Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Facultad de Psicología

Tesis en opción al título de Máster en Psicología médica

Título:

“Cuadro interno de la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal, en tratamiento sustitutivo”

Autor:

Lic. Ariel Leonel Valdés De la Osa

Tutor:

Dr. C. Leonardo Rodríguez Méndez

Profesor Titular

Santa Clara

Octubre, 2010

Dedicatoria

A ti, mi pequeño príncipe; inspirador

de todas mis acciones;

y responsable de toda mi felicidad.

Agradecimientos

- Agradezco en especial a mi tutor, por el tiempo que me dedicó y sus sabias observaciones.
- A mi familia por sus frecuentes empujones para que terminara esta tesis. noticia: “pueden dormir tranquilos, ya la acabé”.
- A mi pequeño hijo por su paciencia (a veces), estarás happy, ya puedes jugar en la PC al conejo lector. Ahh lo olvidaba, si los consigo, los ochenta son tuyos.
- A Ledys, por su exquisita revisión ortográfica y gramatical.
- A María Julia y Yuleimy por su ayuda en la realización de esta investigación.
- A Maikel y Lucía por su colaboración.
- A todos los que de una u otra forma contribuyeron a que pudiera terminar este trabajo exitosamente.

A todos, sinceramente, Muchas Gracias.

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar el cuadro interno de la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), en tratamiento renal sustitutivo, atendidos en el servicio de nefrología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la provincia de Villa Clara. Se trabajó con una muestra de 20 pacientes; 10 pacientes que reciben tratamiento hemodialítico y 10 pacientes trasplantados.

Para cumplimentar los objetivos propuestos se emplearon las siguientes técnicas: entrevista psicológica al paciente, análisis psicológico de la historia clínica, entrevista familiar, inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE), test de depresión Zung y Conde, ROTTER, autorreporte vivencial, RAMDI y una modificación de la escala Dembo- Rubinstein.

Se partió tanto para el diseño metodológico como para el análisis de los resultados del paradigma mixto de la investigación, detectándose diferencias en relación al cuadro interno de la enfermedad de ambos grupos en varios aspectos. Se constató que la vivencia del proceso morboso es muy angustiante en el grupo de los hemodializados; con ansiedad, depresión, inquietud, miedo e inseguridad; como los estados más intensamente experimentados. Encontrándose una expectativa incierta del futuro y un grado importante de afectación psicológica, sobre todo en el área afectiva.

El grupo de trasplantados se manifestó diferente, en el cuadro interno de la enfermedad existe una valoración más optimista de su estado actual y proyecciones futuras en concordancia con él. Sin embargo, llama la atención que las afectaciones más importantes se encontraron, al igual que en el otro grupo, en la esfera afectiva, con similar representación de los estados más intensamente vivenciados por los enfermos. A modo de recomendación se sugiere tener en cuenta estos resultados en la elaboración de futuras estrategias interventivas en ambos grupos.

Abstract

This research was conducted in order to characterize the internal table of the disease in patients with chronic renal failure (CRF) in renal replacement therapy, at the Nephrology Service of Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" in the province of Villa Clara. We worked with a sample of 20 patients, 10 patients receiving hemodialysis and 10 patients transplanted.
To complete the proposed targets were used the following techniques:
psychological interview, psychological analysis of the clinical, family interview, state trait anxiety inventory (Idar), and Zung depression test Conde, ROTT, existential self, Ramdien and a modification of the scale Dembo - Rubinstein. The results were analyzed by qualitative and quantitative differences were found in relation to the internal table of the disease in both groups in several respects. There was a morbid process vivenciación very distressing to the group of hemodialysis, with anxiety, depression, anxiety, fear and insecurity as the most intensely experienced. Found an expectation of the future uncertain and a significant degree of psychological impact on the affected area. Expressed differently in the transplant group, where in the internal table of the disease there is a more optimistic assessment of their current status and future projections in line with him. However it is noteworthy that the most significant effects were found, as in the other group in the area affected, with similar representation of the most intensely experienced by patients. As a recommendation it is suggested to take into account these results in developing future strategies for interventions in both groups.

Índice

INTRODUCCIÓN / 1

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.

1.1 Personalidad y cuadro interno de la enfermedad. / 4

1.2 La insuficiencia renal crónica. / 25

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA.

2.1 Descripción de la muestra. / 41

2.2 Descripción de los materiales. / 44

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

3.1 Análisis de los resultados por técnicas. / 59

3.2 Análisis de los resultados por grupos. / 77

CONCLUSIONES / 84

RECOMENDACIONES / 85

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS / 86

ANEXOS

Introducción

La insuficiencia renal crónica se ha convertido en un importante problema de salud en la mayoría de los países del mundo, propiciado por el aumento del número de casos diagnosticados y la consiguiente elevación de la prevalencia de los pacientes en los programas de diálisis y trasplante renal, aumentando esta de un 12 a un 15 %. Entendida la insuficiencia renal crónica como "la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno causada por una lesión estructural renal irreversible presente durante un período largo de tiempo, habitualmente meses o años. (Sellarés, VL; Martín Conde, ML; 2002) citado en (López, R. J; 2005). En Cuba, el número de pacientes con insuficiencia renal crónica que precisan de tratamiento renal sustitutivo también ha aumentado progresivamente. Las causas de este fenómeno se atribuyen a una mayor incidencia de nefropatías secundarias a diabetes e hipertensión, así como al acceso más liberal de pacientes a la diálisis y/o al trasplante. Lo peor es que, con la publicación de las guías clínicas sobre la enfermedad renal crónica, se trazaron nuevas pautas en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad asumiendo los datos de los registros actuales, que son la punta del iceberg de un problema que se intuye como de gran magnitud (Nacional Kidney Foundation; 2002). Lo cierto es que sabemos cuántos pacientes están en tratamiento renal sustitutivo, pero no sabemos cuántos sujetos tienen un deterioro de la función renal que potencialmente puede progresar a la fase terminal, ello supone un problema de primer orden; personal, político, socio-sanitario y económico.

Las intervenciones dirigidas a la prevención y al retraso de la progresión de la enfermedad, son de gran importancia y con un evidente beneficio, pero no pueden ayudar a los que ya están en tratamiento sustitutivo; ni a los que irremediablemente como consecuencia de estas lesiones estructurales irreversibles, pasarán a engrosar las listas de los que padecen esta terrible enfermedad. Por esta razón; asumiendo que estamos frente a una enfermedad que produce una demanda de atención médica y de enfermería importante, y un número significativo de limitaciones para el paciente en todos los ámbitos de su vida cotidiana, se hace necesario conocer, no sólo cómo se comportan los valores de los exámenes médicos y cuál es la mejoría orgánica experimentada por el paciente después de cada hemodiálisis o posterior al

trasplante renal, sino también las manifestaciones psicológicas que acompañan al enfermo, el mundo vivencial que experimentan al enfrentar la enfermedad y sus demandas terapéuticas. Para quienes trabajan con los pacientes renales crónicos en fase terminal, es conocida la importante repercusión psicológica que tiene el diagnóstico de la enfermedad y los tratamientos sustitutivos; la literatura también hace hincapié en estas afectaciones psicológicas, es por eso que en los últimos años se han realizado una variedad de estudios con el fin de explorar el mundo psicológico de este grupo de pacientes.

La presente investigación está dirigida a la búsqueda de las particularidades del mundo vivencial de los paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en relación a la experimentación de la enfermedad; incluyendo en él, toda la suma de sensaciones, estados de ánimo, vivencias; junto a sus propias representaciones del proceso morboso. Esta constituye la forma de conocer, desde la percepción de los propios pacientes, cómo se vivencia el proceso de enfermar y ser sometido irremediable y frecuentemente a tratamientos invasivos, dolorosos, limitantes y muy peligrosos.

Por estas razones nos plantemos el siguiente **Problema de investigación**:

¿Qué particularidades presenta el cuadro interno de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo?

Para dar respuesta a nuestro problema de investigación nos planteamos el siguiente objetivo:

Objetivo general:

- *Caracterizar el cuadro interno de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis y trasplante renal*.

Objetivos específicos:

1. *Explorar las particularidades de los estados emocionales de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo en ambos grupos.*
2. *Determinar cómo se comporta la autovaloración como formación autorreguladora de la personalidad en los pacientes de ambos grupos.*
3. *Comparar el cuadro interno de la enfermedad de los pacientes de ambos grupos.*

Tareas de investigación:

1. *Sustentar teóricamente los fundamentos de la investigación mediante la sistematización y elaboración de los presupuestos de la misma.*
2. *Seleccionar y adecuar las técnicas de exploración a los propósitos de la investigación.*

Marco Teórico

1.1 PERSONALIDAD Y CUADRO INTERNO DE LA ENFERMEDAD.

Al estudiar el cuadro interno de la enfermedad, deben considerarse las características individuales de la personalidad del paciente, cuyas estructuras mediatizan cualquier actividad del individuo, jugando un papel relevante en el establecimiento de las etapas somatonosognósicas.

Las características personológicas del enfermo influyen determinantemente en el curso de la patología orgánica, favoreciendo u obstaculizando su tratamiento y evolución. Por ejemplo: "el comportamiento obsesivo de un paciente con reciente diagnóstico de hipertensión arterial, en lo que a la toma de la tensión arterial se refiere, lejos de ayudarlo, lo perjudica; pues los factores emocionales relacionados con su hipervigilancia pueden por sí mismo, elevar sus cifras de tensión arterial".

