna más compleja. La intervención, por su carácter o significación, moviliza un determinado tipo de ansiedad como consecuencia del enfrentamiento claro ante una amenaza a la vida.

Cuando durante meses existe sufrimiento o peligro de muerte como en el caso de la insuficiencia renal crónica, el paciente, antes de llegar a adaptarse a las diversas circunstancias que su enfermedad conlleva, tiene que elaborar la pérdida que ésto significa. Esto quiere decir, la aceptación de haber perdido la salud y de que sus riñones no volverán a

funcionar como lo hacían.

Una vez que el paciente ha aceptado el diagnóstico y su nueva condición de enfermo, estará en mejor disposición para lograr adaptarse al tratamiento impuesto, a la pérdida de capacidades y autosuficiencia, y en general, a todas las restricciones que su vida tendrá, lo cual va a traer un cambio definitivo en su existencia.

El hecho de que el médico se exprese en la forma más explícita acerca del tipo de tratamiento que el paciente tendrá que llevar a cabo, las complicaciones que es posible esperar, así como lo que pueda deparar el futuro en cuanto a las posibilidades de éxito y rehabilitación, representan la mayor ayuda psicológica para el paciente ya que reducirá sus temores e inseguridad.

El trasplante de órganos constituye actualmente un problema quirúrgico de importante trascendencia. En los casos de trasplante renal se observa el establecimiento de una relación de dependencia entre donador y receptor; se describe en los pacientes que sufren el trasplante un sentimiento de volver a nacer; aumento de apetito y peso; temor a perder sus apoyos emocionales; disminución de la sexualidad; y sentimientos de culpa y dependencias respecto al donante, porque "no podrá pagarle todo lo que hizo por él"; por parte de quien brinda su órgano, cabe esperar que se desarrolle una sobreprotección agresiva que dificulta la evolución emocional del caso.

En el trasplante de riñón como en cualquier otra enfermedad física grave, su convalecencia constituye un problema psicológico. El paciente puede resistirse a renunciar a las ventajas secundarias que la enfermedad le proporciona. Puede experimentar resentimiento cuando nota que el calor de los sentimientos y el interés que hasta entonces manifestó su familia parecen ir disminuyendo. Lo más frecuente es que la familia insista en mantener una actitud de protección, y el enfermo en que lo traten como niño, de lo cual resulta la persistencia de características regresivas de la personalidad y el enfermo puede incluso crear nuevos síntomas conforme los va necesitando. Mientras más tarda el paciente en reasumir sus responsabilidades, más difícil le es volver a las mismas y con mayor firmeza se fijan las reacciones nocivas de la personalidad.

Las expresiones sintomáticas burdas de la conducta se conocen desde hace siglos. Lo que se llama anormal no es sino una expresión exagerada o desequilibrada de lo normal. Lo más fructífero es quizá considerar que la mayoría de las manifestaciones de los trastornos no son el resultado o la expresión de una "enfermedad", sino una forma de conducta o un modo de vivir que es el producto lógico de la dotación original particular de cada individuo, de las experiencias e influencias moldeadoras, del stress y los problemas que surgen de la vida emocional, de la incapacidad para enfrentar las tensiones, del tipo de reacciones de autodefensa que se utilizan para hacer mínima la angustia, y de cualquier afección corporal que altere

la integridad o la eficiencia del organismo de la persona. Por lo tanto, los trastornos en la personalidad deben considerarse como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un stress.

Si la personalidad se sujeta a tensiones productoras de angustia más allá de los límites de su capacidad para adaptarse, puede desorganizarse en su conducta normal. Todas las personas tienen esferas psicológicas vulnerables al stress, no importando cuán saludable parezca ser la adaptación. Si las experiencias del individuo tocan estas áreas y el grado de su naturaleza angustiante excede a la capacidad de la persona para manejar dichas tensiones por medio de métodos de adaptación saludables, el individuo se verá obligado a enfrentar dichas tensiones con métodos que manifiestan un trastorno en su personalidad. Si el stress se repite o se acumula, las defensas "normales" de la persona ya no son suficientes y se agota su capacidad de adaptación. No obstante, es incorrecto pensar que el stress, por sí solo, es el factor que precipita los trastornos emocionales.

Las alteraciones en la personalidad se manifiestan tanto en la conducta, en el pensamiento, en la conciencia, y muy especialmente, en la afectividad del individuo.

Entre los primeros cambios que se observan están los del afecto ya que la afectividad penetra y colorea toda la vida psíquica, determina la actitud general de rechazo o aceptación ante cualquier experiencia, promueve cualquier tendencia en

armonía con dicha experiencia, e inhibe cualquier impulso que no esté de acuerdo con la misma. Los estados afectivos proporcionan los impulsos dinámicos motivadores; sirven como señal o función que pone en alerta al yo; al mismo tiempo, son la fuerza impulsora que establece las defensas psicológicas que producen su propia represión.

Los factores afectivos pueden interferir con las tendencias volitivas e impedir que el individuo se de cuenta de algunos anhelos o de otros aspectos inaceptables de su vida mental. Es lógico pensar que los trastornos profundos de la afectividad pueden incluso producir alteraciones de la conciencia en los estados de perplejidad y atolondramiento de la depresión. Modifican no sólo las funciones psíquicas en su totalidad, sino también las fisiológicas.

El afecto o tono afectivo ejerce directa o indirectamente una poderosa influencia sobre el pensamiento y la conducta de todo individuo. El contenido del pensamiento no sólo está compuesto en su mayor parte por ideas con valor afectivo, sino que el juicio constantemente está siendo distorsionado e invalidado por ideas sobrevaloradas que dependen de razones emocionales. Los factores afectivos dirigen en gran parte las asociaciones; facilitan aquellas que ayudan a alcanzar algún objetivo; e inhiben las que son desagradables o que se oponen a alguna necesidad psicológica. Es más, los primeros juicios objetivos de valor, nacen de lo placentero y displacentero según Fromm (1982), mientras que para Jung es el afecto la fuente

central de los juicios de valor.

Si la atención de las necesidades o conflictos emocionales es mayor que la capacidad para evaluar la realidad, apreciar su significado, y permanecer en contacto con ella, el individuo comienza a interpretar sus experiencias según sus necesidades afectivas.

Todos los afectos poseen elementos conativos, razón por la cual las asociaciones y la conducta responden tan sensiblemente al afecto.

Un trastorno afectivo de la personalidad es una alteración de la conducta normal de un individuo que ocurre como resultado de una perturbación en sus sentimientos y emociones respecto a sí mismo y a los demás, fuere cual fuere su causa: medio ambiente, enfermedad, etc.

El tipo de carácter de cada individuo determinará el matiz específico del trastorno emocional.

Las fluctuaciones en el humor, ya sea en la dirección de la excitación, el entusiasmo y la euforia, o al contrario, en la dirección de la depresión, la tristeza y el decaimiento, son una ocurrencia cotidiana para cualquier hombre normal. La extensión y la duración del cambio dependen tanto de las circunstancias que lo han provocado, como de la constitución del individuo. Los cambios normales en la dirección ascendente, sin

embargo, rara vez alcanzan un grado tal que hagan necesaria la atención médica, y carecen de importancia clínica.

Por el contrario, las fluctuaciones en la dirección depresiva pueden fácilmente alcanzar una importancia tal que el sujeto se ve incapacitado y pide ayuda puesto que muchas veces llegan a una profundidad tal que pueden llevar al suicidio.

Los estados depresivos suelen clasificarse para fines diagnósticos de muy diversas maneras, ya sea por las características clínicas que sobresalen en cada caso, o por su etiología. No obstante, básicamente se distinguen dos tipos: las depresiones reactivas y las depresiones endógenas.

La depresión endógena se refiere a cierto tipo de melancolía caracterizada por la ausencia de estímulos ambientales desencadenantes que aporten elementos de comprensión psicológica que justifiquen tal condición.

Se aceptan como factores desencadenantes causas biológicas (como algunos trastornos de las neurohormonas), psicológicas, así como factores hereditarios-constitucionales.

La depresión reactiva, por el contrario, es consecuencia directa de un acontecimiento ambiental doloroso que en general implica una pérdida grave e irreparable.

De cualquier modo, sea una u otra, el afecto de depresión siempre incluye grados variables de tristeza, culpa y vergüenza; tristeza debido a una pérdida, culpa por errores

pasados, y vergüenza por no estar a la altura de un objetivo personal.

El cuadro clínico de la depresión presenta básicamente alteraciones francas en la esfera de la afectividad caracterizadas por diversos rasgos como son los siguientes.

La tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal manera que cosas que antes pudieran haber estimulado el ánimo del individuo, ahora abatido, no son efectivas. El decaimiento es un tono afectivo que puede variar desde un abatimiento ligero o un sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo; incluye además, una pérdida gradual y cada vez mayor de los intereses. El paciente está inmóvil, retraído, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo, sin ánimo y desesperanzado. La actitud afectiva desalentada y pesimista del paciente se proyecta en su ambiente el cual refleja su triste perspectiva de la vida. Se siente rechazado y sin que nadie lo quiera.

En algunas ocasiones la aflicción está relacionada con situaciones más o menos problemáticas que el enfermo amplifica considerablemente, y en otras sin ningún motivo se encuentra pesimista en relación con problemas supuestos o reales, y con frecuencia se ve pensativo y cabizbajo. Al referirse a la tristeza el paciente utiliza frecuentemente adjetivos como: desesperanzado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil, o culpable.

Cuando la depresión no es muy grave, el sentimiento de infelicidad puede fluctuar durante el día con altas y bajas, y aun retirarse por momentos ante estímulos circunstanciales, por ejemplo, un chiste o un evento favorable. Conforme se va acentuando el cuadro se presenta cierto ritmo en el día, con tendencia a incrementar por las mañanas y a disminuir por las tardes. La tristeza puede ir acompañada de llanto, aunque hay algunos pacientes que se quejan de su incapacidad para hacerlo.

El pesimismo da origen a sentimientos de devaluación personal que se manifiestan con frases como: "soy un inútil", "para mí ya no hay nada", "todo lo hago mal", "mi vida no tiene sentido", etc. Es importante considerar esta actitud negativa, sobre todo cuando el enfermo se niega a cooperar con el tratamiento por creer que su mal no tiene remedio, que nadie puede ayudarlo y que no vale la pena luchar.

El negativismo es una reacción psicológica que se caracteriza por la oposición y resistencia del paciente a todo lo que se le sugiere. Con frecuencia se expresa en forma de mutismo, rechazo a la comida, falta de obediencia a las peticiones y resistencia a los esfuerzos que se hacen por cuidarlo.

Otro síntoma frecuente es la inseguridad. El paciente manifiesta que ha perdido la confianza en sí mismo y que le cuesta trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad. Una decisión intrascendente se vuelve en ocasiones un gran problema.

La inseguridad y el pesimismo hacen que el enfermo se torne dependiente de sus familiares; así, una persona que era activa y dinámica empieza a pedir que se le apoye y ayude, incluso en detalles mínimos.

Las ideas de culpa, autoacusación y fracaso son elementos típicos del estado depresivo. El individuo tiene un concepto de sí mismo demasiado devaluado; los incidentes y pequeños errores del pasado reciben una interpretación determinada por el actual estado de ánimo. Se siente indigno y tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con su sufrimiento. Pierde iniciativa pues tiene la creencia de que cualquier acción que realice va a tener un resultado negativo. No actúa por temor a que el resultado previsto le vaya a producir más dolor del que actualmente percibe.

El embotamiento emocional o desligamiento en forma de indiferencia, es una forma frecuente de trastorno afectivo que está caracterizado por una sensibilidad insuficiente respecto a las experiencias que en estado normal dan placer o dolor. Se manifiesta una falta de empuje y de interés hacia las cosas que antes eran atractivas y gratas, como actividades deportivas, recreativas, culturales, etc.

Los impulsos suicidas suelen darse en los estados más severos de la depresión. Las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación de carencia de afecto y amor, y un profundo

sentimiento de haber sido rechazadas. La tentativa de suicidio es motivada por el deseo de vengarse o por la desesperanza. Tal vez el motivo que se reconoce en más de los casos es el deseo de que se sienta culpable una persona importante para el suicida, a quien él reprocha de haberlo abandonado; en este caso, el suicidio es un medio de imponer su voluntad y de vengarse. La mayoría de los suicidas sufren también de actitudes de autodesprecio, sentimientos de gran desesperanza y falta de defensa.

El miedo y la ansiedad son otras manifestaciones muy frecuentes. Sin embargo, aunque ambas tienen mucho en común, ya que representan señales de peligro, hay ciertas diferencias fundamentales. El miedo es la respuesta afectiva a un peligro externo, real y actual, y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora. La ansiedad es una sensación persistente de terror, aprensión o desastre inminente, que se presenta en forma no precisa. La ansiedad no puede referirse a objetos o incidentes específicos; el paciente ignora la fuente de su angustia. En ocasiones la angustia no está ligada a un contenido ideativo, sino que se experimenta como un miedo sin causa aparente. El paciente expresa sus molestias con frases como "siento un nudo en la garganta", "peso en el estómago", "falta de aire", etc.

Finalmente dentro de los trastornos del área afectiva, en el cuadro clínico de la depresión se presenta la

irritabilidad; el paciente tiene pésimas relaciones interpersonales en el trabajo, con los miembros de la familia, es agresivo al manejar. Todos éstos elementos están manifestando un estado depresivo caracterizado por hostilidad.

Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro de la depresión, sin embargo, pueden presentarse síntomas importantes. Es frecuente que las funciones senso-perceptivas estén afectadas, y es necesario repetirle a la persona las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Hay una disminución de la capacidad de atención y concentración, lo que inevitablemente repercute sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial o en ocasiones no se hace. Hay dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o para encontrar la palabra precisa en el momento deseado.

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas dan lugar a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen. El aseo personal decae y con apatía progresiva se busca en la cama un refugio para todos los problemas. En el trabajo el rendimiento es deficiente y se reduce la actividad al mínimo; la autoridad y la capacidad de mando se embotan. En general la actividad motriz se encuentra atetargada.

Los trastornos somáticos constituyen con frecuencia la

dolencia más importante del paciente, quien por lo general, subestima su problema emocional. Son frecuentes los trastornos del sueño en forma de insomnio; la anorexia; el debilitamiento o desaparición del deseo sexual; intensos dolores de cabeza; trastornos diversos en el aparato digestivo (frecuentemente diagnósticos de "colon irritable"), y del sistema cardiovascular (como alteraciones de la frecuencia cardíaca); y síntomas diversos como prurito, mareos, alopecia, etc.

Aunque la tristeza es uno de los síntomas característicos de una depresión, este síntoma que es tan frecuente puede no ser tan aparente, ya que en las llamadas "depresiones sonrientes" el enfermo acude al médico con quejas somáticas y se muestra alegre, cuenta chistes, bromea y en general, no da la apariencia de deprimido. A este cuadro se le conoce también como "depresión enmascarada" y en la mayor parte de las veces pasa desapercibida.

La causa más común de una reacción depresiva es un incidente, un pesar, una pérdida, o un desengaño que producirían un decaimiento de humor incluso en el individuo más normal. Para originar una afección psicológica el incidente tiene que ser de una índole desusadamente grave o que el individuo a quien le ocurre sea susceptible en exceso, o bien, que su susceptibilidad se haya visto aumentada por alguna otra causa.

Los estados orgánicos son muy comúnmente la causa principal de una depresión. Apenas existe una enfermedad que una

u otra vez no se haya presentado asociada con la depresión.

En lo que respecta a la diálisis peritoneal, se considera que para que tenga éxito esta medida el candidato debe ser capaz de adaptarse sin conflicto a un estado de dependencia. Esta capacidad le permite al paciente aceptar la diálisis y los caracteres variantes del personal que lo trata; le hace apto para seguir las instrucciones dietéticas, aceptando y resignándose al dolor. En otras palabras, se necesita que el paciente enfrente su problema con una actitud en la que demuestre tener mayor madurez para tolerar una situación en extremo difícil, ajustándose a las medidas que se necesiten tomar.

La diálisis como medida terapéutica presenta ante el paciente un recordatorio constante de que su existencia está en peligro. En realidad, casi todos los enfermos que necesitan este tratamiento tarde o temprano sufren algún tipo de trastorno en su personalidad. Cada uno sufre en forma constante de la angustia asociada a la percepción continua de su mortalidad inevitable, pero también sufre dolor el que quizá no desaparecerá debido a su enfermedad física persistente. Aunque la diálisis mejora la sensación subjetiva de bienestar, desde ningún punto de vista restaura la sensación de salud.

Así como el procedimiento de la diálisis afecta al paciente como individuo, la experiencia de ésta y el cambio en la conducta del enfermo habitualmente provoca cambios en la homeostasis familiar, que puede contribuir o no a mantener la

existencia precaria del paciente.

En el caso de un trasplante renal, quizá haya la necesidad inicial de investigar las fantasías inconscientes de los donadores, es decir, sus sueños expiatorios, reparativos y de rescate, y también cuáles son las motivaciones del donador en lo que respecta a su relación con el receptor (Noyes, 1981).

Las anomalías o trastornos físicos en ocasiones originan resentimientos y otras reacciones psicológicas indeseables, especialmente de tipo compensador, agresivo o de otro tipo defensivo, creando sentimientos de incapacidad para encarar las situaciones sociales conduciendo hacia sentimientos de inferioridad e inseguridad.

La adolescencia es el período en que los defectos físicos producen con más facilidad reacciones psicológicas nocivas.

Las enfermedades crónicas, con sus desventajas y frustraciones, y con los nocivos métodos que utiliza el individuo para tratar de compensarlas, implica un stress grave. El paciente con una enfermedad orgánica se enfrenta a dos tipos de problema para cuya solución tiene que echar mano de diversas defensas y mecanismos de adaptación:

a) problemas en gran parte conscientes, relacionados con las realidades de dolor, de la incapacidad para ganarse la vida y de las desventajas que impone a su familia, o que su

familia le impone.

b) problemas que surgen de las necesidades emocionales y de la activación de los conflictos inconscientes hasta entonces reprimidos.