Para la Psicología de orientación dialéctica, la base material de la psiquis está en el sistema nervioso central: en el cerebro, y postula lo psíquico como reflejo activo de la realidad y el determinismo dialéctico en el desarrollo de la actividad psíquica, tanto normal como patológica. En este concepto se concibe la personalidad no como una sumatoria de rasgos o dimensiones, con una expresión bien definida en la conducta, sino como un complejo sistema que integra distintos niveles en los que se expresan múltiples síntesis de formaciones y elementos psicológicos, manifestados no solamente en forma de conducta, sino esencialmente en elaboraciones, reflexiones y sentimientos más complejos del hombre como sujeto de la conducta, las peculiaridades psicológicas de la personalidad son las que en definitiva determinan cuáles estímulos pueden ser tensionantes o ansiógenas para un sujeto y cuáles no; los que pueden desorganizar o desestabilizar su actividad, su personalidad y cuáles podrán contribuir a su movilización más positiva y su desarrollo. La personalidad va a mediatizar siempre el cuadro vivencial del paciente, y va a influir decisivamente en su actitud ante la enfermedad, así como a las limitaciones psicosociales que imponga.

La personalidad, constituye el nivel más complejo de regulación psicológica, pues en ella se encuentran los elementos explicativos de las conductas más complejas del hombre. La personalidad es: "la organización dinámica en el interior del individuo, de los sistemas psico-físicos que determinan su conducta y su pensamiento característico" (Allport, G; 1978). Acepta la personalidad

como dinámica y flexible, no estática, algo en constante desarrollo y cambio, que es motivacional y se autorregula.

Otros autores de gran fuerza en el abordaje de la personalidad la definen como "una configuración sistémica y estable de los principales contenidos y operaciones psicológicas que caracterizan la función reguladora y autorreguladora del sujeto en su expresión integral". (González, F; *Mitjans, A;* 1989)

El concepto de personalidad es polifacético. La psicología marxista contemporánea, reconociendo la base material de la psiquis en el sistema nervioso central, evade posiciones reduccionistas y postula como principio básico la consideración de la esencia social del hombre, lo psíquico como reflejo activo de la realidad y el determinismo dialéctico en el desarrollo de la actividad psíquica, tanto normal como patológica. Esta concepción marxista de la personalidad hace que al considerar lo psicológico como una forma superior de reflejo de la realidad, no puedan buscarse las causas directas de sus alteraciones en fenómenos biológicos que sólo son condicionantes, cuya influencia no es directa sino indirecta, multimodal y mediatizada. Por otra parte, acudir a circunstancias vitales externas para explicar unilateralmente las psicogénicas, obviando el desarrollo de la personalidad y el cuadro vivencial, resulta extraordinariamente peligroso.

La personalidad es el nivel superior y más complejo de regulación psicológica que juega un papel activo en la regulación del comportamiento, el cual va desde la manera en que se expresan los procesos cognitivos hasta los niveles más complejos de autodeterminación. Acorde al nivel en que funciona la personalidad de los diferentes tipos de formaciones psicológicas que predominan en su expresión, dependerá la forma en que el hombre organiza su futuro, enfrenta las contradicciones, valora el mundo y a sí mismo, y el nivel de autodeterminación de su comportamiento; aspectos que se van revelándose como indicadores para diagnosticar el nivel de regulación predominante.

En Cuba, (González, F; *Mitjans, A;* 1989) ha señalado la existencia de tres niveles de regulación de la personalidad:

1. **Nivel consciente-volitivo:** nivel superior de autodeterminación de la personalidad, en el cual ella participa en la regulación de su comportamiento a través de una posición conscientemente activa, que mediante sus reflexiones y

elaboraciones personales, le imprime un profundo carácter personal a todas sus conductas; las cuales en su mayor parte están orientadas por objetivos que trascienden en su situación presente.

2. **Nivel operativo de normas, estereotipos y valores:** caracterizado por un elemento parcial de la regulación psicológica, se orienta por unidades psicológicas menos complejas e inmediatas y sus motivaciones son más limitadas. Son considerados objetos y no sujetos de su actividad, pues se expresa una adopción poco reflexiva de las normas, actuando de forma rígida.

3. **Nivel tonal-temperamental**: caracterizado por la no existencia de contenido psicológico específico. Tiene un estrecho vínculo con el funcionamiento fisiológico del organismo, no sólo en relación con el temperamento, sino también en cuanto a manifestaciones neurovegetativas se refiere.

Entre los mecanismos que posibilitan la autorregulación consciente, ocupan un lugar relevante la autoconsciencia y la autovaloración.

Es lógico entonces que a la hora de estudiar el cuadro interno de la enfermedad, se presupongan las características individuales de la personalidad del paciente, cuyas estructuras mediatizan cualquier actividad del individuo. Ello nos obliga a detenernos ante algunos aspectos y conceptos básicos acerca de la personalidad, sin abarcar por completo todas las facetas de este fenómeno, lo cual se hace difícil por su amplitud y profundidad.

Las particularidades psicológicas de la personalidad son las que en definitiva determinan cuáles estímulos o hechos pueden ser estresantes, tensionantes o ansiógenos para un sujeto y cuáles no; cuáles pueden desorganizar, desestructurar o desestabilizar su actividad, su personalidad y cuáles podrán contribuir a su movilización más positiva y su desarrollo.

Siempre la personalidad va a mediatizar el cuadro vivencial del paciente y va a influir decisivamente en su actitud ante la enfermedad, ante la investigación y su tratamiento; así como el enfrentamiento a las limitaciones psicosociales que su enfermedad le imponga.

Entre los mecanismos fundamentales que posibilitan la autorregulación consciente, ocupan un lugar central la autoconciencia y la autovaloración. El concepto de autoconsciencia se refiere a la función general exclusiva del ser humano de reflejar conscientemente, no sólo el mundo exterior, sino también sus estados y vivencias internas, propiedades psíquicas y cualidades

personales. La cuestión final que se presenta ante nosotros es la de su autoconsciencia como “yo” que en calidad del sujeto asimila conscientemente todo lo que el hombre hace, relacionando consigo todos sus actos y acciones, asumiendo conscientemente para sí la responsabilidad de estos en calidad de autor y creador. (Rubinstein, S. L; 1969) citado en (Molerio, O; 1997)

El papel de la autoconsciencia en la expresión integral de la personalidad, es un principio esencial para comprender el rol de esta última, como sujeto de la actividad que es capaz de autodeterminarse por medio de la elaboración y seguimiento de una serie de objetivos y aspiraciones propios que encarnan los principales valores, puntos de vista y convicciones representativos de su concepción del mundo.

Por otra parte en las teorías psicológicas de la personalidad, el problema de la autovaloración ocupa cada vez más un lugar importante y esto no es casual. La autovaloración es la imagen que tiene el sujeto de su estado actual, que incluye el saber valorar las fuerzas y posibilidades del yo, con espíritu crítico y al mismo tiempo permite al individuo calcular sus propias fuerzas con respecto a las tareas y exigencias del medio circundante; con lo cual el individuo tiene la posibilidad de plantearse sus propias aspiraciones y fines.

La autovaloración constituye aquel nivel de autoconsciencia en el que la persona no sólo concientiza sus necesidades, capacidades, su actividad, sino que es capaz también de valorarse, de evaluar sus capacidades mentales y físicas, sus cualidades morales y los resultados de su actividad. (González, O; 1989).

Se considera, por tanto que la autovaloración es precisamente aquella formación que regula la conducta a un nivel particularmente personal. Ella determina la posición de la personalidad en relación con todas sus tareas vitales. Por su parte (González, R. F 1989) citado en (Molerio, O; 1997) concibe la autovaloración como un sistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades, motivos, junto con sus diversas formas de manifestación consciente.

La forma esencial en que se expresan los elementos integrantes de la autovaloración, es un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo, que integra una serie de cualidades, capacidades, intereses, etc., que participan activamente en la gestación de los motivos que conforman las

tendencias orientadoras de la personalidad, o sea, que están comprometidas en la realización de las aspiraciones más significativas de la misma.

Desde el punto de vista teórico el problema de la adecuación de la autovaloración se basa en la objetividad del juicio autovalorativo del sujeto. Atendiendo a esto la autovaloración se clasifica en:

Autovaloración adecuada: Aparece cuando existe correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de realización, o cuando hay una correcta relación del individuo con su entorno, es decir, cuando su actitud ante las dificultades es la más lógica.

Autovaloración inadecuada: Ocurre cuando no existe correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de realización y además la relación del individuo con el medio es incorrecta. Esta a su vez se manifiesta en una variante que puede ser:

Autovaloración inadecuada por exceso o sobrevaloración: Es cuando el individuo se propone metas muy elevadas por encima de sus posibilidades y además expresa una fuerte reacción emocional ante los fracasos constantes y frustraciones a que se ve sometido. Pueden presentar como características de personalidad la autosuficiencia, vanidad, sentimientos de superioridad, autoritarismo, etc.

Autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración: Es cuando el individuo se propone objetivos que están por debajo de sus posibilidades, es decir, establece un nivel de pretensiones que carece de autodesarrollo. Pueden desarrollarse características de personalidad como la timidez, sentimientos de inferioridad, inseguridad, estancamiento, etc.

El proceso de formación de la personalidad depende, en gran medida, de cómo forma las relaciones entre sus aspiraciones, su autovaloración, las exigencias que se le presentan y/o lo que él se plantea a sí mismo y sus posibilidades reales. Precisamente la Patopsicología como rama de la ciencia psicológica, para el estudio de la personalidad parte del desarrollo y estructura de la psiquis en su norma (Grau, J; 1984) citado por (Molerio, O; 1997). Por lo tanto cualquier estudio de la personalidad debe partir de su núcleo: las necesidades; pues como se conoce toda la actividad del organismo está dirigida a la satisfacción de sus necesidades.

Autores como (Rubinstein, S. L; 1969) y (González, S.D; 1978) comparten el criterio de que las necesidades se reflejan en dos estados: el pasivo, donde el hombre proyecta aquellas necesidades que han sido excitadas, pero que no lo movilizan a la obtención de su objeto-meta, sino que experimenta tensiones, sufrimientos, intranquilidad, se pone de manifiesto su dependencia del medio; pero cuando el ser humano experimenta fuerzas que lo impulsan a eliminarlas, a la actuación, o sea, a la obtención de su objeto-meta, nos encontramos ante la faceta activa de las necesidades.

A lo largo de todo el proceso de actividad vital de la personalidad, se expresa en una estrecha relación dialéctica, vivencias positivas y negativas que están asociadas al proceso de satisfacción de las necesidades superiores. Entendiéndose vivencias como un estado que repite varias veces, cuyo contenido y carácter, que aparecen y se suceden ligados a la experiencia emocional del individuo, produce en él, dinámica de sus sentimientos y la intensidad de las emociones, en la que influyen las propiedades del sistema nervioso y las convicciones morales del individuo, determinando también variaciones en los sentimientos.

En el sentido psicológico el interés es la orientación específica de la personalidad condicionada sólo por el devenir consciente de dichos intereses sociales, es la concentración del pensamiento, ideas e intensiones sobre un objeto, la peculiaridad que nos permite conocer con mayor profundidad y esto lo diferencia cualitativamente de la necesidad que se manifiesta en los instintos, deseos y la voluntad; y se encamina a disponer del objeto al cual se dirige, por eso constituye el motivo de la actividad cognoscitiva y cultural del individuo.

Los intereses al igual que las necesidades, pueden plantearse de forma activa o pasiva; cuando el sujeto busca la satisfacción de forma tan acusada, que es capaz incluso de modificar por la fuerza del interés las condiciones de vida, lo que permite medirlo por su constancia y perseverancia. El interés es pasivo cuando orienta la atención del sujeto hacia un objeto que se le ofrece sin su intervención.

Los motivos de las acciones orientan y regulan la actividad hacia un fin y determinan el sentido personal de la actividad para el individuo; así, una misma actividad puede tener un significado establecido por la sociedad, que es para

todos los demás hombres, mientras que el sentido expresa lo que personalmente representa para el sujeto dicha actuación de acuerdo a su experiencia, personalidad y necesidades.

Los motivos poseen determinado potencial regulador sobre el comportamiento y las formas de su expresión, por la posición que ocupan en la jerarquía motivacional de la personalidad.

Refiriéndose a esto, (Bozhovich, L.I; 1977) Citado por (Álvarez, G. 1997). Define los motivos como "un tipo especial de estímulo de la conducta humana. Pueden actuar como motivos los objetos del mundo exterior, imágenes, ideas, sentimientos y emociones,... todo aquello que ha encontrado su encarnación en la necesidad".

Definimos la motivación como una compleja integración de los procesos psíquicos dirigidos hacia la satisfacción de las necesidades del sujeto, que constituyen un reflejo de la realidad a través de las condiciones internas de la personalidad, la cual, en su constante penetración y determinación recíproca con la actividad externa y sus objetivos y estímulos, regula la dirección y la intensidad o activación del comportamiento, por lo tanto se manifiesta como una actividad motivada. Toda conducta o actividad conscientemente asumida por el hombre es portadora de una determinada carga emocional, procedente del sistema de motivos de la personalidad, que se materializa mediante una compleja elaboración cognitiva, en una estrategia concreta de acción.

Durante el proceso de satisfacción de los motivos, el hombre experimenta emociones, las que reflejan relaciones entre los motivos y el logro o posibilidad de realización exitosa del sujeto. Constituyen una reacción afectiva de aparición brusca de gran intensidad, de carácter transitorio, que se acompaña de cambios somáticos ostensibles, presentándose generalmente ante situaciones de emergencia o ante estímulos de carácter sorpresivo o de gran intensidad.

Las emociones se diferencian en su intensidad según el significado que tengan los objetos o fenómenos que las motivan, además intervienen las exigencias que tienen para consigo mismo y el estado de la necesidad en un momento dado.

Por su parte los sentimientos son estados afectivos de menor intensidad, de aparición lenta y que tienen carácter permanente; éstos no se acompañan de

cambios somáticos evidentes. Son resultado del desarrollo y fijación en el hombre de estados afectivos estables, que son determinados por la historia personal del sujeto bajo el control de la corteza en relación con las motivaciones sociales.

Durante cierto tiempo (en ocasiones prolongadas), la conducta del ser humano, sus sentimientos e ideas, son orientados por sensaciones emocionales y orgánicas, estas no son más que los estados de ánimo, entre los que podemos mencionar la tristeza, el abatimiento, la alegría, etc.

Los estados de ánimo son inobjetivos, marcan la disposición general de la personalidad y ofrecen un colorido al resto de sus vivencias, no se vinculan a ningún hecho en particular, sino que son personales y en ocasiones se originan fuera de los marcos conscientes, sin que por ello dejen de depender de su actividad consciente, de las relaciones vitales del hombre con su mundo o de las impresiones que afecten la estructura de la personalidad.

Los estados psíquicos se refieren a fenómenos estables de la actividad psíquica, ellos influyen en el curso y resultado de los procesos psíquicos que causaron en su fondo y pueden activar o inhibir la actividad de la personalidad.

La vida demuestra que cada actividad se integra por unos y otros estados psíquicos y en alguna medida de ellos depende; su estudio despierta intereses hacia los hechos objetivos de la vida psíquica e introduce gran claridad en la comprensión de la psiquis en su totalidad.

Siguiendo la idea de Levitov, N. D. 1964) él define el estado psíquico como: “la característica integral de la actividad psíquica durante un período determinado de tiempo, que muestra la peculiaridad del decursar de los procesos psíquicos en dependencia de los objetos y fenómenos que se reflejan de la actividad, que antecede al estado y a las propiedades psíquicas de la personalidad”. Citado por (Álvarez, G. 1999).

Dentro de los estados psíquicos que se han observado con mayor incidencia en los sujetos enfermos, están la ansiedad, la depresión y la frustración.

El término ansiedad significa un estado de inquietud o zozobra del ánimo, donde el sujeto experimenta la sensación subjetiva desagradable de malestar y opresión indefinida, así como el presentimiento de un peligro próximo, para él desconocido, vago e indeterminado, lo cual provoca inseguridad y se percibe como “amenaza”.

Algunos autores la consideran como el fenómeno psicológico más agudo de nuestro tiempo, siendo el síntoma fundamental de las neurosis y psicosis funcionales. (Leontiev, A. N; 1975); citado por (Molerio, O; 1997). La define acertadamente como aquel estado psicológico que se provoca por contrariedades posibles o probables, por lo inesperado, por cambios en la situación habitual y en la actividad; por la retención de lo deseado y que se expresa en vivencias específicas (recelo, alarma, intranquilidad, desasosiego, temor y preocupación casi siempre infundados e inquietud no necesariamente motora). Este autor considera su definición sólo como un punto de partida para el análisis de este complejo fenómeno, pues no refiere la significación de este estado en la estructura de la personalidad y no abarca la amplia gama de expresiones ansiógenas y sus interrelaciones.

La ansiedad se relaciona tradicionalmente con el cortejo sintomático de reacciones neurovegetativas como la sudoración, el salto epigástrico, los temblores internos, cambios en las pulsaciones, modificaciones de la tensión arterial, disnea, nauseas, boca seca, dolencias abdominales, dificultades para concentrarse y trastornos del sueño.

Algunos autores enfatizan en la “ansiedad personal” como una propiedad del hombre, condicionada por determinados factores de personalidad (H. I. Eysenk, 1968; Max Hamilton y G. Ulett, 1959), otros acentúan la valoración de la ansiedad como estado reactivo transitorio (Ch. D. Spielberger, 1972; J. Grau; D. Portero y otros).

De modo general la ansiedad se clasifica de la siguiente forma:

Ansiedad personal, como rasgo o peculiar: Es aquella que se presenta como una característica individual de la personalidad, como una forma peculiar de disposición interiorizada y fijada para reaccionar ante agentes estresantes, cuya intensidad, significación y frecuencia no llegan a hacerlo patógeno, pero que condicionan, por reflejo una serie de manifestaciones en respuestas acostumbradas como forma de reacción. (Grau, J; 1984); plantea que este tipo de ansiedad da una idea de la predisposición del hombre a la percepción de un amplio círculo de situaciones como amenazantes y al comportamiento con estados ansiosos, lo cual se activa en un momento dado.

Sus componentes fisiológicos no son fuertemente vivenciados, por “la fuerza de la costumbre” el sujeto adquiere mecanismos compensatorios más o menos

adecuados, los cuales movilizan para contraponerse a la influencia de la situación estresante. En este caso por lo regular el miedo excesivo y la desconfianza están ausentes. Cobra significación la inquietud motora, la verborrea, la onicofagia persistente, los padecimientos psicosomáticos y otros síntomas similares.