El Síndrome de Cushing, consecuencia del trasplante renal, ha llamado la atención en virtud de la frecuente existencia de trastornos y síntomas mentales que van asociados a él. La diversidad de las alteraciones de la personalidad que se presentan es tan grande, que sin duda representan las adaptaciones defensivas del individuo ante el desequilibrio endocrino, y en grado considerable, ante la deformación física; conforme progresa la enfermedad, el aspecto del paciente cambia, por ejemplo, el de una mujer joven y atractiva, al de una dama obesa y barbada cuyas actividades se ven restringidas por la debilidad y el cansancio.

La respuesta que con mayor frecuencia se encuentra es una depresión reactiva, que en relativamente pocos pacientes se asocia con un retardo psicomotor. Otros enfermos sin depresión, muestran angustia, crisis de llanto, agitación, terquedad y a veces irritabilidad. En la actualidad se reconoce que por lo menos en la quinta parte de los casos con Síndrome de Cushing se presentan manifestaciones psicológicas.

Las reacciones de ansiedad constituyen un modo fundamental de respuesta en la adaptación normal a circunstancias

ambientales de índole particular. Traen consigo un tono emocional desagradable que puede predisponer al individuo a evitar las circunstancias que suscitan la reacción. Estas circunstancias son las que imponen al individuo una expectación de peligro o desgracia, o la necesidad de un esfuerzo especial cuyo momento no ha llegado aún. Todas las personas normales están expuestas a estas reacciones, por ejemplo, ante un examen, una entrevista, etc.

Comunmente las reacciones de ansiedad se asocian, como efecto secundario, a cierto grado de depresión, y es frecuente que provengan de lo que originariamente eran alteraciones depresivas.

La angustia es a menudo desplazada de su fuente original no reconocida, hacia otra situación que el individuo considera como una causa más razonable de aprensión e inquietud. Por ello cuando el estado de ansiedad persiste por algún tiempo, es probable que el trastorno fisiológico causado provoque cierto grado de hipocondría y temores de padecer una enfermedad orgánica.

La tensión y la incapacidad para sustraerse a las ideas desagradables generan deficiencias de energía e iniciativa. En personas susceptibles a tales reacciones muchas veces aparecerán francamente tendencias regresivas hacia actitudes infantiles.

Existen varios factores que tienen un papel considerable en la determinación de los estados de ansiedad. La

edad tiene mucha importancia; en general, la ansiedad se encuentra asociada con la inmadurez, por una parte, y con la edad avanzada, por otra. En la adolescencia se produce comunmente un aumento de ansiedad; el joven es propenso a sentirse inseguro especialmente en ciertos tipos de ambiente social, por ejemplo, cuando se encuentra con personas del sexo opuesto, o en lo que se refiere a las manifestaciones de las funciones sexuales en desarrollo. A medida que el individuo va llegando a la vida adulta, estas tendencias a la ansiedad generalizada se apaciguan. La edad media de la vida es la que está más libre de síntomas de ansiedad.

Los factores orgánicos pueden intervenir en la producción de una tendencia marcada a la ansiedad. Cualquier circunstancia que haya producido un desmejoramiento de la salud física por debajo de su nivel usual puede aumentar la tendencia a la ansiedad, por ejemplo, las enfermedades debilitantes o el sufrimiento prolongado con pérdida de peso y falta de sueño.

La causa precipitante de un estado de ansiedad suele ser, por lo regular, una de las desgracias a las que todo el mundo está expuesto como lo es la muerte de un familiar, la pérdida de un empleo, y en general, calamidades que generan gran tensión psicológica. Entre estas situaciones destacan las enfermedades orgánicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.

Las personas con respuestas de tipo ansioso muestran

cierta disminución en sus potencialidades; son individuos inseguros, se sienten incapaces, están sujetos a una constante tensión y preocupaciones diversas, magnifican sus dificultades y esperan lo peor. Su humor básico es aprensivo y tiende a la depresión, aunque muchos muestran un grado considerable de energía y productividad. Son menos capaces de asumir una responsabilidad sin ayuda o apoyo, y dependen para sentirse seguros, de la proximidad de ciertas figuras clave, generalmente la madre o el esposo. Es común el aspecto de inmadurez, una sexualidad atenuada o frigidéz, y a menudo una capacidad poco desarrollada para dar libre expresión a la ternura y el afecto maduros.

La reacción de ansiedad generalmente tiene una eclosión bien definida y se presenta después de una única o de una sucesión de experiencias traumáticas. El estado de ánimo se caracteriza por una anticipación temerosa, exacerbada a veces hasta un extremo de pánico. Hay un fuerte sentimiento de tensión, de encontrarse en tirantez, que se manifiesta objetivamente por el tono muscular, quizá un temblor de las manos, y en la tensión del rostro. Interiormente se experimenta una sensación de inquietud y de incapacidad para la relajación que se manifiesta al observador por pequeños movimientos inmotivados de las manos, por ejemplo, apretar los puños, tirarse de los dedos, o también, por pasear de arriba a abajo, o por tics faciales y muecas.

El paciente experimenta el estado afectivo como algo

sumamente desagradable. El sueño se halla perturbado en grado más o menos intenso. Por regla general, es difícil conciliarlo y cuando llega, resulta intranquilo y no satisfactorio, se interrumpe en las primeras horas y es cortado por sueños que pueden tener carácter aterrador. Encuentra dificultad para dedicarse a sus ocupaciones corrientes y para concentrarse; asimismo la memoria y la capacidad de evocación se encuentran disminuidas. Se vuelve irritable e impaciente, y disminuye su tolerancia a la frustración.

Un tipo especial del estado de ansiedad es el temor que manifiestan algunas personas por encontrarse lejos del ambiente familiar sin la presencia de alguna figura de apoyo a quien recurrir en caso de necesidad. Este sentimiento sobreviene en forma abrupta después de una situación de stress agudo que produce un cambio súbito desfavorable en la vida de la persona. Este sentimiento que es más típico en las mujeres que en los hombres, genera dependencia hacia otras personas. El individuo necesita estar cerca de alguien que lo proteja y que lo acompañe durante el día. Incluso llegan a sentirse incapacitados para andar a solas en la calle.

La irritabilidad es otra variante del estado anímico del individuo que, aunque constituye un tipo de emoción muy común en la vida ordinaria, puede llegar a tomar características patológicas importantes desde el punto de vista clínico.

Se entiende por irritabilidad a las tendencias a la

cólera en sus formas leves o severas. Este tipo de emoción es cosa corriente y familiar para todo el mundo. Constituye un modo de respuesta a estímulos psicológicos de un tipo particular, como son los que implican alguna amenaza para el individuo o que frustran algún curso de acción que se ha propuesto. En estos casos pueden tener como efecto estimular una acción agresiva contra el peligro y arrasar con todo impedimento a la acción.

Algunas personas se obligan en cierto modo a irritarse cuando se encuentran ante una frustración, sabiendo que este estado de ánimo les da energía, una osadía y una agresividad o determinación que de otro modo nunca alcanzarían. La capacidad para esta emoción constituye, por lo tanto, un auxilio para adaptarse con éxito, pero muy comúnmente, al menoscabar la ecuanimidad, conducen a una conducta impulsiva y mal dirigida que va contra sus propios fines.

Una causa importante de irritación son las distracciones que vienen a perturbar el pensar ordenado y se experimenta particularmente cuando se está haciendo un esfuerzo de concentración mental o bien de relajación. Los estímulos que se repiten de una manera variable y no predecibles también pueden ser motivo de irritación.

La irritación y la ira implican un estado de tensión que aumenta hasta un punto determinado antes de descargarse. En el individuo normal se encuentra siempre un periodo latente durante el cual la tensión va aumentando, a diferencia de los

estados mentales patológicos donde la explosión de una acción agresiva puede seguir casi instantáneamente al estímulo, o bien desencadenarse sin que sea posible discernir el factor que la precipitó.

El hombre cansado y con sueño es especialmente propenso a la irritabilidad. La mayoría de las personas son más irritables de lo corriente por las mañanas, lo cual puede deberse a la persistencia de un ligero grado de somnolencia algún tiempo después de despertar, o a que ha disminuido el azúcar en la sangre. De cualquier modo, es más propensa a mostrarse si se perturba el sueño.

La irritabilidad se puede presentar también al finalizar el día, con sensaciones asociadas de fatiga y tiende a ser más marcada en los trabajadores "cerebrales" que en aquellos que emplean el físico, a causa quizá, de la influencia sobreañadida de la tensión emocional. Algunas personas convierten en irritabilidad las tensiones emocionales que se originan de las preocupaciones, ansiedad o cualquier otra causa.

La irritabilidad es una característica dominante de ciertas reacciones neuróticas. Es un aspecto bien conocido de la neurosis de compensación crónica y no hay duda alguna de que es provocada por la situación emocional. Estos pacientes llevan una vida sin reposo de exámenes médicos e investigaciones en hospitales; su mente está llena de términos médicos mal dirigidos y de opiniones semicomprendidas y aparentemente contradictorias.

La frustración emocional, el descontento que aumenta a causa de desengaños repetidos y la falta de una ocupación útil proporcionan las bases necesarias para que la irritabilidad se convierta en permanente.

No es necesario suponer la existencia de una relación especial entre la irritabilidad y cualquier característica de la personalidad. La susceptibilidad individual a las reacciones de cólera es probablemente un rasgo de carácter como cualquier otro y sensible a los mismos grados de variación cuantitativa. Los hombres parecen ser, en conjunto, más irritables que las mujeres, pero esto puede deberse a que propenden a manifestar la irritación de una manera abierta y agresiva.

La irritabilidad varía con la edad. La capacidad de reprimir la cólera es menor en la infancia y aumenta gradualmente con la madurez hasta que empieza el periodo involutivo en que disminuye nuevamente con las alteraciones regresivas del cerebro. Aunque el ambiente influye de un modo considerable para provocar la cólera y causar fases temporales de irritabilidad, es de dudar en qué medida puede alterar la predisposición si no es por el efecto directo sobre la estructura del cerebro. La frustración emocional constante y continua durante muchos años predispone igualmente a la irritabilidad.

En lo referente a la susceptibilidad a los diversos tipos de factores irritantes, existe una notable variación individual. Algunos son particularmente sensibles a todo lo que

ofende su vanidad y otros son intolerantes contra cualquiera que contrarie sus deseos. Entre los estímulos emocionales indiferentes, el ruido parece particularmente apropiado para producir irritabilidad, al igual que el alcohol suele desencadenar una conducta irritable, violenta y destructiva en sujetos con un temperamento agresivo.

Las características clínicas son una sensación de tensión que tiende a culminar en explosión con una reacción súbita. Si la descarga se verifica a gran escala, el estado afectivo puede quedar completamente resuelto pero también es posible que se produzcan pequeñas explosiones más o menos reprimidas que mantienen la tensión dentro de ciertos límites, pero no la descargan por completo. Una descarga grande dura sólo un corto período, rara vez más de algunos minutos durante los cuales existe una considerable perturbación de la conciencia normal y un aumento notable en la automaticidad de la reacción. Esta suele ser motriz, y se muestra en palabras o hechos y es de cualidad agresiva.

La conciencia se estrecha y sólo atiende a ciertos objetos. Aun los estímulos muy dolorosos pueden llegar a no sentirse en absoluto. Aparte de esto, existe conjuntamente, a menudo, un cierto grado de aturdimiento. Las acciones pueden ser absurdamente inadecuadas a toda consideración racional de las circunstancias, y algunos instantes después el individuo puede estar profundamente arrepentido de ello. Después del ataque puede

observarse un sentimiento de euforia o bien, de ansiedad o depresión.

Se encuentra con frecuencia que las explosiones de cólera ocurren regularmente en asociación con alguna forma de tensión fisiológica.

Algunos aspectos de la irritabilidad pueden estar ligados a un mal control de la agresión o a la persistencia de una actitud infantil tipo berrinche.

M E T O D O

TIPO DE ESTUDIO

La investigación que se llevó a cabo es un estudio de campo debido a que el principal factor de cambio es el trasplante renal (variable independiente) el cual no está sujeto a ningún tipo de control ya que su presencia no depende de los investigadores, sino de las condiciones médicas y de salud del paciente.

Para estudiar los tipos de trastornos de la personalidad que se presentan en las diferentes etapas de la evolución del padecimiento renal en el paciente, se realizó un estudio de tipo transversal por la ventaja que tiene de dar a conocer todo el proceso de la enfermedad en un periodo corto de tiempo.

Las variables sexo, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil y religión, no fueron manipuladas debido a que la influencia que ejercen es menor a la del trasplante renal; el único criterio de selección de los sujetos fue la edad, tomándose en cuenta solamente personas de más de 18 años puesto que una gran cantidad de pacientes trasplantados del hospital donde se llevó a cabo el estudio son mayores de edad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de las ocasiones el paciente con insuficiencia renal crónica recibe atención exclusivamente a su padecimiento desde el punto de vista médico, y pocas veces se toma en cuenta su estado anímico. Sin embargo, los médicos tratantes de este tipo de padecimiento del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional han tomado conciencia de la relevancia que tienen los aspectos psicológicos para la recuperación física del paciente. Ellos mismos han percibido la presencia de ciertos trastornos emocionales en los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a trasplante, motivo por el cual consideraron necesaria la realización de un estudio dirigido a investigarlo. Por lo tanto, se planteó la siguiente interrogante:

¿Es posible observar en los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a trasplante de riñón, trastornos afectivos en su personalidad?

HIPOTESIS

Hipótesis conceptual:

- Todo cambio en la salud o en la biología de un individuo que pone en peligro su vida y que va acompañado por graves alteraciones físicas, seguramente irá acompañado de cambios en la personalidad y trastornos afectivos severos.

- Todo tratamiento por necesidad permanente produce cambios en el vivir del paciente y, por lo tanto, seguramente traerá cambios en su personalidad y trastornos afectivos severos.

- El trasplante de órganos, y en este caso específicamente el trasplante de riñón, tanto por las peculiaridades que lo hacen necesario como por la búsqueda y espera del donador, y las esperanzas y temores que conlleva la operación, así como por el tratamiento por necesidad indefinido para evitar el rechazo, producen seguramente cambios en la personalidad y trastornos afectivos severos.

- Por lo tanto, siendo éstos los elementos fundamentales de la triada: enfermedad, tratamiento y trasplante, se piensa que cada uno acarrea cambios específicos de la personalidad y del afecto, y que estos cambios pueden influir en forma positiva o negativa en los procesos de tratamiento.

Hipótesis de trabajo:

- Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan trastornos afectivos de la personalidad.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con insuficiencia renal crónica en relación a la presencia de trastornos afectivos de la personalidad.

H₁: Si existen diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con insuficiencia renal crónica en relación a la

presencia de trastornos afectivos de la personalidad.

- El grado de trastornos afectivos en la personalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a trasplante de riñón, varía dependiendo del tiempo que tengan de haber sido trasplantados.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de trastornos de la personalidad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a trasplante, en relación al tiempo que tengan de haber sido trasplantados.

H₁: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de trastornos de la personalidad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a trasplante, en relación al tiempo que tengan de haber sido trasplantados.

VARIABLES

Variable independiente (VI): trasplante renal.

Variable dependiente (VD): trastornos afectivos de la personalidad.

Definición de variables:

VI. Es la extirpación de un riñón de un organismo y su implantación dentro del cuerpo de otro individuo.

VD. Es una alteración de la conducta normal de un individuo que ocurre como resultado de una perturbación en sus sentimientos y en sus emociones respecto a si mismo y a los demás, sea cual fuere su causa: medio ambiente, enfermedad, etc.

Definición operacional:

VI. Se determino que una persona tenia trasplante de riñón, a través de la información del médico.

VD. Se midió a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), de la Prueba de Depresión de Zung, y de una historia psicodinámica del individuo.

Las variables extrañas sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico y religión, no se manipularon pero se tomaron en consideración para el análisis final de los datos.

SUJETOS

Por sugerencia del Jefe de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, se consideró necesario formar 4 grupos de pacientes que representaran momentos decisivos en la adaptación del individuo al trasplante, tanto física como emocionalmente. Cada grupo estuvo integrado por pacientes mayores de 18 años seleccionados aleatoriamente bajo el criterio del tiempo que tenían de haber sido trasplantados, hasta cubrir el número necesario para

cada grupo.

Se tenía planeado que cada grupo estuviera constituido por 15 pacientes, sin embargo, los primeros dos grupos quedaron incompletos debido a problemas de salud de los enfermos que les impidieron concluir con el estudio.

Grupo I. Pacientes que se encontraban en protocolo de trasplante (12 pacientes).

Grupo II. Pacientes que tenían de 3 meses a un año de haber sido trasplantados (13 pacientes).

Grupo III. Pacientes que tenían de un año a 5 años de trasplante (15 pacientes).

Grupo IV. Pacientes con más de 5 años de haber sido trasplantados (15 pacientes).

ESCENARIO

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Trasplante Renal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, en cubículos acondicionados para cada uno de los investigadores.

Cada cubículo dispuso de un escritorio y dos sillas; contaron con iluminación y ventilación adecuadas, además de que permitieron tener el grado de privacidad necesario para la realización del estudio. Asimismo, se contó con la sala de espera de la Unidad de Trasplante Renal para la aplicación de las pruebas.

INSTRUMENTOS

Para evaluar los cambios en la variable dependiente se utilizaron los siguientes instrumentos:

Historia clínica psicodinámica.

Es la historia de los hechos y experiencias significativas para una persona a partir de la infancia en adelante y que tienen significado especial para sus procesos existenciales, así como en la formación de los rasgos de carácter más peculiares que pueden ser elicitados a través de la historia de sus relaciones con la gente y el mundo que la rodea. Esta historia se obtuvo por medio de una entrevista clínica estructurada (ver anexo II).

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Cuestionario de personalidad compuesto de 566 oraciones autodescriptivas construidas para valorar el tipo de personalidad y dar un diagnóstico clínico en base a ello. Consta de 10 escalas clínicas referentes a diversos rasgos de personalidad, y de 3 escalas de validez que determinan la actitud del individuo al responder la prueba.