(Grau, J; 1984); Citado por (Álvarez, G. 1999). Señala dos formas de ansiedad personal: la específica y la inespecífica, la primera está en la base del surgimiento de la ansiedad situacional y la inespecífica está en la base del surgimiento de los estados de ansiedad patológica preferentemente.

Ansiedad situacional: Se refiere a la ansiedad devenida como reacción, como un estado de tensión ante determinadas circunstancias estresantes o íntimamente dependiente de ellas.

Es concebida como una forma peculiar de estados tensionales en vías de estabilización y maduración que se percibe acompañada de una fuerte vivencia de desagrado, la cual desestabiliza la personalidad.

(Grau, J; 1984); la define como un estado reactivo, transitorio de por sí, que surge ante condiciones específicas no habituales. Se caracteriza por la percepción de forma intensa e inestable de los problemas propios y las vivencias, no necesariamente adquiere carácter patológico, ni conduce a la desorganización de la actividad, todo depende de la fuerza del agente y del sentido que adquiera para el sujeto.

Sus manifestaciones neurovegetativas son más intensas que la de los estados de ansiedad personal, pero no alcanzan el polimorfismo propio de los estados de ansiedad patológica, su dinámica se caracteriza por una aparición brusca, aguda, directamente relacionada con la situación estresante nueva. Sus contribuyentes psicológicas predominantes son el disconfort, la inseguridad interna, la irritabilidad, la desconfianza hacia los demás e inseguridad en sí mismo.

Existe relación causal entre la ansiedad personal y la situacional caracterizada por un círculo vicioso en el que la ansiedad personal facilita el surgimiento de la ansiedad situacional, de intensa tensión emocional, y ésta a su vez influye en la formación de rasgos ansiosos de la personalidad, especialmente si esta relación se instaura desde la infancia.

Ansiedad patológica: Se presenta generalmente como un síndrome y se desarrolla a partir de la instauración, estabilización y generalización de los estados de intensa tensión emocional que adquieren carácter particularmente desintegrador.

Se caracteriza por la exageración del cuadro vivencial del enfermo por la multiplicidad y la inadecuación de sus quejas sobre trastornos neurovegetativos, con cambios en las valoraciones del sujeto sobre sí y sobre el mundo circundante.

La depresión ha sido objeto de múltiples estudios, resultando largamente descrita por muchos autores que plantean que “las fluctuaciones en la dirección de la depresión pueden fácilmente alcanzar una importancia tal que el sujeto se ve incapacitado y tiene que pedir ayuda al médico, dado que muchas veces llegan a una profundidad que puede llegar al suicidio, un cambio de humor depresivo tan severo como éste, puede ser provocado por circunstancias excepcionales en un individuo, de una constitución formal, o por acontecimientos menos deseados en los que son naturalmente propensos a la inestabilidad del humor, la característica más notable en este cambio de humor es que el sujeto se siente infeliz, incapaz de atender a sus asuntos cotidianos o de encarar el futuro que le parece oscuro, tenebroso”.

La depresión puede variar entre la tristeza común que experimentan ocasionalmente todas las personas y que no requiere tratamiento y un trastorno depresivo importantísimo que es una enfermedad grave y a menudo mortal, pero que cuentan en general con alternativas terapéuticas. El médico interviene cuando la depresión se vuelve de gravedad suficiente para afectar la vida o el trabajo del sujeto o cuando se acompaña de un trastorno médico en evaluación.

La depresión ocurre de manera concomitante con otros problemas médicos, lo que hace su identificación más difícil aún. Las personas que experimentan anorexia, nauseas, fatigas, trastornos del sueño y sentimientos de depresión, pueden reflejar síntomas emocionales atribuidos a un problema médico, estos síntomas pueden ser también manifestaciones de la depresión que se expresan de manera somática. Entre los síntomas comunes de la depresión están la fatiga, agitación, pérdida del interés por las actividades ordinarias de la vida cotidiana, disminución de la libido, sentimientos de desesperanza, tristeza

y desamparo. Por otra parte, con frecuencia, estos individuos están temerosos, apesadumbrados y fácilmente desanimables y tienen menos iniciativa.

Es común que experimenten anorexia, pérdida de peso, estreñimiento, diarreas, dificultad para dormir o para conservar el sueño, se quejan de no ser capaces de concentrar sus pensamientos, etc.

La frustración es otro de los estados psíquicos que aparece frecuentemente. La palabra latina frustración en la traducción literal significa espera inútil, infelicidad, fracaso, desbarajuste (de los planes), aniquilamiento (de los proyectos), es decir indica cierta situación traumatizante en la que se sufre fracaso.

De las definiciones revisadas estamos de acuerdo con la planteada por (Levitov, N. D; 1967), pues la consideramos más acabada. Él plantea: “La frustración es un estado psíquico del hombre que se manifiesta en rasgos del carácter, de las emociones y de la conducta y que es provocado por dificultades objetivamente insuperables o subjetivamente comprendidas así, que surgen en el camino hacia el alcance de los objetivos y la solución de problemas y tareas”.

No obstante, consideramos necesario tener en cuenta la relación que existe entre el agente frustrante y el sentido personal que éste posee para el individuo, ya que todas las dificultades que interfieren en el logro de un objetivo no constituyen fuentes de frustración para él, es decir, se produce un estado de frustración en una persona cuando el agente frustrante tiene una significación personal fuerte, cuando el individuo se implica en la situación; y más aún cuando la situación por su componente emocional tiende a convertirse en un componente estable de su personalidad.

Es evidente que por su propia naturaleza todos los elementos que se integran en las funciones de la personalidad tienen una naturaleza cognitivo-afectiva. El hombre se apoya en esa naturaleza para regular todas las esferas de su comportamiento. Es prácticamente imposible representarnos un proceso o hecho psicológico puramente afectivo o puramente cognitivo.

Las operaciones cognitivas tienen doble carácter: reflejo y regulador. El aspecto regulador puede vincularse a las mismas acciones del proceso cognitivo, pero puede responder a una acción más compleja donde la acción cognitiva entra a formar parte de un proceso regulador de la personalidad.

Las operaciones cognitivas complejas de la personalidad en las que el pensamiento tiene un papel predominante, implican a los restantes procesos cognitivos, cuya acción está directamente relacionada con el nivel de motivación en que dichas operaciones se apoyan.

Las operaciones cognitivas son portadoras de un contenido emocional derivado del contenido de los motivos que representan y a la vez, constituyen una vía de acción del sujeto sobre dichos contenidos.

Unas veces la idea, la reflexión o la valoración sobre algo, se constituye sobre la base de las emociones, como manifestación de nuestros motivos, en otras ocasiones, las emociones aparecen como resultado de un proceso reflexivo y valorativo que nos conduce a incluir un hecho en los marcos de un motivo de nuestra personalidad.

Es indudable que en todo momento las emociones están matizando toda la actividad cognoscitiva (percepción, memoria, pensamiento, etc.). En cada uno de estos procesos, su efectividad va a estar en dependencia del fondo emocional sobre el cual se efectúa.

El hombre está inmerso en un constante proceso de recepción y elaboración de información en sus relaciones con el medio, pero no toda esta información pasará a formar parte de su repertorio de acción como personalidad. La información que resulta relevante para las operaciones reguladoras de la personalidad es denominada por algunos autores (González Rey, F; Mitjans Martínez, A. 1989) información personalizada, la cual según ellos, está estrechamente asociada con las motivaciones del sujeto, lo que determina que el propio proceso de su recepción sea esencialmente activo, individualizando el sujeto la misma o los fines de sus operaciones personales.

Dentro de los paradigmas de la ciencia uno de los dilemas mas debatidos es el de la naturaleza y la relación entre psiquis y soma, el cual tiene hoy en la psiconeuroinmunología una salida contemporánea a tan antigua preocupación de filósofos y científicos. Desde la antigüedad se ha planteado la necesidad de abordar al ser humano integralmente a la hora de atender el efecto de las enfermedades que lo dañan. “El mayor error en el tratamiento de enfermedades es que hay médicos para el cuerpo y médicos del alma, cuando separación no cabe ahí, así se les escapan tantas enfermedades, es que nunca captan la totalidad. Cuando por el contrario a la totalidad debían

consagrar sus desvelos, pues allí donde el todo se siente mal de ninguna manera podría estar sana una parte". Citado por (Álvarez, G. 1999).

Evidentemente en la práctica médica cotidiana es usual un divorcio entre la valoración de los estados somáticos y psíquicos, trayendo consigo las consecuencias aparejadas a la atención fragmentada del todo que constituye el enfermo que acude a la consulta, en el que convergen, en una integridad armónica, las quejas somáticas y su repercusión psíquica, del mismo modo que las alteraciones psíquicas se ven reflejadas en el funcionamiento del cuerpo. Muestra fehaciente de este axioma lo constituye la diversidad de reacciones de carácter psicológico que matizan las manifestaciones sintomáticas de las distintas patologías orgánicas, evidenciadas por los pacientes cuando acuden a consulta; manifestándose de esa forma lo que varios autores han coincidido en denominar: Cuadro Interno de la Enfermedad, incluyendo todo el mundo vivencial del sujeto en relación a la experimentación personalizada de la enfermedad que lo aqueja.

Entre las circunstancias que llevaron a escribir su libro "Cuadro Interno de las enfermedades y Patologías Iatrógenas", el conocido médico internista soviético A. R. Luria, a quien se le adjudican las construcciones teóricas más relevantes en torno a este concepto, citaba el hecho de que en su participación en la enseñanza de la patología, la clínica y la terapéutica de las enfermedades externas, se había convencido de que a medida que aumentaban los éxitos en la investigación instrumental y de laboratorio de los enfermos, el médico especialista ("terapeuta", en la concepción de Luria) da con frecuencia un paso atrás en el estudio de las sensaciones subjetivas y de la personalidad del mismo. (*Luria, A.R. 1981)*

El creciente desarrollo científico - técnico en la medicina no quita, ni puede quitar la necesidad de investigar la personalidad del enfermo; sus sufrimientos internos, todo lo que le lleva a visitar al médico y que se observa como uno u otro estadío de la enfermedad. En términos psicológicos: estudiar sus necesidades, intereses, motivos, actitudes y disposiciones globales; tanto más con el desarrollo de la tendencia positiva actual de "curar no la enfermedad sino el enfermo" (Poliakof, I F; 1984). Citado por (Álvarez, G. 1999).

Si bien los médicos de antaño como los de ahora no se han educado en el espíritu de desdén de las quejas subjetivas del enfermo, no se han preparado suficientemente, al menos en la investigación metódica de la misma, como parte tremendamente importante y esencial de la comprensión del paciente (*Luria, A.R. 1981)*. El interrogatorio formal y la observación no permiten adentrarse en el conocimiento de la personalidad del enfermo, ni conocer a profundidad las estructuras subjetivas y las causas internas de las más variadas alteraciones de la esfera psíquica. El conocimiento de los mecanismos psicológicos o disturbios en enfermedades de variada etiología, sólo puede lograrse con técnicas psicológicas creadas para este fin.

En su libro Luria exponía con claridad científica y pensamiento crítico avanzado, la insuficiencia de la investigación "objetiva" del enfermo y subraya el valor que pueden tener modernos métodos de diagnóstico de laboratorio, radiográficos, endoscópicos, cuando estos datos se interpretan a través del prisma crítico del médico investigador, conjuntamente con los datos de la llamada "información subjetiva". Este autor proponía considerar el cuadro interno y externo de la enfermedad para el diagnóstico y tratamiento. (*Luria, A.R. 1981)*

El cuadro externo comprende no sólo el aspecto externo del enfermo con todos sus múltiples detalles, que tienen siempre importante significado para el diagnóstico, no sólo porque nos dan información necesaria para llegar al establecimiento del mismo, sino también aquello que los médicos llamaban fisonomía. Se incluyen aquí todos los datos que al médico le es posible tener por los métodos de investigación que a él le son accesibles (los métodos finos de análisis bioquímico e instrumental); en el más amplio sentido de la palabra todo aquello que le es posible describir y fijar, y que pueden ser representados gráficamente mediante curvas, números y radiogramas.

Desde la década del treinta del siglo pasado, ya algunos autores habían señalado la presencia de aquel concepto al que se le denominó "Cuadro autoplástico de la enfermedad", que comprende toda la suma de sensaciones, vivencias, estados de ánimo del enfermo, junto con sus propias representaciones. Incluye información sobre la enfermedad, de la cual dispone el paciente por su conocimiento anterior sobre medicina, que obtiene por la

literatura, por la comunicación con quienes le rodean, de la comparación de sí mismo con otros enfermos, etc.

Estos autores consideraban dos componentes básicos dentro del cuadro autoplástico de la enfermedad: el sensitivo y el intelectual. El primero formado por las sensaciones subjetivas, que parten de la enfermedad local concreta o del cambio patológico del estado general del paciente. Este aspecto subjetivo puede ser un magnifico indicador de los síntomas precoces de una alteración somatopatológica, que podría descubrirse antes de ser registrado por los métodos externos que se aplican en la actualidad.

El segundo componente del cuadro autoplástico, el intelectual, es creado por el mismo paciente, por la reflexión sobre su enfermedad, su disposición general y estable; lo que es el resultado de ideas provenientes del análisis que realiza de las sensaciones que aparecen en él, del efecto iatrogénico de lo que escucha decir a los médicos, de las conclusiones que extrae de las conversaciones con ellos, con sus familiares, amigos y otros enfermos. Aquí entra en acción su experiencia personal tanto emocional como cognitiva, los rasgos de su carácter, tipo de sistema nervioso, temperamento, traumas sufridos, concepción del mundo, en fin todo el mundo interno que mantiene marcada influencia sobre las funciones del organismo y las manifestaciones de las iones de la psiquis. Por su parte, Luria comprendía por cuadro interno, *"todo aquello que experimenta subjetivamente el enfermo, toda la masa de sensaciones, no sólo sus sensaciones mórbidas localizadas, sino su disposición general, su autobservación, sus representaciones sobre su enfermedad, sobre sus causas; todo aquello que para el enfermo está relacionado con su visita al médico; aquel enorme mundo del paciente que consiste en combinaciones extremadamente complejas de su percepción, emociones, afectos, vivencias psíquicas y traumas*" (*Luria, A.R. 1981)*

Haciendo un análisis de lo anterior Luria llamaba la atención de lo erróneo que sería concebir separadamente lo "objetivo" de lo "subjetivo" en el diagnóstico y tratamiento del enfermo; tendencia que lamentablemente domina en la medicina tradicional y deja sus vestigios en la clínica moderna. La dialéctica del estudio del hombre urge un análisis donde se combinen y correlacionen ambos aspectos con métodos apropiados que revelen esta unidad biopsicosocial, tal y cómo se revela en el hombre mismo. Otros autores aseveran lo anteriormente

referido, en tanto coinciden en la valoración dialéctica de lo objetivo y lo subjetivo en el tratamiento a los pacientes. La psicología del enfermo la conciben como el reflejo subjetivo de la enfermedad, su relación intrapsíquica, las nociones sobre ella y relacionadas con esta, las vivencias y la actitud ante la enfermedad, o sea la valoración que hace el paciente de su dolencia orgánica, la actitud ante ella y sus resultados, así como hacia la familia, la actitud socio-laboral y el medio que le rodea en general. (*Kvasenko. A.V y colab; 1980).”*

Galeno, Platón, Sócrates e Hipócrates ya enunciaban que la conexión mente-cuerpo influía en la evolución de la enfermedad, y se centraban en tratar al individuo como totalidad (cuerpo-mente-entorno). Actualmente numerosos estudios reportan la asociación entre la función inmune alterada y factores psicológicos de larga duración (ej. Depresión) o corta duración (ej. Ansiedad).

En los últimos 20 años, gran número de trabajos científicos, insisten sobre el hecho de que determinados factores psicológicos entre los que destacan las emociones, pueden modificar sus funciones inmunológicas y por tanto su susceptibilidad a enfermedades infecciosas, neoplásicas o autoinmunes. En tal sentido desde el siglo diecinueve ya algunos autores indicaban que el exceso de un estímulo es peligroso y en caso de sobrepasar la capacidad de adaptación del ser humano, podría causar enfermedades. Por su parte ya desde 1971 se comienza a considera que las desviaciones en el medio interno del organismo se reflejan en emociones como un déficit de algo externo. De esta forma las características psicológicas de las sensaciones de diferente diapasón, con vivencias negativamente matizadas, concientización de la restricción de sus propiedades anteriores, sentimiento de invalidez propia, también pueden unirse al concepto de deficitario.

La interacción entre la mente, el sistema nervioso y el sistema inmunitario constituye el eje de nuestra capacidad de adaptación. Y estos sistemas son en realidad uno mismo, pues comparten sus vehículos y sus receptores de información. Que nosotros necesitemos partir el ser humano para intentar comprenderlo no quiere decir que el ser humano actúe por partes. (Klinger, C.J; 2005).

Si el entorno repercute en el sujeto, repercute más aún el modo en el que éste lo interpreta, lo siente y lo vive. Por ejemplo, la mayor relación de la

disminución de la actividad inmunitaria mediada por la exposición crónica a factores emocionales se ha encontrado cuando el individuo cae en la fase de la indefensión o desesperanza y se siente incapaz de solucionar o controlar eficazmente los conflictos o la situación generadora de sufrimiento. (Vinyes, D; 2006)

Por tanto no es extraño que se plantee que por la influencia de alteraciones físico-químicas del medio puede aparecer el disconfort fisiológico que crea a la vez fuertes vivencias psicológicas. Con los fenómenos de disconfort y las sensaciones dolorosas que poseen significación subjetivo-psicológica en la valoración del padecimiento somático, debe considerarse también la posibilidad de desarrollo de procesos disarmónicos, de alteraciones en la adaptación bio-psico-social. Estas alteraciones se relacionan con la concientización insuficiente de cualidades emocionales y volitivas, con la disminución de la actividad creadora y el debilitamiento de motivos incentivadores de la actividad. Entonces es clara la importancia de atender al mundo vivencial del paciente con relación a su enfermedad, para identificar y atender la prevalencia de vivencias negativas que no sólo tiene una repercusión a nivel psicológico, potenciando la presencia de estados emocionales patológicos; su repercusión es de igual modo en el plano fisiológico, directamente relacionado con la evolución de la enfermedad, llegando incluso a hacerlo más vulnerable a infecciones.

Profundizando en la estructuración del mundo vivencial asociado a la enfermedad es preciso remitirse a (*Luria, A.R. 1981)* para quien el cuadro interno de la enfermedad estaba conformado por tres etapas:

1. Sensitiva o sensológica: El inicio en la comprensión por parte del enfermo de su enfermedad, contempla la reacción del paciente a fenómenos nuevos de disconfort que se van presentando, dolores orgánicos, aparición de signos de trastornos o expresiones morfofuncionales. Se originan sensaciones no claras de diferente grado de expresión con localización no definida, lo cual conduce al estado de disconfort.