Cuenta con una base matemática estadística sólida que permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y, por otra parte, constituye un documento mediante el cual, un individuo define sus propias características y la

imagen que tiene de sí mismo. En este sentido se le puede considerar una técnica de inventario con excelentes bases psicométricas y una técnica, hasta cierto punto, bastante proyectiva.

A través de esta prueba se buscó obtener los rasgos de personalidad del paciente así como las posibles alteraciones o elementos patológicos que pudieran ser consecuencia de la situación en la que se encuentran y que se manifiestan en el momento actual.

Prueba de Depresión de Zung.

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sea emocionales o físicas. La Prueba de Depresión de Zung no está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve, más bien, para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones que se obtengan en esta prueba no son en sí mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas que pueden o no tener importancia clínica.

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 enunciados, cada uno de los cuales esboza una característica específica y usual de la depresión. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen:

- Muy pocas veces
- Algunas veces
- La Mayor parte del tiempo
- Continuamente

Cada enunciado se responde de acuerdo a estas cuatro opciones de respuesta, marcando aquella que sea la más representativa del estado de ánimo de la persona al momento de contestar la prueba. Por ejemplo, si el sujeto se siente "Melancólico y abatido la mayor parte del tiempo", marca con una X en esa columna, y así sucesivamente hasta finalizar la prueba.

Las declaraciones están redactadas en un lenguaje común de los que sufren una depresión (ver anexo III).

Para calificar la prueba se utiliza una plantilla especial que cuantifica el valor de cada respuesta; todas las calificaciones de los 20 reactivos se suman para obtener una puntuación total. Esta calificación se convierte en un índice basado en 100 (ver anexo IV). La escala está diseñada de tal modo que un índice bajo indica poca o ninguna depresión, y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

En el anexo V aparecen los diferentes grupos diagnósticos y el índice promedio correspondiente en la prueba de Zung para cada uno.

En ocasiones los enfermos tendrán dudas sobre ciertas declaraciones. A algún paciente se le ocurrirá preguntar como

contestar el reactivo 5 siendo que está a dieta y en consecuencia no come igual que antes; en este caso se le pide que conteste como si no estuviera a dieta. Cuando titubeen ante el reactivo 8, sobre las relaciones sexuales, se le preguntará si disfruta de estar con personas del sexo opuesto.

Se han incorporado a la prueba de Zung ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de respuesta. En cuanto a las declaraciones, es difícil que el paciente discierna alguna tendencia en sus respuestas puesto que la mitad de las declaraciones está redactada de modo sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativa. Por ejemplo, el primer enunciado: "Me siento abatido y melancólico", es positivo; el segundo: "En las mañanas me siento mejor", es un enunciado negativo ya que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de las personas deprimidas, quienes se sienten peor por las mañanas.

Por otra parte, se usa un número par de columnas y no un número non, para impedir la posibilidad de que el sujeto marque una columna central con el fin de dar una apariencia de promedio.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento que a continuación se describe se siguió para cada uno de los pacientes independientemente del

grupo al que pertenecían. Asimismo, el orden en que fueron entrevistados y evaluados no fue estricto, sino que dependió de la disponibilidad de ellos para participar en el estudio.

Cada semana se formaba una lista de los pacientes que serían evaluados y se les daba la cita correspondiente.

Primeramente, y en forma individual, se llevó a cabo la entrevista clínica para obtener una historia psicodinámica del individuo lo más completa posible. En la mayoría de los casos se logró obtener la información necesaria en una sola sesión, sin embargo, hubo pacientes para quienes se requirió de mayor tiempo, por lo que se les citó para una segunda entrevista con el objeto de concluir su estudio.

Cada sesión de entrevista tomó un tiempo aproximado de dos horas, después de lo cual se aplicó la Prueba de Depresión de Zung, que no dilató más de 15 minutos para resolverse.

Al terminar la prueba de Zung se le dieron a cada paciente las instrucciones del MMPI para que lo contestara, y una vez comprendidas, pasaba a la sala de espera de la unidad de trasplante renal para resolverla (esta vez sin la presencia de los investigadores). El tiempo que ésto tomó fue de una hora y media a dos horas.

El estudio se corrió en poco más de seis meses, tiempo necesario para cubrir el número de pacientes para cada grupo.

R E S U L T A D O S

Los resultados se obtuvieron a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) por medio de la computadora (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner, 1980).

Dentro de este paquete se aplicaron diferentes programas; el primero de ellos fue un análisis de frecuencias que permitió elaborar un análisis descriptivo de la muestra para conocer la distribución de las características más importantes de ésta, con base en las frecuencias absolutas, frecuencias relativas, medidas de tendencia central (media, mediana y moda), así como medidas de dispersión (desviación estándar).

Las características más sobresalientes de la población de estudio son las siguientes:

TABLA 1. GRUPOS DE ESTUDIO

G R U P O	PACIENTES	%
I. En protocolo	12	22
II. Con menos de un año de Trasplante	13	24
III. De 1 a 5 años de Trasplante	15	27
IV. Con más de 5 años de Trasplante	15	27
TOTAL	55	100

Los cuatro grupos de estudio estuvieron integrados como sigue: el 22% (12) son pacientes en protocolo de trasplante; un 24% (13) son los que tienen de tres meses a un año con el

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

trasplante: un 27% (15) son pacientes de uno a cinco años de trasplante; y otro 27% son los que tienen más de cinco años con el trasplante (ver tabla 1).

La muestra se conformó por 33 hombres (60%) y 22 mujeres (40%), cuyas edades variaron en un rango de 18 a 53 años, siendo la edad promedio de 30 años; la mayoría de los sujetos tenían 25 años.

En cuanto al estado civil un 54% de los pacientes (30) son solteros y un 40% (22) son casados; el resto son personas viudas, divorciadas o que viven en unión libre (ver tabla 2).

TABLA 2. ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DE ESTUDIO

E S T A D O C I V I L	PACIENTES	%
Solteros	30	54
Casados	22	40
Divorciados	1	2
Viudos	1	2
Unión libre	1	2

La mayoría de los pacientes (38%) contaban con estudios de secundaria o equivalente a nivel técnico (ver tabla 3).

TABLA 3. ESCOLARIDAD DE LA POBLACION DE ESTUDIO

E S C O L A R I D A D	PACIENTES	%
Primaria	9	16
Secundaria o nivel técnico	21	38
Preparatoria	10	18
Profesional incompleta	10	18
Profesional completa	4	7
Posgrado	1	2

En cuanto a la ocupación de los pacientes se observa que un porcentaje alto se mantiene activo ya que el 38% de los pacientes (21) son empleados; un 13% (7) son profesionistas; 9% (5) estudian; un 7% (4) se dedican a labores a nivel técnico; un 7% (4) son personas que se dedican a labores del hogar; mientras que el 26% de los pacientes (14) no realizan por el momento ningún tipo de actividad (ver tabla 4).

TABLA 4. OCUPACION DE LA POBLACION DE ESTUDIO

O C U P A C I O N	PACIENTES	%
Empleados	21	38
Ninguna	14	26
Profesionistas	7	13
Estudiantes	5	9
Técnicos	4	7
Hogar	4	7

Por otra parte, también se hizo un análisis de frecuencias para determinar, a través de las historias clínicas, cuáles son los sentimientos y actitudes que se presentan en un gran número de pacientes y que son producto directo de la enfermedad renal; así mismo, se determinaron cuáles son las áreas más afectadas en la vida de los pacientes. De cada uno de estos aspectos se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas con que se presentan.

Se observó que la depresión en sus diversos grados se registró en el 100% de los casos, siguiéndole el sentimiento de miedo con un 93%. Con un 73% estuvieron presentes las actitudes de dependencia no necesaria, tales como conducta infantil, el gusto por ser el centro de atención, por ser servido, etc.

El sentimiento de ansiedad, al igual que la necesidad de conocer y entender la enfermedad se presentaron en el 67% de los casos.

El sentimiento de coraje ante la enfermedad se encontró en un 55%, en tanto que los cambios en la manera de pensar, es decir, la nueva actitud del paciente ante su propia existencia en relación al aprecio que le tiene a la vida, se encontró que un 42% de los pacientes valoran más su vida.

Un 46% de la población de estudio marcó la necesidad que sienten por autoafirmarse (rechazo a ser tratados como inválidos); un 40% manifiesta inconformidad ante su enfermedad; y un 38% tiene resentimiento por los cambios físicos que ha tenido como consecuencia de su enfermedad y del trasplante del órgano.

Así como la importancia que tiene el apoyo intra y extrahospitalario para la rehabilitación emocional del paciente, fue resaltada por un 16% de los pacientes, quienes manifestaron no haber contado con él y que les hizo mucha falta.

Finalmente, se observó que el 47% de la población total de estudio marcó que el apoyo recibido por parte de su pareja (novio(a) o esposo(a)) les fue muy benéfico para sobrellevar su enfermedad (ver tabla 5).

TABLA 5. SENTIMIENTOS Y ACTITUDES MAS FRECUENTES

SENTIMIENTOS Y ACTITUDES	PACIENTES	%
Depresión	55	100
Miedo	51	93
Dependencia no necesaria	40	73
Ansiedad	37	67
Necesidad de conocer la enfermedad	37	67
Coraje	30	55
Bienestar por apoyo de pareja	26	47
Necesidad de autoafirmarse	25	46
Mayor aprecio a la vida	23	42
Inconformidad	22	40
Resentimiento	21	38
Disgusto por ambiente del hospital	20	36
Rebeldeia	19	35
Necesidad de ser útil	19	35
Deseos de lucha	18	33
Negación de enfermedad	13	24
Malestar por preocupar a la familia	12	22
Sentimiento de ser una carga	12	22
Desconcierto	11	20
Demanda de apoyo familiar	9	16
Volubilidad	7	13

Ahora bien, en lo referente a cómo influye la enfermedad en la vida de los pacientes, se encontró que en el área escolar, de los 26 pacientes que estudiaban, el 46% abandonó definitivamente sus estudios. En el área laboral, de los 37 pacientes que trabajaban, un 51% ha tenido problemas de algún tipo debido a la enfermedad. En lo que respecta a las actividades deportivas, de las 20 personas que practicaban algún deporte, el 85% tuvo que dejarlo porque su padecimiento se los exige. Asimismo, en el área sexual, de los 32 pacientes que sostenían una vida sexual activa, el 63% reportó haber sufrido o sufrir aún alguna alteración en este aspecto de su vida. En lo referente a

las relaciones sociales, el 60% de los pacientes manifestó no haber sufrido ningún cambio, pero un 27% reportó que se volvieron personas introvertidas (ver tabla 6).

TABLA 6. AREAS AFECTADAS EN LA POBLACION DE ESTUDIO

AREA AFECTADA	POBLACION TOTAL	PACIENTES	%
Social	55		
Sin cambio		33	60
Cambio a introverso		15	27
Cambio a extroverso		7	13
Escolar	26		
Sin cambio		11	42
Abandonó estudios		12	46
Otros estudios		3	12
Laboral	37		
Sin cambio		18	49
Abandonó empleo		9	24
Cambio por otro		4	11
Incapacidad temp.		3	8
Tiene problemas		3	8
Deporte	20		
Abandono		17	85
Cambio		2	10
Sin cambio		1	5
Vida sexual	32		
Afectó negativam.		20	63

De los 22 pacientes casados, el 68% de los casos tuvo un cambio positivo en la relación con su pareja (tuvieron mayor apoyo); en tanto que de los 14 solteros con pareja el 93% (13 ptes.) reportó haber tenido un cambio negativo en su relación (terminaron con su noviazgo o actualmente ya no conviven como lo hacían antes). De los 30 pacientes solteros, el 73% reportó que actualmente tienen mucho miedo de buscar y/o tener pareja.

En cuanto a la relación con los padres, en el 40% de los casos la relación se tornó positiva recibiendo más apoyo y

consideraciones por parte de éstos. E igual sucedió con los hermanos, siendo que en un 44% la relación mejoro. En tanto que de los 25 pacientes que tienen hijos, el 60% reportó que la relación con ellos continúa igual, debido a que éstos son pequeños en la mayoría de los casos y no se dan cuenta de lo que le sucede al paciente (ver tabla 7).

TABLA 7. RELACIONES FAMILIARES DE LA POBLACION DE ESTUDIO

CONDICION	CAMBIO	PACIENTES	%
Solteros:		30	
	miedo a tener pareja	22	73
Solteros c/pareja:		14	
	relación neg.	13	93
	sin cambio	1	7
Casados:		22	
	relación pos.	15	68
	relación neg.	5	23
	sin cambio	2	9
Rel c/padres:		55	
	positiva	22	40
	sin cambio	18	33
	negativa	4	7
	se frecuentan poco	11	20
Rel c/hermanos:		55	
	positiva	24	44
	sin cambio	15	27
	negativa	6	11
	se frecuentan poco	10	18
Ptas. c/hijos:		25	
	rel. igual	15	60
	rel. positiva	7	28
	rel. negativa	3	12

De igual modo se realizó un análisis de frecuencias con los puntajes obtenidos en la Prueba de Zung, encontrándose que en

el 58% de los pacientes existen rasgos característicos de la depresión, tales como ansiedad, tristeza, etc. sin llegar a presentar una depresión patológica, sino más bien una reacción de ajuste emocional a su situación (ver tabla 8).

TABLA 8. RESULTADOS EN LA PRUEBA DE ZUNG

NIVEL DE DEPRESION	PACIENTES	%
Normal	22	40
Depresión ambulatoria	2	4
Depresión severa	0	0
Reacción de ajuste	31	56
TOTAL	55	100

Por otra parte, además del análisis de frecuencias, también se realizó un análisis de varianza para determinar si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos de estudio y entre sexos, en relación a los trastornos afectivos de la personalidad más relevantes que pueden percibirse a través de la prueba MMPI, así como para conocer cuál es la tendencia de las medias en cada uno de los grupos cuando éstos no presentaron ninguna diferencia significativa.

En lo referente a la variable grupo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes rasgos: hipocondriasis, histeria, masculinidad-feminidad y sociabilidad (ver tabla 9).

TABLA 9. ANALISIS DE VARIANZA DEL MMPI POR GRUPO

ESCALA	F	P
Hipocondriasis	2.69	0.05*
Depresión	1.63	0.18
Histeria	7.89	0.00**
Desviación psic.	0.80	0.50
Masc-femin.	2.91	0.04*
Paranoia	0.11	0.95
Psicastenia	0.38	0.77
Esquizofrenia	1.28	0.28
Manía	1.71	0.18
Sociabilidad	2.70	0.05*

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

En hipocondriasis, 22 fue la media del grupo de protocolo; 17 la de pacientes con menos de un año de trasplante; 16 en el grupo de uno a cinco años; y para los de más de cinco años de trasplante, su media fue de 19.

En histeria, la media de cada grupo fue: 27 en el grupo de protocolo; 23 en el de menos de un año; 19 en el de uno a cinco años; y 24 en el último grupo.

En el rasgo de masculinidad-feminidad, las medias fueron: 27 para el grupo de protocolo; 28 para el grupo que tiene menos de un año de trasplante; 27 para el que tiene de uno a cinco años; y 31 para el grupo con más de cinco años.

Por último, en el rasgo de sociabilidad (introversión-extroversión) las medias variaron del siguiente modo: para el grupo de protocolo fue de 32; para los que tienen menos de un año fue de 36; para los de un año a cinco fue de 32; y para el último grupo fue de 37 (ver tabla 10).

TABLA 10. PUNTAJES MEDIOS EN LAS ESCALAS DEL MMPI POR GRUPO

ESCALA	PROTOCOLO	<1 AÑO	DE 1-5 AÑOS	>5 AÑOS
Hipocondriasia	22	17	16	19
Depresión	29	25	24	27
Histeria	27	23	19	24
Desviación psic.	24	23	22	22
Masc-femin.	27	28	27	31
Paranoia	10	9	9	9
Psicastenia	33	29	28	30
Esquizofrenia	37	31	30	31
Manía	22	22	19	19
Sociabilidad	37	36	32	37

En cuanto a la variable sexo, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el rasgo de masculinidad-feminidad, lo cual, sin embargo, no es un dato relevante pues es de esperarse que las haya por ser una característica que por su propia naturaleza tiene que ser diferente entre ambos sexos. Esto significa que la variable sexo tiene poca o incluso nula influencia en la determinación de algún tipo de trastorno afectivo (ver tabla 11).

No obstante, se observaron diferencias de tipo marginal en el rasgo de depresión entre hombres y mujeres (ver tabla 11); siendo las medias para hombres de 29 en el grupo de protocolo; 25 en el de menos de un año; 23 para el de uno a cinco años; y 25 para el de más de cinco años. Mientras que para las mujeres en el grupo de protocolo la media fue de 29; en el de menos de un año fue de 26; en el grupo de uno a cinco años fue de 25; y para el último fue de 29 (ver tabla 12).

TABLA 11. ANALISIS DE VARIANZA DEL MMPI POR SEXO

ESCALA	F	P
Hipocondriasis	2.28	0.14
Depresión	3.22	0.08*
Histeria	1.00	0.32
Desviación psíc.	0.31	0.58
Masc-femin.	31.33	0.00**
Paranoia	0.27	0.60
Psicastenia	2.70	0.11
Esquizofrenia	0.10	0.75
Manía	0.00	0.98
Sociabilidad	1.38	0.25

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Por otro lado, en cuanto a la tendencia de las medias de los grupos, se encontró lo siguiente:

En lo relativo al grado de depresión de los pacientes, si existen diferencias estadísticamente significativas de tipo marginal entre los cuatro grupos y por sexo, encontrándose que hay una tendencia a incrementarse el nivel de este rasgo en los grupos de protocolo y en el de más de cinco años de trasplante (ver tablas 11 y 12).

También es notorio que el 80% de los rasgos evaluados a través del MMPI (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia) se elevan en el grupo de pacientes en protocolo de trasplante, aunque no todas a un grado estadísticamente significativo, siendo este grupo el que presenta los niveles más altos de trastornos afectivos. Le sigue el cuarto grupo (pacientes con más de cinco años con el trasplante), luego el de pacientes con menos de un año, y al

Último están los que tienen de uno a cinco años con el órgano (ver tabla 12).

Se hace la aclaración de que para la variable sexo fue necesario convertir los puntajes crudos correspondientes a las medias de cada rasgo y sexo, a puntajes T (puntaje estandarizado del MMP1) para poder establecer una comparación objetiva entre hombres y mujeres, puesto que las puntuaciones naturales no corresponden al mismo puntaje T para cada sexo.

TABLA 12. PUNTAJES MEDIOS EN LAS ESCALAS DEL MMP1 POR SEXO, POR GRUPO, GENERAL Y PUNTAJE ESTANDARIZADO.

ESCALA	SEXO	GPOI	GPOII	GPOIII	GPOIV	XGRAL	P:T
Hipocondriasis	M	22	17	12	18	18	67
	F	21	19	18	20	20	64
Depresión	M	28	25	23	25	25	70
	F	29	26	25	29	27	65
Histeria	M	28	22	18	23	23	62
	F	26	23	20	26	24	59
Desviación psic	M	24	24	23	21	23	60
	F	23	22	21	23	22	57
Masc-femin.	M	25	25	25	26	25	59
	F	29	33	29	35	32	59
Paranoia	M	9	10	10	9	10	56
	F	12	9	9	9	10	56
Psicastenia	M	30	28	27	28	29	60
	F	38	31	29	31	32	61
Esquizofrenia	M	35	33	29	30	32	69
	F	40	29	31	32	33	66
Mania	M	21	22	20	19	21	60
	F	23	22	19	20	21	60
Sociabilidad	M	31	35	31	37	34	61
	F	43	39	33	38	38	65

En relación a esta variable (sexo) se encontró que el 50% de los rasgos (hipocondriasis, depresión, histeria,

desviación psicopática y esquizofrenia) se elevan más en hombres que en mujeres, mientras que los rasgos restantes (masculinidad-feminidad, parancia, psicastenia, manía y sociabilidad) se incrementan de manera inversa, es decir, que las mujeres puntúan más alto en estos rasgos que los hombres, aclarando que la diferencia de puntajes en el rasgo de masculinidad-feminidad, tiene que existir dado la naturaleza del mismo (ver tabla 12).

Asimismo se observó que existe la tendencia de las medias a incrementar su puntaje en los pacientes (hombres y mujeres) del grupo de protocolo (ver tabla 12).

D I S C U S I O N

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se llegó a determinar que las hipótesis nulas planteadas se rechazan totalmente, en tanto que se acepta el hecho de que los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan trastornos afectivos de la personalidad, y que dichos trastornos varían de acuerdo al tiempo que tengan los pacientes de haber sido trasplantados (hipótesis alterna).

Es pertinente señalar que para el análisis de los datos fue necesario tomar en cuenta el sexo, ya que debido a la diferencia que existe entre los perfiles masculino y femenino del MMPI, los puntajes crudos varían en puntuación normalizada según el sexo. Esto no significa que se haya intentado buscar diferencias entre hombres y mujeres, y por ello es que las hipótesis no fueron planteadas en ese sentido. Sin embargo, las diferencias que se encontraron han sido analizadas para ampliar los conocimientos de la población de estudio.

Además cabe aclarar que todos los términos referentes a cuadros patológicos clínicos, en específico histeria y esquizofrenia, fueron interpretados de acuerdo a como los define el MMPI, según el cual el término histeria hace alusión a las características de búsqueda de aceptación y cariño que el individuo demanda de su grupo, conductas infantiles e incluso histriónicas, gran dependencia y poca tolerancia a la frustración.

y al rechazo. El rasgo de esquizofrenia contempla básicamente la tendencia hacia el aislamiento y la fuga a la fantasía.

En lo tocante a la primera hipótesis alterna que sostiene que los pacientes con insuficiencia renal crónica si presentan trastornos afectivos de la personalidad, se encontró a través de los perfiles del MMPI la existencia de cierto grado de patología, ya que en el caso de los pacientes varones, el 80% de las escalas se encuentra puntuando en un rango de T-60 a T-70, mientras que en las mujeres el 60% de las escalas se encuentra entre T-60 y T-66. Esto denota que si bien no poseen rasgos de patología severa que los incapacita, si tienen trastornos de significancia clínica que les ocasiona tensión y conflicto en su ajuste personal y convivencia social (ver anexo VI). Esto confirma lo expuesto por Noyes (1971) y Mayer-Gross (1974) quienes plantean la influencia tan marcada que ejerce cualquier enfermedad grave sobre la personalidad del individuo.

De los perfiles tanto femenino como masculino, es importante resaltar el hecho de que en ambos coinciden las escalas 2 (depresión) y 8 (esquizofrenia) como las más sobresalientes. Naturalmente la elevación de estas escalas, como la de cualquiera otras, no quiere decir que los paciente presenten un cuadro nosológico bien definido, sino que tienen algunas características clínicas propias de tales patologías.

Aclarado lo anterior, se puede describir al perfil del paciente con insuficiencia renal como matizado por fuertes

sentimientos de tristeza, culpa y minusvalía, y una inclinación pronunciada por mantenerse lejos de la gente; son personas sumamente inseguras y con un autoconcepto muy devaluado lo que ocasiona que se aislen ante el temor de ser rechazados. Son pesimistas aún ante sus propias capacidades. Hallazgos similares fueron encontrados por Tizsa y colaboradores (1976) quienes observaron que los jóvenes con insuficiencia renal crónica tienden a aislarse por sentirse diferentes al resto de sus compañeros.

Con la prueba de Zung se pudo corroborar que en realidad no existen depresiones graves entre los pacientes, pero sí reacciones de ajuste emocional como son varios trastornos característicos de la depresión y de la ansiedad: tristeza, miedo, angustia, desconcierto, desesperanza, volubilidad, irritabilidad, inconformidad, coraje, sentimiento de minusvalía, culpa, inseguridad, entre otros. Estos resultados no coinciden totalmente con lo que Haerel y colaboradores encontraron en 1980 en su población de estudio, en la cual se reportó un alto índice de suicidios entre los pacientes que se encontraban en diálisis, lo que supone niveles graves de depresión que no se observaron en la presente investigación.

Por medio de las historias clínicas se reiteró la presencia de tales rasgos, los cuales se presentan como los más frecuentes a lo largo de toda la evolución del padecimiento, desde sus primeras manifestaciones hasta tiempo después de la operación, independientemente del tiempo que sea.

En hombres es notoria la elevación de las escalas que conforman la triada neurótica (hipocondriasis, depresión e histeria); esto indica que, aparte de las características ya descritas que persisten en todo paciente, los varones tienen mayor necesidad de que se les den muestras constantes de cariño y aceptación social; se reconocen a sí mismos como muy frágiles logrando así establecer relaciones de dependencia. Tienden a manifestar constantes somatizaciones que funcionan en parte como una petición de tolerancia ante los posibles fracasos y como una forma de evadir responsabilidades.

En las mujeres este cuadro no se da de modo tan claro debido a que culturalmente ciertas características como son la búsqueda de aceptación y tolerancia, y las actitudes de dependencia (características de la histeria) son más aceptadas en ellas que en los hombres, por eso es que cuando muestran alguna conducta "infantil" o inmadura, son objeto de menor recriminación que los hombres. Sin embargo, en el perfil femenino los rasgos sobresalientes son también la exageración de molestias físicas diversas, mostrando una importante preocupación por la salud. Sus relaciones personales son más restringidas que en la población masculina.

Como puede observarse, son claros los efectos del padecimiento renal, el cual somete al paciente a tratamientos muy dolorosos y prolongados que van restando día a día autosuficiencia al paciente; ésto influye directamente en su

autoestima, reflejándose así en los resultados que se han presentado, donde los rasgos de inseguridad y tristeza entorpecen el curso de la recuperación y la adaptación a su nueva condición de vida.

La segunda hipótesis alterna que plantea que el grado de trastornos afectivos varía dependiendo del tiempo que tenga el paciente de haber sido trasplantado, fue corroborada a través de un análisis de varianza entre los cuatro grupos de estudio con los puntajes del MMPI.

Los hallazgos más relevantes marcan una diferencia en los rasgos de hipocondriasis, histeria y sociabilidad, lo cual indica que el tiempo de trasplante es un factor determinante del grado en que se presentan ciertos sentimientos y actitudes que corresponden a los cuadros mencionados, como lo son en términos generales, la tendencia a otorgarle demasiada atención a la salud y a los problemas físicos; la necesidad de aprobación social; y una inclinación a retraerse en las relaciones sociales.

Específicamente se observa que las preocupaciones somáticas son más elevadas entre los pacientes (hombres y mujeres) que están en espera de ser trasplantados al igual que entre aquellos que tienen más tiempo con el órgano. Esto se explica a que, por un lado, quienes están en protocolo se encuentran en la etapa en que tienen que soportar, aunque no lo quieran, de la dependencia hacia los diversos medicamentos, tratamientos, aparatos, dietas y restricciones diversas, que no

les dan señales de mejorías palpables, y si en cambio, les causan un desgaste físico progresivo que les baja el ánimo considerablemente.

En los pacientes con trasplante reciente y en los que tienen de 1 a 5 años, sucede algo diferente. Son pacientes que gracias a la operación disfrutan de una sensación de bienestar en su salud que surge por la recuperación de capacidades físicas que les permiten volverse a incorporar a la vida que habían truncado. Mantienen una actitud de esperanza ante las nuevas posibilidades que les brinda el trasplante, y por ello el interés que dirigían hacia su padecimiento, se desplaza de sí mismos hacia las oportunidades que les da el entorno.

Conforme avanza el tiempo los pacientes empiezan a perder esa seguridad que sentían por su salud debido a los constantes tropiezos que tienen que atravesar en el transcurso de su recuperación, como lo son las reacciones de rechazo al órgano y sobretodo, la evidente falta de recuperación total de las capacidades y ante los verdaderos alcances que su vida puede tener, que en ninguna forma son como muchos lo esperaban. Esta situación es la que viven los pacientes con más de 5 años de trasplante, quienes temen perder el riñón y regresar a las experiencias dolorosas que vivieron antes del trasplante, por ello es que se incrementa la preocupación por la salud.

Nuevamente se observa el mismo patrón de comportamiento en el rasgo de histeria (tanto para hombres como para mujeres).

En el grupo de protocolo la elevación de este rasgo se debe a que el paciente vive una etapa en la que necesariamente tiene que depender de muchos factores: del personal médico, de los tratamientos (específicamente de la diálisis y hemodiálisis sin las cuales no podría sobrevivir), de los medicamentos, dietas, de la familia y de los cuidados que ésta le dé (llevarlo al hospital, cuidar su alimentación, sostenimiento económico, etc.). Esta condición propicia sentimientos y actitudes dependientes en el paciente que en gran parte tienen un motivo bien razonable de existir, sin embargo, el paciente se acostumbra a ello y demanda cada vez mayor número de cuidados y atenciones hacia su persona, siendo muchas veces el mismo medio social el que fomenta tal problema porque se cataloga al paciente como una persona incapaz de valerse por sí misma restringiéndole en sus actividades y quitándole toda responsabilidad incluso hasta de sí mismo ocasionando regresión a actitudes infantiles.

Después del trasplante el paciente está más liberado del control médico y busca recuperar la independencia que había perdido, y esto se manifiesta en los primeros años después de la intervención (pacientes de los grupos 2 y 3, que tienen menos de 5 años con el órgano).

En los pacientes con más de 5 años con el trasplante, esta actitud se incrementa por las mismas razones expuestas para el rasgo de hipocondrías, es decir, una vez que el paciente se da cuenta de cómo es su vida en realidad y de todos los obstáculos por los que tendrá que atravesar, pierde seguridad en

si mismo, en su cuerpo y en sus propias capacidades, por lo que recurrirá consecuentemente a buscarla en los demás exigiendo de ellos todos los cuidados posibles que le hagan recuperar la tranquilidad y confianza que por si solo no puede tener.

Finalmente, para el rasgo de sociabilidad aunque hubo diferencias entre grupos, no se encontró ninguna tendencia en especial como sucedió con los dos rasgos anteriores; esto quiere decir que el tiempo de trasplante ejerce indistintamente su influencia sobre la capacidad del paciente para relacionarse socialmente. Esto se explica porque el paciente adopta una actitud persistente de temor a ser rechazado a causa de su enfermedad y de los cambios físicos (en general desagradables) que sufre como consecuencia de su padecimiento. Por este motivo prefiere retraerse y aislarse, antes que exponerse a no ser aceptado.

No obstante, es posible observar que este rasgo es más elevado entre la población femenina, lo cual indica que el efecto del padecimiento en el área social y de relaciones interpersonales es mayor en las mujeres.

Por otro lado, cabe agregar que también se detectaron ciertas diferencias, aunque muy leves, en el rasgo de depresión entre hombre y mujeres, siendo ellos ligeramente más propensos a expresar sentimientos de este tipo (tristeza, devaluación y pesimismo), situación que se pueda deber a que socialmente es el hombre el que carga con mayores responsabilidades -o al menos así

se espera que lo haga en un futuro- para el sostenimiento económico propio o de la familia que tiene o que llegase a tener.

E igualmente se manifestó este rasgo con un incremento en el grupo de protocolo y en los pacientes con mayor tiempo de trasplante. En el primer grupo de pacientes es lógico esperar una reacción de tristeza y decaimiento ante la desagradable noticia de padecer una enfermedad crónica, además de los tratamientos tan dolorosos que causan un deterioro físico constante y las restricciones tan fuertes que se les imponen. En los pacientes con más de 5 años de trasplante, se dan estos sentimientos depresivos debido a que el paciente tiene que hacer frente a la realidad de que su vida no volverá a ser como esperó durante varios años después de la operación.

Los pacientes que tienen menos de 5 años de trasplante (grupos 2 y 3) aunque están menos afectados, también sufren un grado importante de depresión, lo que deja ver que el padecimiento renal ejerce un efecto muy importante en el estado emocional del paciente; que tiene momentos en que los sentimientos de desesperanza se recrudecen, pero de cualquier manera siguen vigentes de un modo persistente convirtiéndose en un estado crónico difícil de superar. Una reacción de duelo y tristeza es algo normal ante la pérdida de la salud y de las propias capacidades, pero cuando este estado de "impotencia" empieza a generalizarse a todas las áreas de la vida impidiendo un desarrollo armónico, puede considerarse que se trata de un

estado anormal y patológico que necesita ser atendido.

Estos datos son distintos a los referidos por estudios anteriores en el sentido de que distinguen los rasgos específicos de personalidad según el sexo y el momento en que los pacientes se encuentran en la evolución de su enfermedad. Esto implica que cada grupo de enfermos tiene necesidades diferentes y que requiere de tratamientos específicos.

OBSERVACIONES CLINICAS

Los datos que a continuación se presentan son observaciones clínicas obtenidas a través de la elaboración de las historias, por lo que de ninguna manera se intenta generalizar estos datos, pero por su interés psicológico y humano se plantean por considerar que pueden ser de utilidad para quienes se dedican al tratamiento de este tipo de pacientes.

La insuficiencia renal es una enfermedad que somete al paciente a particulares dificultades. Muchos se quejan por tener que sujetarse a limitaciones de todo tipo. Se sienten adisgustos por depender de los medicamentos, de los aparatos de diálisis y de los tratamientos en general, para poder sobrevivir.

Una de las pacientes al comunicársele la noticia de que los análisis detectaban una reacción de rechazo del órgano, expresó con dolor y resentimiento: "¡por qué una máquina va a decir que hasta aquí, si yo me siento bien!".

Otra paciente expresó que para ella fue un tanto traumante la etapa de diálisis porque no podía quitarse la bolsa para jugar o hacer otra actividad: "tienes que cambiarte la bolsa; es una situación molesta; el vaciarla, el cambio, las infecciones, todo debe estar estéril; no me gustaba ni lo quería, me sentía restringida pero era una alternativa para vivir; tengo que estar atada a ésto, como la atadura de un animalito".

A algunos les cuesta mucho trabajo aceptar las dietas que se les imponen y les da coraje tener que seguir las; así lo ilustra el caso de un paciente que "no quería comer porque la comida no le sabía igual; se deprimía al ver su tipo de dieta". Otra paciente sentía envidia de las personas que podían comer de todo y tomaban agua normalmente: "yo siempre tomaba agua a escondidas porque era como una obsesión; cuando me desesperaba bebía agua hasta llenarme ya que sólo pensaba en componerme o morir", (en la dieta de este tipo de pacientes el agua es lo primero que se les limita).

El tipo y la cantidad de actividad a que estaba acostumbrado cada paciente era muy importante, porque, por ejemplo, personas con gran afición por el deporte resintieron más su padecimiento que quienes llevaban una vida exenta de ejercicio. Uno de los pacientes estaba inscrito en el Maratón Internacional de la Ciudad de México cuando comenzaron los primeros síntomas de la insuficiencia renal; él comentó: "¡imagínate lo que fue para mí; yo tenía todas mis ilusiones puestas en esa competencia y con esto todo se derrumbó, ya nada tenía sentido!".

La enfermedad renal crónica va deteriorando poco a poco la capacidad de los pacientes para valerse por sí mismos; muchos pierden independencia lo que genera en algunos de ellos sentimientos de inutilidad y minusvalía, e incluso se crea la sensación de que se es una carga para la familia. Uno de los pacientes en protocolo de trasplante manifestó que ha tenido

deseos de morir porque "se pierde todo, se es una carga para los demás, te tienen que hacer la comida, llevarte y traerte al hospital, no se puede estar bien con la familia; deseo una vida normal y no puedo".

En este aspecto la familia jugó un papel muy significativo. Por un lado, se observó que para el paciente la ayuda y comprensión que sus parientes demostraban es de vital importancia, y así lo expresan con frases como: "es necesario que la familia esté con nosotros, lo creo indispensable por la fuerza moral para poder enfrentar la operación". "En el hospital me sentía tranquila porque ahí se encontraba mi suegra y con ella me sentía segura".