Los primeros síntomas de la enfermedad son estrictamente subjetivos y pueden descubrirse más precozmente que los que se detectan por métodos físicos de investigación.

2. Valorativa o intelectual: Resulta de la reelaboración intrapsíquica por el paciente de los datos sensológicos, para lo cual parte de la comprensión de la enfermedad, o sea, como la entidad patológica se refleja en su mente, el análisis que va haciendo el enfermo de las sensaciones que percibe, sus conclusiones sobre las conversaciones con especialistas. Añade por su parte, sus valoraciones, temores y angustias que dependen de su concepto sobre la enfermedad, su posición ante la vida, su postura ante la muerte y otros valores conceptuales.

3. Formación de la actitud ante la enfermedad: El hombre desde etapas tempranas ve cómo enferman otras personas que lo rodean. Al padecer la enfermedad, el individuo contrasta las manifestaciones de ésta en sí mismo y sus vivencias con lo que él conoce del padecimiento de otros, este proceso de formación de nociones sobre la enfermedad es complejo, contradictorio y dinámico, y está determinado por el medio social en el cual transcurre la vida y la actividad de la personalidad.

Un indicador que va a determinar básicamente la actitud del enfermo hacia su patología es el grado de concientización de la enfermedad, el cual puede expresarse de varias formas: plena concientización y adecuada comprensión; concientización parcial; incompleta con insuficiente adecuación de la valoración de la enfermedad; ausencia de concientización; concientización alterada; aberrada, perfectamente enferma con desarrollo patológico de la enfermedad.

La enfermedad puede cambiar todas las perspectivas de la vida humana y el carácter de su orientación en el futuro. El enfermo valora la enfermedad no sólo en su totalidad, sino que analiza los síntomas aislados. Él tiene su propio diagnóstico, su razonamiento sobre las causas, pronósticos y tratamiento. El cuadro psicológico del padecimiento somático de esta manera se refracta en cada caso concreto, adquiriendo un matiz individual que estará condicionado por el conjunto, tanto de las particularidades individuales de la personalidad, como por la peculiaridad de la enfermedad, así como la situación vital del enfermo. El enfermo es la persona en la cual están combinados en una unidad compleja y en una mutua determinación el organismo y la personalidad, la cual se modifica bajo la influencia de la entidad patológica. Aplicando las categorías del materialismo dialéctico, el enfermo es lo singular, lo individual, lo específico. La enfermedad es lo general, lo inespecífico.

Prácticamente todos los pacientes experimentan cierto grado de temor por la naturaleza y gravedad de sus síntomas. Pueden preocuparse por la posibilidad de quedar inválidos y/o desfigurados, así como ante la posible muerte. Pueden sentir enojo, vergüenza, hostilidad o más comúnmente depresión, estados que pueden magnificarse en respuesta al miedo subyacente.

Todo esto de manera considerable deforma y restringe también la personalidad no sólo en la actividad práctico-objetal, sino desde el punto de vista de la libertad psíquica. El estado psíquico del enfermo somático puede caracterizarse como vivencia de una libertad reprimida.

En la base de las reacciones personales de los enfermos están las sensaciones mórbidas, la concepción de la enfermedad, su valoración y la actitud hacia ellas. Este proceso de conocimiento de las personas psicológicamente sanas y sus reacciones personales a la enfermedad son designadas como “somatosognosia”, proceso en el cual pueden diferenciarse tres etapas, las cuales se realizan en intervínculo con diferentes niveles de la personalidad.

La autoconciencia, encontrándose en relación indisoluble con la intensidad de los estímulos, tanto internos como exteroceptivos, forma una representación (noción) del estado físico, que se acompaña de un fondo emocional peculiar. La representación del propio estado somático acompañándose de determinadas vivencias, encuentra su expresión en las diferentes formas de actitud del hombre hacia su propia salud. En unos casos ésta es de desdén o menosprecio, en otros es una atención incrementada o una actitud adecuada hacia la misma. El contenido de la actitud del hombre hacia su propia salud depende de muchos factores: de particularidades personales de la edad, las enfermedades padecidas, de la imagen que se tenga de la vida, etc.

1.2 La insuficiencia renal crónica.

Entre las prioridades de la mayoría de los países desarrollados y en vía de desarrollo está el ofrecer una atención efectiva e integral a las personas portadoras de enfermedades crónicas, entre las mismas por su elevada incidencia y prevalencia, se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica.

El Sistema Renal comprende: dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra.

Las principales funciones del riñón son:

- Depuración de sustancias finales del metabolismo.
- Mantener la homeostasis del medio interno.
- Regulación de líquidos y electrolitos corporales.
- Regulación del metabolismo del calcio y fósforo.
- Función endocrina. (Cray T. C; Madson K.M; 2000).

Se habla de insuficiencia renal crónica cuando los riñones son incapaces de cumplir las funciones anteriores. La mayoría de las veces se presenta lentamente, no tiene cura y llega hasta una etapa terminal en la que el enfermo necesita un tratamiento renal sustitutivo del tipo de la hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. (López, R. J; 2005).

Causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica:

- Diabetes Mellitus.
- Hipertensión Arterial.
- Glomerulopatías.
- Enfermedades obstructivas renales.

Los síntomas son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo. Produce lesiones graves antes de que la persona sospeche que está enferma. La mayoría son de índole general: debilidad, irritabilidad, dolor de cabeza, orinar constantemente durante la noche, mareos, náuseas, vómitos, picazón, el cuerpo se hincha, hay falta de aire, pérdida del apetito, fatiga, lentitud y calambres.

Conforme avanza la enfermedad, la piel se vuelve de color terroso, seca y con tendencia a descamarse, con manchas y aumento de la presión arterial, aliento con olor a orina, dificultad para respirar, mucho sueño durante el día y dificultad

para dormir durante la noche. (Sellarés, VL; Martín Conde, ML; 2002) citado en (López, R. J; 2005).

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica se conforma de: tratamiento renal sustitutivo, restricciones dietéticas y otras indicaciones médicas.

En una publicación realizada por el Centro Coordinador Nacional de Información sobre Enfermedades de los Riñones y de las Vías Urinarias de Estados Unidos en abril del 2002 sobre Insuficiencia Renal se analizaron los diferentes tratamientos que tiene dicha enfermedad. De ellos se hará referencia a dos por ser los que mayores implicaciones psicológicas traen para el paciente, son: la hemodiálisis y el trasplante renal.

Alternativa de tratamiento:

1- Hemodiálisis.

Objetivo:

La hemodiálisis purifica y filtra la sangre por medio de una máquina que libra al organismo temporalmente de desechos nocivos, sal y agua en exceso. La hemodiálisis ayuda a controlar la tensión arterial y le ayuda al organismo a mantener el balance adecuado de sustancias importantes como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato.

En la hemodiálisis se utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para purificar la sangre. Durante el tratamiento la sangre pasa por unos tubos al interior del dializador, el cual filtra y retira los desechos y el exceso de agua. Luego la sangre purificada fluye de vuelta al cuerpo por otra serie de tubos. El dializador está conectado a una máquina que controla el flujo sanguíneo y retira los desechos de la sangre. (Tamayo JL, Candebat OA, Silveira F; 2004)

La hemodiálisis se debe hacer por lo general tres veces por semana. Cada tratamiento dura de 3 a 5 horas, o más. Durante el mismo, el paciente puede leer, escribir, dormir, charlar o ver televisión.

Si elegimos la hemodiálisis, hay que establecer una vía de acceso a la corriente sanguínea varios meses antes de que el paciente reciba el primer tratamiento. Es posible que deba pasar una noche en el hospital, pero a muchos pacientes se les coloca esta vía de acceso en calidad ambulatoria. El acceso constituye una forma eficaz de sacar la sangre del cuerpo hacia la

máquina de diálisis y devolverla al paciente sin causar molestias. Las dos clases principales de acceso son la fístula y el injerto.

Si la enfermedad renal ha avanzado rápidamente, es posible que no haya tiempo de establecer un acceso vascular permanente antes de comenzar los tratamientos de hemodiálisis. Puede ser necesario utilizar como acceso temporal un catéter, que es un tubo que se inserta en una vena del cuello, el pecho o la pierna, cerca de la ingle. A veces se utiliza un catéter como vía de acceso a largo plazo. Los catéteres que se van a necesitar por más de 3 semanas están diseñados para ir debajo de la piel con el fin de aumentar la comodidad y disminuir las complicaciones.

Complicaciones posibles.

Los problemas con el acceso venoso son las razones más comunes de hospitalización entre las personas que reciben hemodiálisis. Entre los problemas frecuentes están las infecciones, la obstrucción por coágulos y el mal flujo sanguíneo. Estos problemas pueden impedir que el tratamiento funcione. Es posible que haya que hacer repetidas cirugías para obtener un acceso que funcione correctamente. (Martínez-C. A; Gorriz J.L; García-López F, López-Revuelta K; De Álvaro, F; Cruzado; J.M; 2004) A todas estas complicaciones se suman una variedad de alteraciones de tipo psicológicas que serán referidas en el presente trabajo posteriormente.