Así mismo, la falta de apoyo familiar lo resentían fuertemente los pacientes: "yo tuve muy poco apoyo de mi familia, mi mamá siempre ha trabajado todo el día y casi no iba a verme; mi hermano Juan decía que le daba miedo contagiarse y por eso no me visitaba; solamente era mi hermana Pilar la que me visitaba". Otro paciente decía: "me daba coraje que no me fueran a ver; mi mamá sólo un ratito, mi papá cada 'domingo de Pascua', al igual que mis hermanos; me sentía muy solo por lo que empecé a convivir con las visitas de los demás pacientes".

Sin embargo la mayoría expresa que si bien es cierto que gracias a las atenciones que reciben de sus familiares se han repuesto mucho, también en ocasiones se han sentido abrumados e inutilizados ante tantos mimos. Algunos se quejaban diciendo

que el trato especial y las consideraciones les hacían sentir mal pues eran el constante recordatorio de sus incapacidades. Por ejemplo: "mi familia me sobreprotegía mucho, me sentía inútil porque sentía que no era capaz ni siquiera de levantar un vaso; para poderlo superar empecé a hacer las cosas por mí mismo sin decir nada, pienso que nosotros mismos debemos romper con la sobreprotección, ya que nos hace sentir desvalidos y no se nos deja vivir".

Este problema es mucho más grave en los adolescentes quienes consideran que los cuidados de sus padres son exagerados e innecesarios; sienten que los sobreprotegen: "mi familia me dijo que ya no estudiara, que ellos me iban a dar todo; duré un año sin hacer nada pero regresé a la escuela para ser más independiente y a la vez para que se me olvidaran los problemas que tenía con mis padres por causa de que me cuidaban tanto -yo tenía entonces 17 años. Actualmente sigo pensando que me quieren dar todo, lo cual no me gusta porque me siento chiqueado; yo quisiera ser más libre pues los cuidados excesivos son restrictivos".

Es muy común que los familiares de los pacientes con insuficiencia renal aumenten sus cuidados hacia sus hijos e incluso muchos insisten en servir al enfermo en todo, hasta en los detalles más insignificantes. Por ejemplo, hay pacientes cuyos padres no les permiten molestarse ni siquiera para servirse sus propios alimentos.

Muchas familias evitan, aún sin tener la intención, que el paciente supere su enfermedad, y les fomentan la dependencia de por sí existente. Por ejemplo, una paciente de 22 años de edad que deseaba reincorporarse a su vida normal, recibía la constante oposición por parte de su madre y su hermano mayor, quienes le decían que era mejor que ya no intentara volver a la escuela y que tampoco era bueno pensar en trabajar; que lo mejor sería que se quedase para siempre en casa para evitar posibles recaídas.

Algunos pacientes demuestran tener una gran necesidad por autoafirmarse y por demostrar que pueden seguir siendo útiles para los demás, y de que su vida aún tiene sentido. Uno de los pacientes comentó: "al principio de todo esto me desmoralicé totalmente, pensé que mi vida se inutilizaría y que ya no podría hacer nada; pero después poco a poco, me he ido convenciendo de que hay alternativas de vida. Pienso que tengo muchas cosas que hacer por mi mismo y por mi familia. Sé que en mi trabajo me necesitan también y no quiero defraudar a nadie".

También fue posible observar que las personas que de por sí han sido hasta cierto punto autosuficientes e independientes se esfuerzan por seguir siéndolo a pesar de que su padecimiento les impone múltiples limitaciones: "para mí no funcionaba la diálisis porque me tenía que cuidar de todo; andando en casa era traumático, no podía estar atado leyendo o arreglando cosas, tenía que estar activo, trabajando, ya que mi familia dependía de mí". "La enfermedad me afectó bastante pues tuve que volver a reorganizar mi vida ya que desde los 18 años me

había vuelto independiente y ahora, a los 22 años, me tenían que cuidar otros; por ejemplo, cuando decidí volver a trabajar mi madre me decía que me esperara, y ésto me molestaba".

En cambio los pacientes que siempre han estado acostumbrados a recibir todo, por lo general incrementaban tales tendencias a la dependencia: "mis padres me sobreprotegen y conseqüentan demasiado, al igual que mis hermanos quienes hacen lo que yo quiero; me siento a gusto estando así, no me molesta; pido opinión para todo lo que voy a hacer".

En los jóvenes se pudo observar que una de las áreas más afectadas es la emocional. La mayoría de los pacientes se sienten inseguros para establecer una relación de pareja, sea solamente un noviazgo o una relación más seria como el matrimonio, idea que para muchos es muy angustiante. Sin embargo, es notoria la inquietud tan sobresaliente que tienen al respecto y que los confronta, por un lado, con la necesidad que sienten por contar con una pareja; y por otro, con los obstáculos reales y ficticios para conseguirla. Una de las pacientes decía: "mi mayor ilusión es tener un novio, pero al mismo tiempo me da mucho miedo casarme y tener relaciones sexuales".

Algunos de los pacientes expresan que se sienten raros o diferentes a los demás por su mismo padecimiento, y que el traer pegada a ellos la bolsa de diálisis los hace sentir anormales: "me daba tristeza ver la bolsa de la diálisis ya que pensaba que no era normal, que tenía que cuidarme, que la bolsa

era muy importante pero que era una limitación, ya que tenía que estar atada a ella".

Aunado a esto, muchos llegan a sentirse devaluados porque su apariencia física ha desmejorado a partir del trasplante: están gordos, con su cutis lleno de grasa y acné. Piensan que han perdido atractivo y que es difícil gustarle a alguien. Por este motivo no se atreven a acercarse a alguien y mucho menos proponerle algún tipo de relación, pues temen ser rechazados: "cuando regresé a la escuela llegué con cachetes, me sentía muy fea, bien gorda y con acné; sentía que todos me veían como monstrito, y no se me acercaban los muchachos; me deprimía porque me hacían el feo".

Aunque fueron pocos, algunos pacientes expresan que en ciertos momentos llegaron a sentir que inspiraban lástima en las personas que les rodeaban. Por ejemplo, uno de ellos comentó que "había terminado con su novia pues en aquel entonces sentía que él no podía despertar otro sentimiento que no fuera de lástima".

Otra razón por la cual temen involucrarse sentimentalmente con alguien es porque saben que en cualquier momento pueden tener una recaída que podría significar en el peor de los casos la muerte, dejando sola a su pareja e incluso, si los llegasen a tener, a sus hijos: "casarme y tener hijos, ni de chiste lo pensaba, ya que sentía que sería una carga para quien se casara conmigo; y cómo iba a tener hijos si no los podía cuidar por estar enferma". "Casarme no tiene caso; así enfermo

para qué; hacer sufrir a otra persona; ya con lo que me pesa es mucho; no quiero arrastrar a alguien conmigo; le va a ir mejor sin mí".

Algunos pacientes comentan que uno de los motivos por los que no tienen novio(a) es porque saben que es muy difícil encontrar a alguien que los acepte tal como son y que esté dispuesto a soportarlos y cuidarlos. Sobretudo esta preocupación nace porque en la gran mayoría de los casos, sucede que los que tenían novio(a) antes de enfermarse terminaron con él(ella) pues no pudieron tolerar todas las dificultades a que el paciente tenía que exponerse.

En este respecto una de las pacientes comentó: "cuando comencé a someterme al tratamiento con diálisis, el novio que tenía entonces empezó a distanciarse de mí hasta que finalmente terminamos; después de él ya no he tenido ningún otro novio, ni quiero tenerlo, ni tampoco quiero casarme... prefiero no pensar en eso... pienso que tener pareja sería hacerme la vida difícil, pues no creo que haya quien esté dispuesto a aguantarme y a cuidarme".

No obstante, aún con todo lo anterior, muchos pacientes, específicamente del sexo femenino, expresan su enorme temor a quedarse solas para toda la vida sin llegar a casarse nunca, y algunas comentan que les gustaría tener un bebé aún siendo solteras: "mi mayor temor es que nadie se llague a fijar en mí por lo gorda que estoy; por eso a veces me dan ganas de

tener un bebé para que me acompañe...".

Fue común observar que algunos de los pacientes comenzaban a buscar pareja entre el mismo grupo de enfermos: "por el mismo círculo del hospital no había conocido a más muchachos; ahí conocí a X e intenté iniciar esa relación porque no tenía otro tipo de ambiente, tenía mi círculo cerrado: de la casa al hospital y del hospital a la casa".

Muchos pacientes solteros o casados expresaron la gran ayuda que representó el tener una pareja (novio o esposo) que estuviera pendiente de su salud, porque les hacía sentir que tenían un motivo para vivir, alguien a quien le importaba su bienestar, y con quien podían desahogarse y expresar todos sus temores y sentimientos: "me pasaba el mayor tiempo con mi novio, sólo a él era a quien le platicaba y le decía las limitaciones de la enfermedad: que ya no aguantaba, que ya quería estar bien; me ponía a llorar con él y él me daba ánimos y me tranquilizaba; me desahogaba con él. En el tiempo que estuve internada nos escribimos cartas, me ponía que me quería mucho, que nos íbamos a casar. Estas cartas me hicieron mucho bien. Desde los inicios de la enfermedad siempre estuvo conmigo". Uno de los pacientes (varón) dijo: "para mí fue gracias a mi novia que me visitaba en el hospital, que yo pude salir adelante".

Algunas pacientes comentaron que gracias a que tenían novio, ellas siempre mantuvieron interés por recuperarse; se arreglaban y maquillaban aun en el hospital para que en el

momento en que llegara su novia estuviesen bien presentadas.

Un punto a favor de la recuperación del paciente lo fue precisamente el interés que éste demostrara por lograrlo. Algunos pacientes expresaron que durante algunas temporadas se hospitalizaban sin que nadie se preocupara por lo que pudiera pasarle y que por lo mismo, se dejaban prácticamente morir: no comían, no se tomaban sus medicamentos, etc: "cuando uno acepta su enfermedad es más fácil aliviarse; se pone interés en salvarse, se está consciente de las cosas; los que se dejan morir son porque tienen problemas en su hogar. Cuando nos enterábamos que un compañero había muerto ya concluíamos que su situación familiar no era buena, además no ponían interés en nada".

Por otra parte, muchos pacientes han resentido cambios importantes en su vida sexual; algunos de ellos deben sus problemas a incapacidades físicas consecuencia de su padecimiento: "en mi vida sexual tengo problemas, me baja el deseo sexual, ahora me cuesta mucho trabajo llegar al orgasmo, y al no sentir nada me enoja, me siento frustrada, y es que siempre me siento cansada".

Pero en muchos otros se debe a temores y preocupaciones infundadas que parten de una falta de conocimiento exacto de las cosas. Un gran número de pacientes interrumpen sus relaciones sexuales por temor de que su riñón sea lastimado durante el acto; otros tienen miedo de llegar a engendrar hijos con su mismo padecimiento; o también hay quienes piensan que su problema renal

ha afectado sus funciones sexuales y prefieren no exponerse a un fracaso: "en un principio tarde dos años o más en reanudar mis relaciones sexuales, tenía temor de que mi esposa me fuera a lastimar y creo que ella pensaba igual; por eso es importante que los doctores nos den pláticas que nos orienten ya que al principio, después del acto, yo quedaba temeroso; a los siete años de haber sido trasplantado mi esposa quedó embarazada; los dos teníamos miedo de que el producto viniese defectuoso por el medicamento, nos asustamos muchísimo".

En este sentido algunas pacientes (mujeres solteras) se quejaron de que la orientación sexual se dirigiera exclusivamente a pacientes casados, y de que se les excluyera a las solteras considerándolas exentas de esta preocupación. Manifestaron que su único recurso era preguntarles a pacientes casadas las dudas que tenían al respecto. Sus inquietudes se referían básicamente a qué posiciones del acto sexual les podían ser menos peligrosas; si podían emplear anticonceptivos y cuáles eran mejores; si estaban en condición de embarazarse; etc. Por ejemplo una mujer soltera de 26 años comenta: "actualmente no he tenido relaciones con mi novio, estamos entre sí y no, no sé si me puedo cuidar con algún tipo de anticonceptivo, y no lo he preguntado por pena. Mejor se lo pregunto a mis amigas casadas trasplantadas ya que a ellas si las mandan con una doctora".

En relación a los sentimientos del paciente hacia el donador, es común encontrar casos donde prevalece la

ambivalencia, es decir, los paciente reconocen el gran valor del acto altruista de su donador a quien le tienen gran agradecimiento, pero a la vez se sienten insatisfechos por estar comprometidos a pagar de algún modo el favor que recibió: "mi hermano fue el donador, siempre nos hemos llevado bien; siento agradecimiento hacia él, pero nada más; sólo que ahora me siento obligado a hacer lo que me pide". "Siento un compromiso moral con mi hermano ya que él fue el donador; trato de no pensar en eso, no creo que sea una obligación, pero me doy cuenta de que le ayudo más a él que a mis demás hermanos".

Algunos pacientes se mantienen en una actitud de indiferencia hacia el donador, tratando de restarle importancia al hecho: "bueno, la verdad es que no tengo por qué pagarle nada (al donador); él donó su riñón sin que nadie lo obligara, fue por su propia voluntad".

Otros en cambio, expresan que siempre estarán agradecidos hacia la persona que les dió su riñón, y tratan de demostrárselo con palabras o con actos. Por ejemplo, uno de ellos decía que lo que había hecho su hermano (donador) por él era algo sumamente valioso y que no había modo de pagárselo; la única manera como encontraba para demostrarle su agradecimiento era cuidándose todo lo posible para evitar una recaída que pudiera echar a perder lo que había hecho su hermano.

Una de las preocupaciones frecuentes en varios pacientes era el temor de que su bienestar significase dañar a

alguien de su familia, lo que podría costarle el rechazo y resentimiento de todos sus parientes por quitarle su riñón a un miembro sano de la familia.

En algunos casos fue posible observar chantaje del donador hacia el receptor del riñón, pues el primero buscaba obtener algún provecho por lo que había hecho, creándose situaciones conflictivas. Inclusive en algunas ocasiones se presentó el problema de que la misma familia fomentaba esto, exigiéndole al paciente su gratitud casi incondicional hacia el donador: "mi hermana (donadora) al ver que yo estaba nivelado económicamente pensó que se le iba a pagar, por lo que nos distanciamos; además constantemente me lo reprochaba, y esto me hacía sentir mal, incómodo".

Con frecuencia se observó falta de cooperación por parte de la familia del paciente para buscar al posible donador, y en algunos de los casos esto se debía al desconocimiento de las condiciones y peligros reales que la operación implica para el donador. Las personas piensan que el donador quedará lesionado de por vida o que el trasplante le acarreará secuelas posteriores: "estaba resentido con mis hermanos, incluso rompí con ellos porque pensaba que no me querían ayudar, incluso mi madre que es médico no quiso que nadie me donara".

Incluso, aún con la certeza de que los riesgos para el donador son mínimos, hubo familias en las que por diversas razones, ninguno de los miembros se ofreció para donar su órgano.

En estas condiciones ciertos pacientes trataban de justificar a su familia y de convencerse a sí mismos de que había motivos válidos para que nadie deseara ser voluntario: "mi hermano que podía ser el donador estaba muy irritable, como que no quería; yo estaba muy resentida con él pero hasta cierto punto lo entendía pues iba a tener a su primer bebé y tenía miedo a lo desconocido; además tampoco quería que me lo donara; creo que fue mejor inscribirme al programa de cadáver y así no deberle nada a nadie".

También se observó que muchos pacientes resienten el daño emocional que le están causando a su familia; les duele ver a sus parientes tristes y preocupados por su causa: "me dolía mucho ver a mi madre llorar, y en ocasiones me desesperaba más por saber que ella sufría por mi culpa". "Muchas veces tuve que ocultar mis verdaderos sentimientos porque no quería preocupar aún más a mi madre; no quería desmoralizarla".

Para muchos, su condición de enfermos les aseguraba un trato especial por parte de la familia, especialmente de los padres. Esto generaba fricciones entre el paciente y los demás miembros familiares, especialmente con los hermanos quienes se sentían desplazados, creándose de este modo un ambiente de competencia, rivalidad, envidia y constantes recriminaciones hacia el paciente.

Para algunos pacientes el ser el centro de atención les ha acarreado fuertes sentimientos de culpa pues se sienten

responsables de que sus hermanas hayan recibido menos atención por parte de sus padres: "me sentía culpable porque mis hermanos me reclamaban diciendo que por mi culpa mi madre los había abandonado de chicos para estar conmigo".

Con cierta frecuencia los hermanos de los pacientes se quejan de que el paciente es el consentido de la casa, y que por su culpa a ellos los hacen a un lado.

En muchos pacientes fue muy claro que la hospitalización prolongada suele ejercer una influencia muy negativa, pues se generan sentimientos de dependencia creándose en los pacientes la idea de que si abandonan el hospital les puede ocurrir algo malo; se mostraban sumamente inseguros y temerosos de todo. Esto era especialmente notorio en aquellos pacientes que estaban por ser dados de alta después de su operación. A pesar de que sentían enormes deseos por dejar el hospital y volver a su casa, tenían mucho miedo de salir a la calle aún siendo acompañados. Este sentimiento perdura en varios pacientes por tiempos indefinidos: "no puedo salir sola, en la calle siento que algo me va a pasar, comienzo a temblar, me da taquicardia y me duele la cabeza; no me gusta la soledad y me da miedo estar lejos del hospital, pero al mismo tiempo también me da pánico tener que pararme en el hospital de nuevo". "Después de la operación tenía mucho miedo de volverme a enfermar, a caer de vuelta; sentía angustia y desesperación". "Duró 30 días internado en el hospital comiendo y bebiendo, fue la época más bonita de mi vida, no quería salir de ahí y cuando lo hice tenía miedo, sentía

mas seguridad en el hospital que en mi casa".

En general, es notorio que conforme avanza el tiempo que tienen de haber sido trapiantados, los pacientes se van volviendo cada vez más cuidadosos de su salud, desarrollando una preocupación y un miedo exagerados ante cualquier detalle que les parezca peligroso. Algunos individuos suelen inutilizar su vida de tal modo para evitar posibles daños a su salud, que prácticamente abandonan todo tipo de actividad; se vuelven quisquillosos, desconfiados y aislados. Por ejemplo, uno de los pacientes comentaba que ya no le atraía ninguna actividad de las que antes solían serle agradables: "ya no me gusta ir al cine porque los ambientes muy cerrados me pueden hacer daño; no me gusta ir a fiestas porque ya sé que yo no me puedo divertir como los demás, no puedo bailar, y me aburro; no me gusta salir de la casa, prefiero quedarme aquí".