Otros problemas pueden ser ocasionados por cambios rápidos del equilibrio de agua y de algunas sustancias químicas del organismo durante el tratamiento. Dos de los efectos secundarios frecuentes son los calambres musculares y la hipotensión, o el descenso súbito de la tensión arterial. La hipotensión, o tensión arterial baja, puede hacer que el paciente se sienta débil, mareado o con ganas de vomitar.

Probablemente se necesitarán unos cuantos meses para adaptarse a la hemodiálisis. Los efectos secundarios a menudo se pueden tratar rápida y fácilmente, de modo que debe siempre informar de su aparición al médico y al personal de diálisis. Se puede evitar muchos de los efectos secundarios consumiendo una dieta adecuada, limitando la ingestión de líquidos y tomándose los medicamentos que se le formulen.

Dieta para pacientes de hemodiálisis.

La hemodiálisis y una dieta adecuada ayudan a disminuir los desechos que se acumulan en la sangre. En todos los centros de diálisis hay un nutricionista disponible para ayudarle al paciente a planear sus comidas según las indicaciones del médico. Al escoger alimentos, se debe recordar lo siguiente:

- ✓ Comer cantidades balanceadas de alimentos con alto contenido de proteínas, como carne, pollo y pescado.
- ✓ Controlar la cantidad de potasio que come. El potasio es un mineral que se encuentra en sustitutos de la sal, en algunas frutas (plátanos y naranjas), en verduras, chocolate y nueces. El exceso de potasio puede ser peligroso.
- ✓ Limitar la cantidad de líquidos que toma. Cuando los riñones no funcionan, el agua se acumula rápidamente en el cuerpo. El exceso de líquidos hace que los tejidos se hinchen y puede provocar hipertensión arterial, problemas cardíacos, y calambres e hipotensión durante la diálisis.
- ✓ Evitar la sal. Las comidas saladas provocan sed y hacen que el cuerpo retenga agua.
- ✓ Limitar alimentos como leche, queso, nueces, frijoles secos y bebidas de colas oscuras, ya que contienen grandes cantidades de fósforo. El exceso de fósforo en la sangre hace que el calcio salga de los huesos, lo que los vuelve débiles y frágiles. Para evitar problemas de los huesos, es posible que el médico le formule medicamentos especiales que debe tomar, todos los días con las comidas, en la manera en que se le indique.

2- Trasplante Renal:

El trasplante renal ha dejado de ser un tratamiento complejo, constituye la mejor opción para los pacientes con enfermedad renal terminal, ello está avalado por el incremento del número de trasplantes realizados y los resultados obtenidos en los últimos años. En febrero de 1970, se inició con indiscutible saciedad el trasplante renal en Cuba, los logros obtenidos fueron expuestos por primera vez en el I Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología y V Congreso de la Sociedad Internacional de Nefrología celebrado en México en 1972. En nuestra provincia de Villa Clara se reinicia la actividad de

trasplante renal en junio del 2001 con un creciente número de casos y buenos resultados.

Esta modalidad de tratamiento lleva implícito la voluntariedad de un donante cadáver o vivo y consiste en implantar el órgano en la fosa iliaca uniendo la arteria y la vena del riñón donado a los vasos sanguíneos del receptor, se realiza al mismo tiempo un reimplante del uréter a la vejiga. El paciente llevará tratamiento inmunosupresor de por vida, mientras el injerto conserve función útil con un seguimiento por consulta multidisciplinaría.

El dualismo cartesiano "mente-cuerpo" ha sido sustituido, al menos desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, como bienestar físico, psicológico y social, por una concepción integral del ser humano. Las alteraciones en el funcionamiento orgánico constituyen un fenómeno que incluye más factores que los estrictamente bioquímicos.

Los avances en la medicina hacen posible que haya personas viviendo sin un órgano "vital". Es el caso de las personas sometidas a hemodiálisis, que se benefician de una técnica que ha llegado a un nivel de desarrollo elevado, pero que suele ir asociada a problemas psicológicos, derivados de la Insuficiencia Renal Crónica y de la propia técnica de tratamiento. (Martínez-C. A; Gorriz J.L; García-López F, López-Revuelta K; De Álvaro, F; Cruzado; J.M; 2004). Esto ha provocado en los últimos años un mayor interés en el estudio de la vivencia de la enfermedad y de las repercusiones psicológicas y sociales de esta situación.

Cuando se habla de Insuficiencia Renal Crónica se refiere a una situación de mal funcionamiento renal, lo cual es insuficiente para definir al enfermo, ya que lo característico de él no es sólo el déficit orgánico, sino cuáles son sus reacciones emocionales y su comportamiento ante la enfermedad (Kimmel P.L 2001); Janssen van Doorn, K; Heylen, M; Mets, T; Verbeelen, D; 2004). El ser humano es el único que no sólo "tiene" una enfermedad orgánica, sino que "se siente" enfermo. No reacciona ante lo que es la enfermedad objetivamente: una alteración en un órgano del cuerpo, causada por agentes específicos que afectan al organismo de un modo previsible, sino a lo que significa para él como persona. Ese significado es diferente para cada afectado e impregna todo lo que hace, siente y piensa. A causa de la variación individual, no hay una relación proporcional entre la gravedad de las alteraciones orgánicas y la

vivencia emocional. Dos personas pueden tener la misma enfermedad, con idénticos síntomas, recibir el mismo tratamiento y sin embargo, sus valoraciones y sentimientos con relación a la enfermedad o al tratamiento pueden ser totalmente distintos. Esto es porque la enfermedad no existe como realidad aislada, sino que se da en un individuo, con unas experiencias determinadas y viviendo en un medio social concreto.

Las personas en hemodiálisis están obligadas a modificar su forma de vida, más o menos, en función de cual fuera la anterior, de sus proyectos y del curso de la Insuficiencia Renal Crónica o su tratamiento. Los cambios que impone la hemodiálisis van desde hábitos básicos como son la dieta o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan al proyecto de vida de una persona. Esta situación lleva a cambios en la percepción de sí mismo y las relaciones sociales. (Zúñiga C; 2004)

Se suele denominar impacto de la enfermedad a las perturbaciones en el estilo de vida derivada de los cambios anatómicos, déficit funcional y discapacidades físicas inducidas por la enfermedad.

El impacto de la Insuficiencia Renal Crónica parece fundamentalmente determinado por el tratamiento, siendo el que más afecta el bienestar de los afectados de la hemodiálisis, por el modo en que evolucionan los síntomas físicos, las enfermedades concomitantes y las limitaciones que les impone, tanto la enfermedad como el tratamiento en su vida cotidiana; así como por el tipo de estrategias de afrontamiento que emplee cada paciente para adaptarse a los cambios impuestos por la enfermedad.

El cambio más llamativo es el abandono o reducción notable de la actividad laboral o de estudio. Inicialmente los 3 días semanales que tienen que acudir a realizar la hemodiálisis al hospital generan serias dificultades para poder desempeñar un trabajo o dedicarse a los estudios con cierta normalidad. Además la incertidumbre respecto al futuro favorece la inhibición para desarrollar actividades sistemáticas.

Se han propuesto diferentes fases en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, en las que el impacto de la enfermedad y sus tratamientos es diferente.

La experiencia en el tratamiento psicológico y la atención de enfermería a personas en hemodiálisis, junto a las propuestas de diferentes autores, nos

permiten señalar 4 fases en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación.

Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas. La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de compresión de su enfermedad. Esta experiencia es paralela a la de las crisis agudas de enfermedad: se mantiene contacto con el médico o con el hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. Aunque hay una manifestación de síntomas, el paciente suele pensar que desaparecerán en un período breve de tiempo. El médico informa sobre la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de su vida.

Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo. En este momento el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad, que van más allá de las dolencias físicas del momento.

Conociendo que su enfermedad es crónica, toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive. Esto es, toma como referencia las creencias que una persona sana tiene sobre los afectados por una enfermedad crónica. En nuestra cultura hay una devaluación social del enfermo, percibiéndolo como una persona distinta a la mayoría, inferior. Desde esta perspectiva el afectado comienza a percibirse incapaz para tener proyectos, no puede trabajar, no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable y lleno de limitaciones.

La creencia del sano que considera al enfermo como un ser débil, marginado, unido a obstáculos que se interponen entre lo que hacía antes y lo que puede hacer ahora suele ir asociada a inseguridad, distanciamiento social, vergüenza de sí mismo y, en último término, a un elevado riesgo de inadaptación personal, familiar y social. El sujeto enfermo pone en cuestión este sistema de valores, momento en que se inicia la tercera fase.

Reflexión y análisis: nuevo punto de referencia. Al conocer mejor la realidad en la que está inmerso el individuo, pone en duda las creencias sociales sobre el enfermo crónico que hasta ahora se correspondían con las suyas propias. Se

da cuenta de que realmente tiene unas limitaciones, pero también de que posee múltiples capacidades que le permitirán desarrollar un nuevo proyecto de vida.

El estado de ánimo del enfermo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación.

Podría decirse que vive un período de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

Readaptación personal, social y familiar.

Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios.

En general podría afirmarse que las personas que se quedan estancadas en la primera etapa son aquellas que viven exclusivamente para su enfermedad, con un elevado riesgo de desarrollar trastornos psicológicos.

El estancamiento en la segunda fase conduce a la marginación social, dependencia y pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo mantendrá una actitud de duda constante, altibajos emocionales, relaciones familiares tensas y experimentará niveles elevados de ansiedad, por la incertidumbre a la que se ve sometido ante los cambios, tanto en sus hábitos como en sus condiciones físicas.