La manera de pensar es un aspecto especialmente afectado. Muchos de los pacientes hicieron una reconsideración de su vida a partir del trasplante y le dan más valor a su existencia. Piensan que el trasplante del órgano es una nueva oportunidad para vivir que deben saber utilizar; desean aprovechar cada momento de su vida porque saben y temen perderla en cualquier instante: "ahora que ya estoy trapiantado le veo a la vida más vida que antes; ahora digo que si vivo porque estoy seguro de que lo estoy". "No creo vivir mucho tiempo, no más de los 50 años; no he visto a nadie que haya vivido más. Saber esto

me sirve para disfrutar más cada momento".

Como consecuencia de esto fue común observar que los pacientes hacían un replanteamiento de sus metas; casi todos optaban por fijarse proyectos a corto plazo. Muchos jóvenes dejaron su escuela: "ya no quiero seguir estudiando porque pienso que es una pérdida de tiempo y a lo mejor no la puedo acabar, prefiero empezar a trabajar".

Otros cambiaron de idea, y en lugar de seguir una carrera universitaria, eligieron una técnica que requiriera de menos tiempo para concluiría.

El hospital y el ambiente que lo caracteriza resulta para muchos pacientes algo especialmente aversivo y lo perciben con disgusto. Una paciente comentó: "no me gusta el ambiente del hospital, me deprime ver a todos en bata, acostados, con su catéter colocado..." Otros comentan que han presenciado detalles que los han dejado muy impresionados: "el primer día que vine para que me atendieran fue muy feo y me asusté mucho porque frente a mí sacaron de la sala donde me iban a internar, a una muchacha que acababa de morir ahí mismo".

Una de las cosas que más atemoriza a los pacientes es el tener que hospitalizarse y separarse de su familia por un tiempo indefinido. Muchos pacientes expresaron que el aislamiento físico al que los someten es muy duro de sobrellevar porque recrudecen sus sentimientos de tristeza y soledad; sienten mucha desesperación al no tener contacto alguno con sus seres queridos

a quienes desearían tener a su lado todo el tiempo.

Los casos en los que resalta el grave efecto que puede tener el aislamiento hospitalario son los siguientes:

Uno de ellos es una paciente de 22 años de edad que tuvo que prolongar sus días de hospitalización debido a que no progresaba su recuperación. Ante este hecho la paciente comenta su experiencia en aquella ocasión: "estaba desesperada, y entonces sí que me puse bien histérica; me sentía muy inquieta, no podía respirar bien, lloraba todo el tiempo, me sentía como atrapada y sólo quería escapar de ahí. Muchas veces me encerraba en el baño para que no ve me vieran llorar, pero lo peor de todo es que ni siquiera dejaban que viera a mis familiares... me sentía muy sola. Yo ya no quería ni siquiera comer, hasta que después de un tiempo dejaron que mi mamá entrara a verme, y entonces sí ya me sentí mejor; comencé a comer mejor y a cooperar con los médicos para seguir con el tratamiento".

El otro caso es el de una joven de 24 años que al recibir la noticia de que tendría que ser hospitalizada para realizarle algunos estudios reaccionó de modo muy negativo: "me opuse terminantemente y me solté corriendo por los pasillos del hospital gritando que no quería internarme; yo sabía que ni me estaban persiguiendo pero la verdad es que estaba aterrada. El primer día me tuvieron que amarrar porque no me estaba quieta y sólo intentaba escaparme. Me puse muy mal y muy triste; no quería comer y me la pasaba pidiéndoles a los doctores que me dejaran ir

y que haría lo que quisieran. Me desesperaba de ver gente sana en la calle y yo ahí encerrada; además me molestaba que para internarme tenían que aislarne de todo el mundo, hasta de mis familiares; a lo mejor si dejaran pasar a alguien a verlo a uno cuando se está enfermo, sería otra cosa".

Esta misma persona sobresalió por la actitud de rebeldía que ha tomado ante su problema. La paciente comenta que a partir de su enfermedad ella ha cambiado mucho en su manera de ser; hace lo que quiere y cuando quiere; es caprichosa y voluntariosa; y esta actitud la toma con su familia, con amistades, o con el personal del hospital. Comenta que en la última ocasión en que la internaron en contra de su voluntad, descompuso una televisión del hospital a propósito porque estaba enojada por lo que le habían hecho. Ahora le gusta ir en contra de los demás e imponer su voluntad. Ella piensa que la enfermedad le sirvió porque es más "cotorra" y amigüera.

El anterior caso es diferente a los demás, puesto que la mayoría de los pacientes comentan que después de que comenzaron con el problema del riñón se han ido volviendo poco a poco personas muy inseguras, tímidas, inhibidas y solitarias; que tienen dificultad para relacionarse y, en general, se lamentan de que su vida social ha cambiado porque ya no frecuentan salir con sus amistades como solían hacerlo; se aíslan de los demás: "me daba coraje ver a mis primos con libertad de salir, cosa que yo no podía hacer; me la pasaba en casa sola, cuando me invitaban a

Jugar decía que no por mis limitaciones, me aislaba yo sola, me la pasaba durmiendo; tenía deseos de morir porque ya estaba harta de todo".

Un dato interesante es que la gran mayoría de los pacientes, si no es que todos, tienen como primera reacción ante su enfermedad una actitud escéptica y de incredulidad. Ninguno acepta su problema de salud y piensan que se trata de un error. Hay una fuerte tendencia a la negación del padecimiento incluso aún después de que es innegable la presencia de tal. Por ejemplo, se les indica que no deben hacer ejercicios pesados, que deben dejar de comer ciertos alimentos, etc., y muchos pacientes hacen caso omiso de ello y siguen su vida como si no tuvieran nada hasta que por su misma negligencia los síntomas empeoran y no tienen más remedio que ajustarse a las prescripciones médicas: "cuando estaba en diálisis no me cuidaba; tomaba coca-cola, comía en la calle sopas, huaraches y de todo; no me media; jugaba basquet-ball, bailaba, brincaba bardas...porque pensaba que con que me cuidara de vez en cuando estaría bien .

Algunos pacientes comentan que su persistencia en rechazar el diagnóstico se debió a la falta de una explicación adecuada de su problema. Por ejemplo, comentan: "yo me sentía muy mal y sí sabía que debería de tener algo malo, pero cuando el médico me dijo que lo que yo tenía era irremediable y mortal, no lo creí en lo absoluto; me sentía mal, pero nunca pensé que se tratara de algo así". Otro paciente expresó lo siguiente: "yo siempre había sido una persona muy sana, y eso de que de buenas a

primeras le dicen a uno que se va a morir, pues es casi increíble". Otro de los comentarios fue: "yo no le quería creer a ninguno de los médicos; todos solamente me decían que me iba a morir pero no me daban una solución; parecía que ni sabían; hasta que me topé con un doctor que me explicó todo y que me habló de la posibilidad del trasplante, lo entendí todo".

Esta actitud de incredulidad la siguen manteniendo algunos pacientes aún después de mucho tiempo de que su enfermedad se manifestó por primera vez, lo cual provoca que constantemente tengan problemas e infecciones puesto que no se cuidan como deberían hacerlo. Una paciente comenta: "yo hago aeróbicos, brinco, y hago todo el relax que quiero; yo sé que si el dr. X se enterara me mataría, pero qué importa".

En algunos pacientes se observa la necesidad de buscar un consuelo, y muchas veces lo encuentran en la religión. Algunos se vuelven sumamente creyentes. En un caso, postrasplante del riñón, éste no funcionaba: "todo ésto lo viví como una pesadilla; me decía, si salgo de ésta, todo va a cambiar; hablaba con Dios, a veces uno se acuerda de él".

En los pacientes casados y con hijos una de sus principales preocupaciones la constituye el perder su capacidad para seguir trabajando. Algunos pierden su empleo debido a que ya no pueden desempeñarse como se necesita; otros tienen que cambiar a otro que exija menos esfuerzo físico. Por ejemplo, uno de los pacientes que era policía tuvo que cambiar por otro, y ahora es

chofer. Para algunos el cambio no representa mayor problema pero para otros es difícil aceptarlo, además de que en ocasiones se les complica obtener un nuevo trabajo. Esta situación es especialmente angustiante para todos ellos que tienen la responsabilidad de una familia a quien mantener sobre todo tratándose de hijos pequeños que aún no pueden valerse por sí mismos: "mi vida cambió mucho, era muy trabajador pero con lo de la enfermedad ya no; donde trabajaba se manejan solventes y eso me hacía daño y me tuvieron que pensionar. He buscado otros trabajos y no encuentro; me desespera que me cierran las puertas; mi esposa ya entró a trabajar y da más dinero que yo; ahora hago el quehacer, lavo la ropa, tengo que ayudar en algo. Mi mayor temor es dejar a mis hijos inseguros económicamente".

En algunas parejas se observa que la enfermedad viene a constituir un motivo para unirlos; el cónyuge se muestra más atento y considerado. Uno de los pacientes decía: "ahora tanto mi esposa como mis hijos me exigen menos y me tratan con más cariño". Inclusive, algunas mujeres manifestaron su agrado ante el hecho de que la enfermedad de su marido les posibilita para tenerlo con ellas mucho más tiempo: "mi esposa está feliz porque estoy en casa; antes con el trabajo estaba sólo como dos meses al año con mi familia; en cierta forma la enfermedad ha sido benéfica para descansar".

Por el contrario, algunas parejas en las que existía una mala relación previa al padecimiento, afrontan la enfermedad

con disgusto y en ocasiones terminan con la separación pues no están dispuestos a sobrellevar juntos las dificultades inevitables: "yo llevaba 20 años de casado; actualmente llevo 3 años separado de mi esposa por problemas: la enfermedad, dinero, infinidad de cosas. Pienso que la enfermedad influyó para esto, ya que llegó un momento en que ella (mi esposa) creyó que yo ya estaba bien y quería que ya trabajara; se acabó mi liquidación, nos fuimos distanciando, ella empezó a trabajar, y de ahí vinieron libertades".

Un punto importante para destacar es la influencia tan grande que ejercen los mismos pacientes entre sí. La opinión que cada uno de ellos transmitía a los compañeros de nuevo ingreso respecto al programa de tratamiento, influyó en varias ocasiones sobre los demás para que aceptaran o rechazaran su problema. Por ejemplo, uno de los pacientes comentó que al principio de su tratamiento tuvo contacto con muchas personas para quienes la enfermedad renal había significado grandes penas y frustraciones y cuyos únicos comentarios eran negativos y fatalistas; le bajaban el ánimo diciéndole que la enfermedad era sumamente dolorosa y que no tenía sentido cuidarse porque lo más probable sería que no se curaría nunca. Sin embargo, gracias al apoyo de otros compañeros que lo animaban y le aconsejaban como salir bien de todo aquello, ahora él comprende lo positivo que es el cuidarse. "Una vez durante la diálisis vi a un chico que, llevaba seis años en tratamiento que fue a darle ánimo a otro compañero, pero yo que lo estaba viendo, en lugar de animarme me deprimió

porque lo vi mal físicamente, delgado, me dió mala impresión, me imaginaba que así iba a estar yo".

Por otra parte, algunos pacientes comentaron que las pláticas que se organizan en el hospital suelen ser poco enriquecedoras, porque los temas se repiten constantemente y en muchas ocasiones pasan por alto algunos que son de interés general, como lo es el de la sexualidad; sin embargo, ellos como pacientes no se atreven a pedir que se trate ese tema: "pienso que las pláticas de cada mes del hospital son muy poco enriquecedoras, además deprime el escuchar lo de los demás (lo vivido en diálisis); es por lo que creo que ya no asiste mucha gente".

Otros tantos pacientes comentaron lo difícil que les ha sido en ciertas ocasiones recibir el diagnóstico o noticias distintas sobre su salud, pues piensan que a veces las personas encargadas de ello se vuelven un tanto insensibles al dolor ajeno y comunican las cosas sin poner cuidado en la manera en cómo lo hacen. Uno de los pacientes recuerda claramente y con cierto resentimiento el día en que le dieron el diagnóstico: "lo que usted tiene es muy grave y lo más probable es que ya no tenga remedio"; el paciente piensa que el dolor de aquella noticia pudo haberse amortiguado si lo hubieran dicho con más tacto y delicadeza: "me metieron un susto tremendo porque el doctor que me hizo la historia clínica me dijo que estaba muy amolado, pero que iban a hacer lo posible; sentí mucha angustia y rumbo a mi casa iba llorando".

Un alto porcentaje de los pacientes se quejó abiertamente y con énfasis en la gran necesidad que tienen de conocer a fondo y con exactitud los pormenores de su padecimiento. Expresan que nunca se les ha tomado en cuenta para comunicarles el por qué se les practican ciertos tratamientos que les son tan dolorosos y molestos; que se les hacen estudios y análisis sin explicarles el motivo y esto los pone ansiosos y temerosos, no saben en realidad qué será todo lo que tendrán que soportar. Además jamás les dicen con claridad cuáles serán las limitaciones y dificultades reales que sufrirán. Uno de los pacientes comentó: "para mí hubiera sido muy bueno que me hubieran preparado psicológicamente antes del trasplante porque a mí me aseguraron que después de la operación volvería a tener una vida normal y ahora que me he dado cuenta de que no es así, me siento muy inseguro y confundido. Otra paciente comentó: "una cosa que siempre me ha molestado mucho es que los médicos nunca me han tomado en cuenta para explicarme qué es lo que tengo; siempre han sido otras personas las que se enteran primero de lo que me pasa y yo me entero a través de ellas; les tengo que preguntar y si quieren me dicen, y si no, ni sé lo que me pasa. Una vez cuando empecé a tener el rechazo del riñón, yo me di cuenta de que algo malo pasaba por los medicamentos que me daban, porque tuve que volver a dializarme, por el color del líquido que me sacaban, y hasta por los comentarios de las enfermeras que se ponían a hablar enfrente de mí; yo sabía que estaba mal y les preguntaba a los doctores y ellos sólo evitaban darme una

respuesta, y eso me molestaba muchísimo; me hacían sentir que no les importaba para nada". Otro de los pacientes dijo: "creo que hubiera sido mejor que me dijeran la verdad porque así hubiera sabido a qué le tiraba y no me hubiera caído de sorpresa".

Finalmente cabe resaltar que la gran mayoría de los pacientes se mostró cooperativo para la realización del presente estudio, lo cual manifiesta su interés y la necesidad que tienen por recibir apoyo de tipo psicológico. Algunos de los pacientes así lo expresaron abiertamente: "fíjate que me ha hecho muy bien platicar contigo porque nunca había pensado las cosas como ahora lo he hecho". Otro comentario fue: "creo que este tipo de pláticas sirven mucho para poder desahogarse porque, por ejemplo, en mi caso no le puedo contar nada a nadie; a mi mamá no le puedo decir nada porque luego luego se pone a llorar; a mi hermano tampoco porque se enoja por que dice que soy una exagerada". Una paciente al finalizar la entrevista pidió ayuda psicológica por los problemas que tiene con su esposo e hijos debido a los cambios que ha tenido en su carácter a consecuencia del trasplante.

C O M E N T A R I O S

La insuficiencia renal crónica difiere significativamente de cualquier otro tipo de enfermedad crónica, puesto que, distinto a las consecuencias de otros padecimientos, ejerce un efecto devastador sobre la calidad de vida del paciente. Desde que comienza hasta la última etapa de la enfermedad y aún después del trasplante, pasan muchos años de sufrimiento al irse decrecentando lenta y paulatinamente la integridad física y mental del paciente.

Los tratamientos los exponen a un estado de stress psicológico y físico, caracterizado por una dependencia continua hacia los aparatos de diálisis, aunado a disturbios somáticos y enfermedades secundarias.

El paciente se encuentra siempre unido a algún tipo de aparato que se encarga de recordarle en todo momento su condición de enfermo. Su vida se puede caracterizar por ser un proceso de constante duelo ante pérdidas frecuentes: se pierde desde la salud, la fuerza, la integridad y funciones físicas, hasta pérdidas materiales y ocupacionales, privación sexual y en el alimento, cambios en las actividades recreativas, separación de familiares y amigos, y sobretodo, pierde gran parte de su libertad.

El paciente se ve obligado a mantener la esperanza en un futuro totalmente incierto; teme, y con toda razón, perder la

vida en cualquier momento. Probablemente lo único que entusiasma al paciente es la posibilidad de un trasplante de órgano.

Sin embargo, a pesar de que el trasplante ofrece un alivio para el paciente al liberarlo de restricciones y limitaciones, nunca deja de presentarle dificultades como son las consecuencias o efectos secundarios de los medicamentos inmunosupresores; y aunque mejora la calidad de su vida, el paciente no puede pasar por alto: que pasa de la dependencia de una máquina a los medicamentos; que requiere un tratamiento de por vida; y que en cualquier momento su nuevo riñón puede fallar.

Dentro de este panorama se presentan una serie de problemas particulares que es preciso mencionar. Es cierto que los pacientes con insuficiencia renal crónica comparten el mismo dolor, sin embargo, existen ciertos factores que los hacen ser distintos entre sí y que los predisponen en gran medida para tolerar con mayor o menor fuerza su padecimiento. Tales factores son la edad, el estilo de vida previo a la enfermedad, y el estado civil.

Para todo paciente la enfermedad constituye un problema grave en el sentido de que crea lazos de unión y dependencia entre el paciente y los familiares que se encargan de su cuidado así como con el personal médico. Pero en los pacientes jóvenes este problema es bastante más pronunciado debido a los conflictos existentes propios a su desarrollo que involucran la necesidad de

separación de los padres y de obtener independencia, necesidad que en su caso, no pueden ver satisfecha debido a que requieren de cuidados que ellos solos no pueden sostener.

Su actitud ante las atenciones de sus padres es ambigua; aceptan que se les cuide y se sienten satisfechos de que así sea, pero con frecuencia rechazan la protección porque la consideran exagerada. Esta situación no es diferente de la que vive cualquier familia con un adolescente en casa. De hecho el cuidar a los hijos y protegerlos es una actitud normal, pero en estos casos se incrementa a veces hasta un grado inadecuado, fomentando dependencias innecesarias.

El paciente joven se enfrenta además a otro tipo de problemas propios de su edad: los cambios en su imagen corporal y la necesidad de establecer identificaciones con personas como él. Hay que tomar en cuenta que la insuficiencia renal comienza, por lo regular, en la etapa de la adolescencia. En esta etapa el paciente lucha por abrirse paso en un mundo nuevo y se topa con el hecho de que está perdiendo lugar entre sus compañeros; es y se siente diferente a todos los demás; empieza a perder valor entre ellos y su autoestima decae. Este sentimiento se comienza a manifestar por inseguridad y un gran temor a ser rechazado, lo que repercute y se generaliza a todas las áreas de su vida.

Generalmente evitan situaciones que pongan en evidencia su vulnerabilidad, especialmente en lo referente a su sexualidad. Se vuelven tímidos, retraídos y aislados. En ocasiones abandonan

la escuela porque tienen miedo de sufrir el rechazo de compañeros.

El área emocional se ve especialmente afectada. Tienen mucha dificultad para establecer relaciones de pareja pero al mismo tiempo, manifiestan una inquietud sobresaliente por llegar a tener novio(a) y casarse algún día. La idea del matrimonio es especialmente angustiante para muchos, porque tienen mucho miedo de no lograr casarse nunca y de quedarse solos.

El paciente no desea involucrarse sentimentalmente con nadie porque no sabe si encontrará quien lo acepte con todos sus "defectos", además de que tiene mucho miedo de morir; pero tampoco acepta la idea de renunciar a una relación amorosa. Esto lo mantiene en un constante conflicto que lo angustia incesantemente, y tal vez por esto es que algunos buscan pareja entre el mismo grupo de pacientes pues con ellos si pueden sentirse identificados y comprendidos.

En general, para cualquier persona es importante el contar con una pareja, y muchas veces el no tenerla puede hacer sentir mal a los individuos. En los pacientes con insuficiencia renal, es muy común que el padecimiento termine con noviazgos y propicie sentimientos de abandono. Por el contrario, quienes han tenido el apoyo de una pareja se sienten mucho más optimistas pues cuentan con una persona a quien le preocupa su salud y por quien luchar.

Todas estas circunstancias explican los sentimientos de minusvalía y desamparo. El paciente se siente deprimido y con mucho coraje porque no logra aceptar su enfermedad. Su ansiedad la canaliza de diferentes modos. Algunos tratan de compensar su sentimiento de "minusvalía" actuando de manera disfrazada; pueden mostrarse rebeldes; los hombres, acentúan su virilidad; encubren su tristeza con una alegría aparente, etc.

En este sentido la negación es uno de los mecanismos de defensa más utilizados por los pacientes (jóvenes y adultos) porque a través de él logran conciliar sus necesidades con una realidad inaceptable; se mantienen menos angustiados tomando aquella parte de la realidad que menos les lastima. Por eso es que con frecuencia exhiben conductas y actitudes un tanto irracionales e incomprensibles que no corresponden a las que se esperaría de un individuo enfermo.

Con los pacientes mayores sucede algo bastante distinto. Generalmente son personas casadas lo cual les hace tener preocupaciones especiales. En primer lugar, aunque sufren el dolor de la pérdida de su salud, tienen algo a su favor: la edad. Son personas libres de los problemas que abruma a los jóvenes. En gran parte su vida ya está hecha y aunque la enfermedad representa una grave limitación, no interrumpe una vida en pleno desarrollo. Naturalmente se trata de personas en quienes la insuficiencia renal hizo crisis siendo ya adultos, pues en aquellos que empezaron a sufrir desde jóvenes, se da el mismo caso que se describió anteriormente.

En los pacientes adultos una de las principales áreas afectadas es la laboral, especialmente cuando su trabajo necesita de gran esfuerzo físico. Bajo esta situación tienen que abandonar su empleo por su propia voluntad para cuidar su salud, o incluso se ven forzados a dejarlo porque ya no los aceptan por su condición. De este modo, tiene que buscar uno nuevo que se adecúe a sus actuales capacidades, lo cual no siempre es fácil.

Este problema aumenta una preocupación de por sí existente en cualquier individuo sano, es decir, la preocupación por dependientes económicos, hijos y esposa, especialmente cuando los hijos son aún menores o incapaces de valerse por sí mismos. Esta situación es especialmente angustiante para el paciente sobretodo cuando acostumbrado a ser el sostén de un hogar, pasa a ser un dependiente pasivo, generándose así sentimientos de minusvalía y autodevaluatorios.

El área afectiva puede o no verse afectada, y en general, la manera en que una pareja afronte la enfermedad, depende del tipo de relación preexistente entre el enfermo y su pareja. En las parejas unidas o con una relación relativamente estable, el padecimiento constituye un motivo para reafirmar lazos dando lugar a mayores cuidados y consideraciones hacia el paciente. Por el contrario, en parejas con desavenencias previas, la enfermedad se recibe con mucho disgusto y puede llevar a la separación.

Igualmente, el contar con una pareja que brinde un

apoyo representa una ayuda emocional de gran valor. En los casados, la relación afectiva es más formal; ambos miembros de la pareja tienen un compromiso entre sí, que de algún modo se sienten obligados a cumplir; es una relación que no puede disolverse tan fácilmente como lo es un noviazgo, por lo que la responsabilidad de cuidarla es mayor.

El área sexual resulta ser una de las que cuentan con mayores trastornos. En parte por causas físicas reales, y en otra por temores e inseguridad, los pacientes disminuyen significativamente sus relaciones, presentando disfunciones sexuales diversas. En hombres el pasar a ser receptores de las atenciones de la familia puede menoscabar significativamente su autoestima lo que interfiere en su relación con la mujer, pues ahora es ella quien adquiere el papel directivo. Esta situación puede ser una fuente de stress psicológico de gran valor.

En términos generales, los pacientes mayores parecen tener mayor capacidad para tolerar su enfermedad, aunque tampoco están exentos del temor a la muerte, pues ellos también están conscientes de que en cualquier instante pueden perder la salud. En ellos como en los jóvenes, la idea de la muerte y la constante incertidumbre en relación a su vida, es algo que no pueden pasar por alto, lo que se refleja en una tendencia a buscar satisfacciones más inmediatas; se fijan metas a corto plazo de las cuales puedan estar más seguros que lograrán alcanzar.

Por último, como factor decisivo en la aceptación del

padeamiento, se encuentra el estilo de vida al que está acostumbrado el paciente. En aquellos cuyas actividades diarias exigían mayor vitalidad y movilización, la enfermedad es más difícil de aceptar puesto que está obstaculizando directamente su realización, dando lugar a fuertes sentimientos de frustración y coraje. El paciente tiene que reiniciar una vida y aceptar una nueva imagen de sí mismo. En cambio para quienes solían llevar una vida sedentaria, la enfermedad es más fácil de aceptar y sobrellevar puesto que permite continuar con las costumbres y actividades usuales del paciente.

C O N C L U S I O N E S

Una vez analizados tanto los resultados estadísticos como los aspectos humanos y afectivos envueltos en la situación de enfermedad que vive el paciente con insuficiencia renal crónica, puede entenderse la complejidad del problema cuyos aspectos esenciales se exponen a continuación:

-Los trastornos afectivos que se manifiestan en los pacientes con insuficiencia renal crónica son reactivos a la enfermedad y puesto que no han recibido la atención psicológica necesaria permanecen o inclusive se incrementan, entorpeciendo la recuperación física y emocional del paciente.

-Los pacientes presentan ciertos rasgos de personalidad patológica que son de significación clínica importante, pero no son suficientes para clasificarlos como enfermos.

-El paciente con insuficiencia renal crónica se caracteriza básicamente por un estado depresivo crónico matizado por sentimientos de tristeza, inseguridad y autodevaluación, que varía ligeramente con el tiempo, siendo los momentos críticos la etapa previa al trasplante, y la etapa posterior a los 5 años de la operación.

-Independientemente del tiempo que se tenga del trasplante, existe una marcada tendencia al aislamiento social y a buscar refugio en la fantasía como un mecanismo compensatorio

de las constantes frustraciones e insatisfacciones de la realidad.

-Los pacientes presentan rasgos de dependencia y gran necesidad de ser tomados en cuenta, y frecuentemente adquieren actitudes regresivas.

-El paciente guarda muchos sentimientos hostiles y coraje para los cuales no tiene una salida, por ello es que muy constantemente presenta una conducta rebelde, agresiva y conflictiva.

-Muestran fuerte preocupación por su salud tendiendo a exagerar sus molestias físicas para llamar la atención. Naturalmente este punto debe ser considerado con precaución debido a que el paciente con este padecimiento constantemente muestra altas y bajas en su salud, y de hecho debe estar alerta ante cualquier alteración física por mínima que parezca, porque puede ser un síntoma grave que de no tomarse en cuenta podría causarle serias complicaciones y hasta la muerte.

Sin embargo, por este motivo el paciente puede llegar a utilizar su enfermedad como un medio para justificar ante sí mismo y ante los demás sus deficiencias y limitaciones, tornándose entonces pasivo y dependiente en exceso esperando que todos sus problemas y necesidades se las resuelvan los demás.

-La insuficiencia renal crónica destaca sobre cualquier otro tipo de padecimiento por el efecto tan devastador que tiene

en la calidad de vida del paciente.

-Todos los pacientes, independientemente de cualquier factor, sufren temores muy específicos que se repiten casi en todos ellos:

a) desde el punto de vista de la enfermedad, uno de los temores fundamentales es el miedo a la muerte, al igual que hacia una nueva recaída, al rechazo del órgano, a volverse a hospitalizar, y a iniciar de nuevo el tratamiento a base de diálisis.

b) uno de los sentimientos más frecuentes es el considerarse como seres distintos o inadecuados, lo cual se manifiesta por un gran temor a ser rechazados, que los lleva a separarse físicamente de la gente.

-Una gran fuente de miedo y angustia es la falta de información clara sobre la enfermedad y el tipo de tratamiento al que van a ser sometidos.

-La ausencia de familiares o visitas durante los períodos de hospitalización aumentan los sentimientos depresivos en el paciente.

-Los cambios en la imagen corporal que sufran los pacientes como consecuencia de los tratamientos y del mismo trasplante, son generadores de inseguridad y ciertos sentimientos de devaluación personal y tienen mucho mayor repercusión en los pacientes jóvenes que en los adultos.

-La vida sexual sufre un deterioro y disminución considerables tanto en hombres como en mujeres.

-El principal mecanismo de defensa que emplean los pacientes para hacer frente a la angustia es la negación de su enfermedad.

-Algunos de los cambios emocionales del paciente están relacionados con ciertos factores que parecen influir directamente en la manera en que la enfermedad afecta la vida anímica del paciente; tales factores son: la edad, el estado civil y el estilo de vida.

-En los pacientes jóvenes el padecimiento adquiere una dimensión de mayor gravedad puesto que además de los problemas propios de su enfermedad se suman los conflictos por los que pasa todo adolescente, tales como la lucha por su independencia y problemas de identificación, básicamente.

-En los pacientes jóvenes el impulso creciente de actividad se ve obstaculizado ante su necesidad de consumir su tiempo pasivamente en los tratamientos con diálisis.

-El área de relaciones interpersonales sufre un grave deterioro puesto que el paciente se vuelve tímido y retraído en exceso afectando también sus relaciones de pareja.

-En los jóvenes el área escolar resulta ser de las más afectadas mientras que en los adultos es la laboral.

-Los adultos demuestran mayor capacidad para adaptarse, puesto que varios aspectos de su vida ya están resueltos.

-Una de las mayores preocupaciones lo son los dependientes económicos, hijos y esposa, especialmente cuando los hijos son menores de edad.

-El estado civil influye en cierta medida; en los casados su relación es más formal y puede sobrevivir más fácilmente a los problemas, a diferencia de los noviazgos.

-Los pacientes solteros se deprimen ante su soledad y porque temen no encontrar alguien que los acepte como son.

-Con cierta frecuencia la familia y, en general las personas que rodean al paciente fomentan dependencias innecesarias o neuróticas.

-Finalmente, se quisiera resaltar lo siguiente: una de las preocupaciones fundamentales de los médicos al sugerir la realización de este estudio lo eran las malas relaciones sociales de los pacientes, especialmente con la familia. Sin embargo, los resultados aquí presentados muestran que el mayor conflicto existente es del paciente consigo mismo para aceptar su recién adquirida condición de enfermo, sus limitaciones y alcances reales. En esta lucha por adaptarse a su imagen corporal se involucran sentimientos de hostilidad y coraje que suelen no encontrar un cauce adecuado entorpeciendo así las relaciones interpersonales armónicas del individuo.

SUGERENCIAS

Por medio del presente estudio se ha hecho patente que en la atención del padecimiento renal no sólo se requiere de la ayuda médica, sino que para lograr una recuperación integral (física y emocional) es indispensable la participación activa y constante de profesionales en el manejo afectivo del paciente. Asimismo, es claro que el papel de los familiares es de vital importancia pero requieren de ser guiados pues es difícil que sepan manejar una situación en la que ellos mismos resultan afectados.

Es por ésto que a continuación se exponen una serie de sugerencias que se consideran útiles para el apoyo y tratamiento de este tipo de pacientes, haciendo énfasis también en la ayuda que el personal médico puede ofrecerles desde el punto de vista emocional, tomando en cuenta que su convivencia con el enfermo es prolongada y muy significativa pues tanto médicos, enfermeras como asistentes llegan a formar parte de la vida del mismo.

Para el personal médico:

-Es importante que al paciente sea informado con claridad y en el momento adecuado sobre qué es lo que tiene, las posibles causas, los tipos de tratamiento por los que va a atravesar, las limitaciones reales que tendrá que afrontar, las consecuencias y enfermedades secundarias que pueden aparecer, el tipo de cuidados que deberá tener, etc; dicho de otro modo,

explicarle con detalle y con las palabras adecuadas su padecimiento, utilizando términos sencillos y comprensibles con el objeto de que el paciente se prepare mentalmente para afrontar su situación.

-Presentarle al paciente las alternativas de vida que ofrece su nueva condición, dejando en él la responsabilidad de elegir la que más se ajuste a sus necesidades.

-Mantener mayor comunicación con los pacientes respecto al trasplante, evitando manejar esto como un "secreto" o algo inaccesible a ellos para tranquilizar sus inquietudes sobre las condiciones generales en las cuales se llevará a cabo.

-Evitar darle falsas esperanzas al paciente que en un futuro puedan hacerlo sentir defraudado y engañado; hablarle siempre con la verdad.

-El apoyo emocional del personal médico es básico especialmente cuando la familia no puede proporcionarlo debido a que se encuentra sumida en su propio dolor.

-Ofrecer pláticas de información y orientación sexual tanto a pacientes casados como a los solteros (puesto que no sólo los casados llevan una vida sexual activa) tratando de que para el sexo femenino sea una mujer quien las dirija, y un hombre para el caso de los varones, con el fin de reducir la incomodidad de los pacientes al tratar este tema.

-Dentro del hospital evitar aislar al paciente de sus familiares y amigos.

-Antes de tomar una decisión sobre el trasplante renal, el médico debe evaluar las condiciones del enfermo según su edad, estado civil y estilo de vida para entender el modo en que posiblemente el paciente reaccionará a la operación.

Para la familia:

-Evitar darle al paciente un trato especial que acentúe su condición de enfermo y lo haga sentir inútil.

-Propiciar el desarrollo del paciente, para lo cual tiene que permitirle asumir sus propias responsabilidades y no limitarlo ejerciendo una protección innecesaria.

-Conocer cuáles son las necesidades reales del paciente para que se le procuren los cuidados que en verdad requiere y no se fomenten dependencias exageradas o neuróticas.

-Enterarse sobre los problemas propios de todo joven para entender que en el paciente con enfermedad renal éstos tienden a aumentar.

Para el psicólogo:

-Identificar reacciones negativas (falta de cooperación para el tratamiento, rebeldía, irresponsabilidad, etc.) buscando el origen que las motivan, para tratar de entender y ayudar al

paciente y no atacarlo.

-Evaluar las relaciones previas al trasplante entre el receptor y el donador puesto que cuando existen conflictos entre ambos es muy probable que éstos aumenten después de la operación dando lugar a problemas graves.

-Asimismo, evaluar las relaciones preexistentes entre el enfermo y las personas con las que convive diariamente quienes estarán involucradas en el problema del enfermo y sufrirán también gran parte de las consecuencias.

-Darle al paciente la oportunidad para verbalizar cualquier inquietud como lo son: sentimientos depresivos, de culpa, ansiedad, necesidad de sentirse apoyado, miedo, etc. Es decir, permitirle ventilar afectos que ocurren tanto de manera manifiesta como encubierta.

-Es esencial detectar cualquier sentimiento hostil hacia el personal médico y familiares para dar salida a la posible agresión reprimida de los pacientes y lograr de ellos mayor cooperación.

-Ayudar al paciente a elaborar el duelo de su cuerpo, de su salud y de la pérdida de sus capacidades, compartiendo con él dicho sentimiento y haciéndolo sentir que es comprendido.

-Enfrentar y tratar las negaciones del paciente, entendiendo que éstas son su principal defensa en una situación

transitoria entre la recuperación y el fracaso de ésta.

-Informar a la familia de la importancia que tiene su apoyo en la recuperación del paciente, con el objeto de motivarla a participar activamente en el tratamiento del mismo.

-Fomentar una participación activa de los pacientes en las pláticas que se organizan dentro del hospital para que se aborden temas de interés común y se involucren más en sus propias inquietudes y problemática.

-Formar grupos de apoyo mutuo que tengan como finalidad el compartir experiencias entre los mismos pacientes que los hagan sentirse identificados.

-Tomar en cuenta el rol que juega cada paciente dentro de su familia y las posibilidades de que sea desplazado de éste, ayudándolo a que lo conserve, o a que sea capaz de asumir uno nuevo según se necesite.

-Realizar una evaluación psicológica detallada y profunda previa al trasplante para conocer el estado anímico del paciente, el tipo de defensas que tiene, sus preocupaciones, temores, etc. que puedan en un momento dado entorpecer el curso de su recuperación.

-Dar apoyo con técnicas psicológicas para propiciar el cambio de hábitos en los pacientes que favorezcan la adaptación a los tratamientos.

-Integrar grupos de terapia de apoyo psicológico tomando en cuenta las características de los pacientes según el tiempo de haber sido trasplantados, su edad, estado civil, preocupaciones y problemática que más les perturben, tratando de exista homogeneidad entre los participantes en relación a éstas.

A N E X O I

GLOSARIO DE TERMINOS MEDICOS

1. Acidosis metabólica. Reducción del PH (relación ácido-alcalino) de la sangre que origina que ésta se vuelva más ácida de lo normal.
2. Adinamia. Inmovilidad.
3. Aliento urémico. Aliento desagradable característico de quienes sufren de uremia.
4. Amiloidosis. Enfermedad sistémica que puede ser primaria o secundaria a otra enfermedad crónica.
5. Anemia. Estado caracterizado por un menor número de eritrocitos o por un contenido de hemoglobina por debajo de lo normal, lo que produce falta de oxígeno necesario para la energía.
6. Anticuerpo. Sustancia específica producida por el organismo que ocasiona inmunidad a la presencia de un antígeno.
7. Anuria. No orinar.
8. Arteroesclerosis. Enfermedad caracterizada por endurecimiento de las arterias.
9. Astenia. Flojera.
10. Carcinoma. Tumor maligno.
11. Cardiopatía hipertensiva. Enfermedad del corazón causada por niveles de presión arterial muy elevados durante tiempos prolongados.
12. Creatinina. Fracción del metabolismo de las proteínas.
13. Disuria. Orinar con dolor o molestias.

14. Edema. Hinchazón a causa de la acumulación de líquido en los tejidos.
15. Edema pulmonar agudo. Acumulación aguda de agua en los pulmones.
16. Enfermedad sistémica. Que afecta a todos los sistemas del organismo.
17. Enfermedades mieloproliferativas. Enfermedades cancerosas de la sangre o de los ganglios (como leucemias o linfomas).
18. Enfermedades neoplásicas. Son enfermedades generadas por tumores.
19. Enuresis. Descarga involuntaria de orina después de los tres años de edad.
20. Epistaxis. Sangrado por la nariz.
21. Eritrocitos. También llamados glóbulos rojos; su función principal es transportar a través de los vasos sanguíneos, oxígeno y bióxido de carbono.
22. Escleroderma. Enfermedad que afecta principalmente al tejido de la colágena (proteína que se localiza en muchas partes del cuerpo: piel, mucosas, vasos, etc).
23. Esquimosia. Moretón de gran tamaño.
24. Estenosis de arteria renal. Estrechamiento de la arteria del riñón.
25. Fenacetina. Nombre comercial de una aspirina.
26. Globulina antilinfocítica. Anticuerpos contra linfocitos.
27. Glomerulonefritis. Enfermedad de los glomerulos (cierta parte de los riñones, específicamente de las nefronas) que lleva

la mayor parte de las veces a insuficiencia renal.

28. Granulomatosis de Wegner. Enfermedad parecida al lupus eritematoso diseminado y a la poliarteritis, que afecta principalmente al pulmón y al riñón, y que puede producir insuficiencia renal.

29. Hematológico. Referente a la sangre.

30. Hematopoyesis. Proceso de formación de células sanguíneas en la médula ósea.

31. Hematuria. Orinar con sangre.

32. Hiporexia. Comer poco.

33. Inmunoglobulinas (anticuerpos). Proteínas que forma el organismo para protegerse de partículas extrañas que penetran a él.

34. Inmunosupresión. Tratamiento dirigido a reducir o eliminar la respuesta inmune del organismo.

35. Linfoma. Cáncer de los ganglios linfáticos o sistema inmunológico.

36. Lupus eritematoso diseminado. Enfermedad que afecta a muchos órganos y que puede producir insuficiencia renal.

37. Melena. Evacuación de sangre.

38. Mieloma múltiple. Enfermedad que afecta huesos y otros tejidos y que puede llegar a degenerar en cáncer.

39. Nefritis. Inflamación o afección de la nefrona.

40. Nefrones. Unidad funcional del riñón, que lleva a cabo la labor más importante del sistema urinario.

41. Neumonitis urémica. Afección del pulmón causada por uremia alta y prolongada.

42. Neuropatía periférica. Afección de un nervio periférico.
43. Nicturia. Orinar de noche.
44. Oliguria. Orinar poco.
45. Petequia. Moretón de pequeño tamaño.
46. Piuria. Orinar con pus.
47. Poliuria. Orinar muchas veces.
48. Poliarteritis. Enfermedad que afecta principalmente a las arterias y que puede producir insuficiencia renal.
49. Púrpura trombótica trombocitopénica. Es una alteración de las plaquetas de la sangre (células que sirven para la coagulación) que produce problemas de hemorragia o tapones.
50. Renina. Sustancia que secreta el riñón que produce constricción de las arterias.
51. Sarcoidosis. Enfermedad sistémica que puede ser primaria o secundaria a otra enfermedad crónica.
52. Síndrome nefrítico. Conjunto de las manifestaciones de la nefritis: sangre y proteínas en la orina, presión alta, etc.
53. Sistema de histocompatibilidad. Son los marcadores inmunológicos de cada persona.
54. Trombosis de vena renal. Taponamiento de la vena del riñón.
55. Uremia. Enfermedad producida por niveles altos de urea en la sangre que originan molestias diversas.

A N E X O I I

FORMATO DE ENTREVISTA CLINICA PSICODINAMICA

1. Ficha de identificación.

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Edad:	Estado civil:
Escolaridad:	Ocupación:
Domicilio:	Teléfono:
Religión:	Tiempo de trasplante:

2. Descripción general de la enfermedad.

Relato del padecimiento desde sus inicios hasta el momento de la entrevista, investigando los sentimientos y actitudes del paciente ante cada etapa por la cual ha atravesado.

3. Historia familiar.

Actitudes y características de cada uno de los miembros de la familia de origen así como de la actual. Grado de armonía, conflictos principales, papel del paciente en ella y autoridad reconocida.

Cambios que se suscitaron después de la enfermedad y formas en que la familia y el paciente la afrontan, y tipo de ayuda que le dan.

Relación que lleva el paciente con su donador y sentimientos hacia éste (en el caso de ya haber sido

trasplantado); para quienes aún no han sido trasplantados, se indaga la situación que prevalece en la familia en relación al posible donador.

Vida marital: edad en que contrajo matrimonio; nombre, edad, ocupación y rasgos de personalidad de su cónyuge; tipo de relaciones maritales actuales y cambios o problemas que se hayan presentado a causa de su enfermedad. En relación a los hijos: lista cronológica mencionando nombre, edad y ocupación, actitud del paciente hacia sus hijos y de éstos hacia el paciente.

4. Historia personal

Cómo influye el trasplante o la insuficiencia renal crónica en la vida del paciente, abarcando el área escolar, laboral, social, afectiva (noviazgo), sexual y de actividades recreativas, así como las metas y temores actuales a los que se enfrenta el paciente.

A N E X O I I I

PRUEBA DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre _____

Edad _____ Ocupación _____

Sexo _____ Tiempo del trasplante _____

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En las mañanas me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

A N E X O I V

TABLA DE CONVERSION PARA LA PRUEBA DE ZUNG

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE

CALIF. BASICA	INDICE	CALIF. BASICA	INDICE	CALIF. BASICA	INDICE
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

A N E X O I V

TABLA DE CONVERSION PARA LA PRUEBA DE ZUNG

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE

CALIF. BASICA	INDICE	CALIF. BASICA	INDICE	CALIF. BASICA	INDICE
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
29	35	49	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

A N E X O V

TABLA DE GRUPOS DIAGNOSTICOS PARA LA PRUEBA DE ZUNG

GRUPOS DE DIAGNOSTICO	PUNTAJE EN LA PRUEBA DE ZUNG
Normalidad	Menos de 40
Depresión (grave)	Más de 70
Depresión (ambulatoria)	60 a 70
Reacciones de ansiedad	41 a 60
Desórdenes de la personalidad	41 a 60
Reacciones de ajuste	41 a 60

A N E X O VI

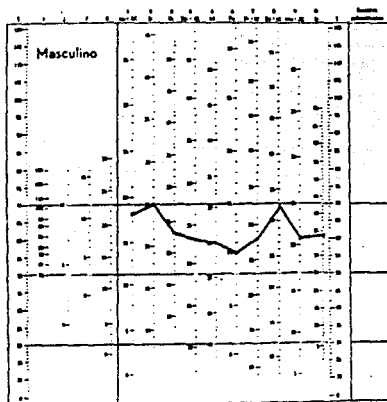
PERFILES DEL MMP I

PERFIL GENERAL

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Burke R. Horowitz y J. Chansley McEasley



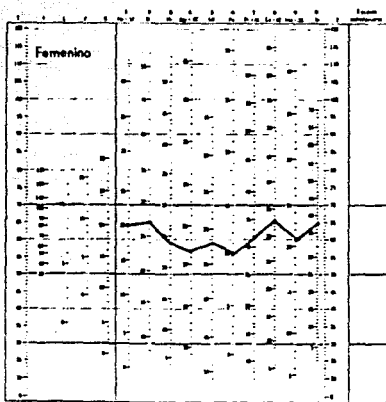
Puntuación normal: 18 21 23 21 25 18 23 21 31
 Puntuación límite: ---
 Puntuación clínica: ---



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Burke R. Horowitz y J. Chansley McEasley



Puntuación normal: 20 21 23 22 22 18 23 21 30
 Puntuación límite: ---
 Puntuación clínica: ---

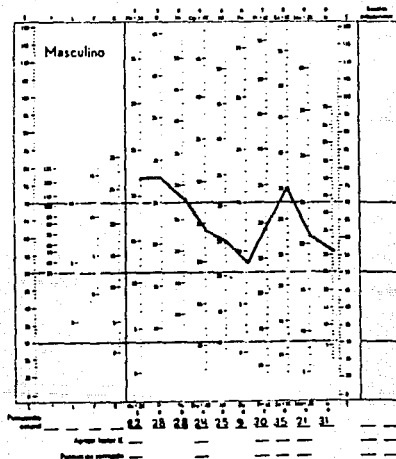


GRUPO EN PROTOCOLO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

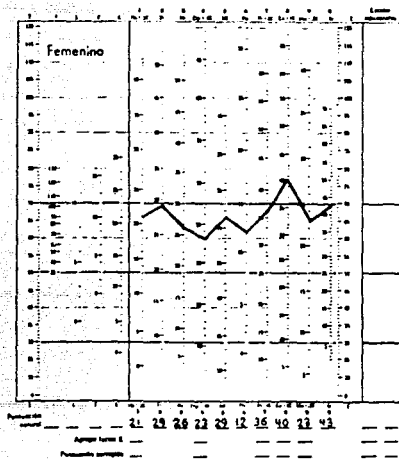
Storke R. Hathaway y J. Chasley McCleley



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Chasley McCleley

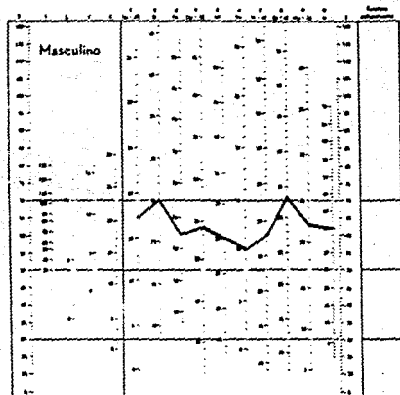


GRUPO DE MENOS DE UN AÑO

MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Scotts R. Hathaway y J. Chesley McCleary



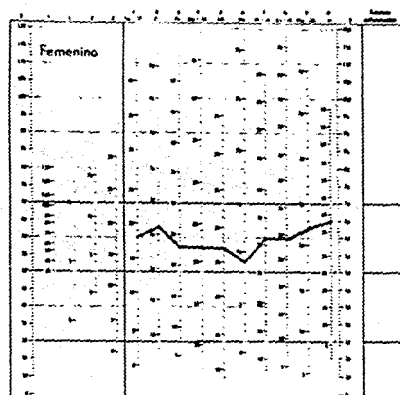
Funcionamiento normal ---
 Puntaje total K ---
 Puntaje total S ---



MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Scotts R. Hathaway y J. Chesley McCleary



Funcionamiento normal ---
 Puntaje total K ---
 Puntaje total S ---

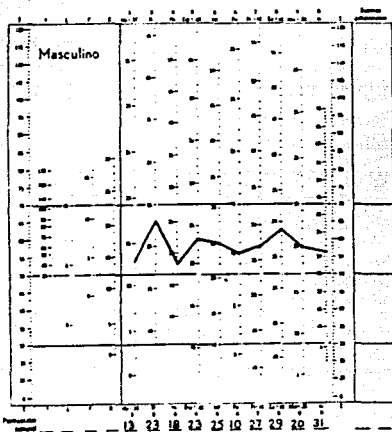


GRUPO DE UNO A CINCO AÑOS

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

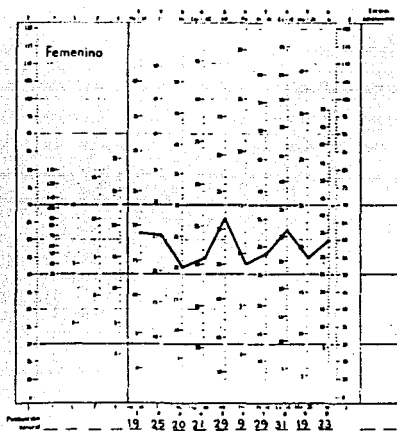
Starke R. Hathaway y J. Charlesley McEasley



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charlesley McEasley

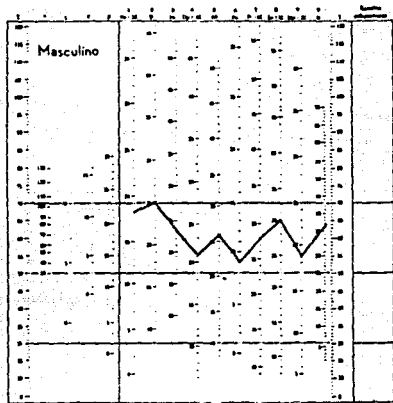


GRUPO DE MAS DE CINCO AÑOS

MMPI
7-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charlesley McEasley



Percentiles
masculino

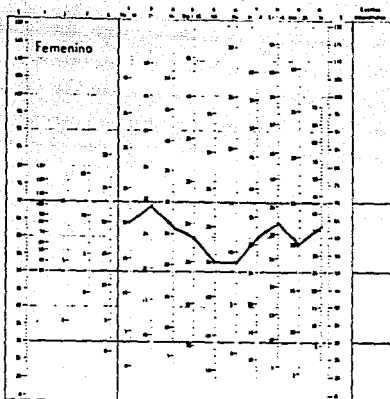
10	25	23	21	16	9	29	30	19	33
Agrupación I									
Percentiles femenino									



MMPI
7-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charlesley McEasley



Percentiles
femenino

20	29	26	23	35	9	31	22	20	36
Agrupación I									
Percentiles masculino									



B I B L I O G R A F I A

1. Basch, S.H. (1973). The intrapsychic integration of a new organ. A clinical study of kidney transplantation. Psychoanalytic Quarterly. Vol.42(3). Pag. 364-384.
2. Calderón Narvaez, Guillermo. Depresión. Ed. Trillas, México, 1987.
3. Chapman, C.R; Cox, G.B. (1977). Anxiety, pain and depression surrounding elective surgery: a multivariate comparison of abdominal surgery patients with kidney donors and recipients. Journal of Psychosomatic Research. Vol.21(1). Pag. 7-15.
4. Farmer, C.J; Bewick, M; Parsons, V; Snowden, S.A. (1979). Survival on home haemodialysis: its relationship with physical symptomatology psychosocial background and psychiatric morbidity. Psychological Medicine. Vol.9(3). Pag. 515-523.
5. Farmer, C.J; Snowden, S.A; Parsons, V. (1979). The prevalence of psychiatry illness among patients on home haemodialysis. Psychological Medicine. Vol.9(3). Pag. 509-514.
6. Freyberger, H; Ludwig, M; Mangels, M; Neuhaus, P. (1979) Consultation-liaison psychiatry activities in renal transplant unit. Psychotherapy and Psychosomatics. Vol.32(1-4). Pag. 157-162.

7. Fromm, E. Ética y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica. México, 1982.
8. Haensel, T.H; Brunner, F; Battegay, R. (1980). Renal dialysis and suicide: occurrence in Switzerland and in Europe. Comprehensive Psychiatry. Vol.21(2). Pag. 140-145.
9. Lowry, M.R; Atcherson, E. (1980). Home dialysis dropouts. Journal of Psychosomatics Research. Vol 24(3-4). Pag. 173-178.
10. Mayer-Gross, W; Slater, E; Roth. Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Argentina, 1974.
11. Molinero Somolinos, F. Trasplantes: entre la realidad y la esperanza. Colección Salvat. Temas Clave. Vol.21. España, 1981.
12. Noyas, A. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. Fournier. México, 1971.
13. Procci, W.R; Hoffman, K.; Chatterjee, S.N. (1978). Sexual functioning of renal transplant recipients. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.168(6). Pag. 402-407.
14. Rivera Jiménez, Ofelia. Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI. Ed. Diana. México, 1987.
15. Tisza, V.B; Dorsett, P; Morse, J. (1978) Psychological implications of renal transplantation. Journal of the American Academy of Child Psychiatry Vol.15(4). Pag. 709-720.

16. Van Der Spuy, H.I; Rabinowitz, S. (1978). Selection Criteria for Dialysis and Renal Transplant. American Journal of Psychiatry, Vol.135(7). Pag. 861-863.