Dado que durante las etapas primera y tercera el enfermo se encuentra en una situación de desconcierto y alteración emocional, en muchas de las investigaciones se estudia la influencia del tipo de tratamiento sobre los trastornos psicológicos del sujeto que exigen como requisito que los enfermos hayan permanecido en diálisis por lo menos un año, ya que este parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación.

La mayoría de las personas con Insuficiencia Renal Crónica suelen pasar por estas fases, si bien la duración de cada una y los contenidos individuales pueden variar, lo cual influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento.

El comportamiento ante la enfermedad no es igual en todas las personas. Unas van más rápido, otras se quedan estancadas en algunas fases. En estas diferencias influirán muchos factores: cuadro clínico, información acerca de su

nuevo estado (médico y psicológico), proceso de aparición (repentino o progresivo), edad, estado civil, situación económica y social, etc.

Por todo lo anterior, el objetivo actual del tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica se hace doble, en primer lugar aumentar la supervivencia de los pacientes, y en segundo lugar mejorar la calidad de la supervivencia (Valderrábanos, F;1997); (Egido, J; Alcázar, R; 1998). Para mejorar esto último es preciso controlar adecuadamente los síntomas y complicaciones de la Insuficiencia Renal Crónica, y favorecer la plena rehabilitación social y laboral del enfermo renal.

Cada vez son más los pacientes que inician diálisis que presentan importantes patologías asociadas, sobre todo a nivel cardiovascular, diabéticos, etc. En este tipo de pacientes es fundamental el control, prevención y tratamiento precoz de estas patologías, así como la pauta de diálisis más adecuada a su situación. La comorbilidad es responsable en muchos casos de la discontinuación del tratamiento, que es una causa creciente de mortalidad.

La importancia del control precoz de los insuficientes renales sobre su evolución posterior es cada vez más evidente, y se ha comprobado su influencia sobre la morbimortalidad precoz. Mantener hasta el momento del inicio de la diálisis y del trasplante renal la mejor situación física y psicológica tiene efectos positivos en el mantenimiento del empleo y del rol familiar y social, de gran trascendencia en la rehabilitación futura de los pacientes.

La influencia de la tolerancia a la diálisis es sin lugar a dudas importante, puesto que pacientes con frecuentes episodios de hipotensión, calambres y cefaleas pasan las horas siguientes a la sesión incapaces de realizar su actividad normal.

La anemia es uno de los signos más frecuentes del síndrome urémico y está presente en la mayoría de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica avanzada. Es, en gran medida, responsable de muchos síntomas como fatiga, debilidad, frialdad, anorexia, trastornos del sueño, etc.

Como se había mencionado anteriormente la Insuficiencia Renal Crónica ocasiona un gran impacto en la vida del paciente desde el punto de vista psicológico. El paciente deberá enfrentarse no sólo al hecho de padecer una enfermedad incurable, sino también a la necesidad de conectarse a una máquina para seguir vivo o someterse a una intervención quirúrgica para ser

trasplantado. Todo este cúmulo de circunstancias repercutirá sobre él y su entorno familiar a distintos niveles. (Martínez-C. A; Gorriz J.L; García-López F, López-Revuelta K; De Álvaro, F; Cruzado; J.M; 2004).

En el plano somático aparecerán complicaciones, tales como la anemia, la osteoporosis, etc., y el paciente estará sometido a restricción de líquidos y dieta.

En el plano psicológico la personalidad del paciente matizará el contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos. Así se evidenciará su capacidad para hacer frente a las dificultades de la vida, su vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos frente a la angustia.

En el plano social la enfermedad repercutirá en el entorno familiar y social del individuo, pues se producirán cambios familiares y profesionales y sufrirá sentimientos de pérdida en diferentes áreas (profesional, del status social, de las actividades de ocio, deportes favoritos...).

Será, pues, la enfermedad (Insuficiencia Renal Crónica Terminal) el catalizador que transforme completamente la vida del paciente. Este cambio movilizará en él toda su angustia, depresión y miedos, requiriendo la mayoría de las veces la atención especializada del psiquiatra y/o psicólogo. (Smith, M.D; Hong, B.A; Robson, A.M; 1985)

En un estudio realizado por los investigadores M. I. Montes Santana y M. S. Bayle Montero sobre los Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos en Unidades Especiales de Hospitalización, se hizo referencia a dichos aspectos en el paciente con insuficiencia renal crónica, donde se destacan los siguientes:

Actitud frente a la enfermedad renal crónica.

El paciente toma conciencia de la gravedad de su enfermedad y del peligro de muerte cuando se le notifica la necesidad de dializarse para continuar con vida. Así la enfermedad supondrá un sentimiento de pérdida a todos los niveles y que podemos resumir en:

- Pérdida de salud y bienestar.
- Pérdida de libertad y autonomía personal.
- Pérdida del status socio-familiar y profesional.

Para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal existe una única realidad y que es la necesidad de dializarse para permanecer con vida y esta realidad supondrá un corte radical en sus biografías, existiendo un antes y un después de la diálisis. El antes será idealizado y asociado a una vida feliz y el después a una vida sin salud.

La realidad de estos pacientes girará en torno a un tratamiento, la diálisis, ya que tras ella disfrutarán de un breve período de bienestar antes de que reaparezcan los signos evidentes del aumento de la uremia (prurito, náuseas, letargia, astenia...) que suponen el recuerdo permanente de la enfermedad y la necesidad de una nueva sesión de diálisis.

La periodicidad de la diálisis supone para el enfermo el constante enfrentamiento a la enfermedad sin favorecer la elaboración del duelo, provocando y manteniendo un duelo permanente y una ansiedad flotante. Esta ansiedad queda reflejada en la constante observación corporal como reflejo de posibles complicaciones y la hipocondrización de fenómenos que son totalmente fisiológicos.

El paciente reaccionará ante la enfermedad mediante una lucha sin cuartel, tal como si se tratase de su mayor enemigo y será vivida en la mayoría de los casos como un castigo o el resultado de la mala suerte.

La sexualidad en la vida del paciente que precisa la diálisis, sin duda se verá afectada. Las estadísticas hablan del 30-50% de los pacientes con I.R.C. presentan una disminución del deseo sexual, de la potencia, de la actividad y de la satisfacción.

Son muchas las posibles etiologías implicadas en esta disfunción sexual; por un lado se encuentran las alteraciones orgánicas como son los factores endocrinos-metabólicos (disfunciones gonadales, niveles elevados de Prolactina, PTH o Zinc, etc.) *Master, W.H. y colab. (1985)* y por el otro las alteraciones psicológicas (distorsión de la imagen corporal, la ansiedad, etc.). Así, pues, esta disminución en su sexualidad es una pérdida más y es vivida en la mayoría de las ocasiones como una vejez prematura y una muerte que se aproxima.

El tema de la muerte está presente en el vivir de cada día:

En las complicaciones mortales, en el descenso de la esperanza de vida, en el fallecimiento de los compañeros de diálisis, etc. Esto conlleva a la necesidad

de trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina de los cuidados diarios o en las mismas sesiones de diálisis.

Pérdida de la libertad y de la autonomía:

La pérdida de la función miccional supondrá una herida narcisista, punto de partida de sentimientos de baja autoestima, de inferioridad y sobre todo de impotencia, tanto a nivel real como imaginario. Esto facilitará actitudes de pasividad y dependencia, de tal manera que la relación con el personal médico-sanitario será un reflejo de sus necesidades de dependencia y de búsqueda de seguridad, lo cual se pondrá de manifiesto en la relación médico-enfermo. Así el paciente intentará establecer dicha relación con un sólo médico que es el que quiere que lo trate siempre y que suponga de más conocimientos.

También la familia tendrá un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, aunque a veces en un intento de ayudar potencian aún más los sentimientos de inutilidad y las actitudes regresivas de los pacientes. Este por su parte se resiste frente a esta sumisión y lucha para reivindicar su propia autonomía e independencia. Esta dualidad entre rechazo-aceptación y/o dependencia-independencia también se reflejará en su relación con la máquina de diálisis.

Pérdida de status social y profesional:

El deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad van a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio será vivido con hostilidad (envidia) favoreciendo el egocentrismo, así como el retraimiento y la introversión de los pacientes, todo ello como resultado del control de la afectividad y de la represión de la impulsividad.

El paciente sometido a diálisis se encuentra ante una situación especial, tanto frente a la vida como frente a la muerte. Es evidente que su incorporación a "la máquina" supone una muerte evitada y a la vez un continuo renacimiento. Pero no es menos cierto que esta incorporación se convierte en traumática y punitiva por el constante recuerdo de su fracaso personal, de su falta de futuro y de salud, de su muerte anunciada. De este modo la relación del paciente con la máquina es una relación ambivalente donde se pone en juego por un lado sentimientos de atadura y dependencia y amistad (no es extraño que los pacientes nos refieran su miedo y ansiedad ante un cambio de máquina, centro de diálisis u hospital). A su vez surgen deseos de conseguir la máxima

autonomía personal que sus condiciones le puedan permitir, rechazando la máquina y la dependencia a ella.

Un aspecto de primordial importancia en la relación del paciente con la máquina lo constituye la fístula, como acceso vascular que permite la conexión a ella. Es el punto central de la reorganización de la imagen corporal y se convierte en objeto de constante observación y vigilancia por parte del paciente ("su nuevo corazón", según refieren). No es extraño que en relación a la fístula cristalicen toda una serie de comportamientos fóbicos-obsesivos del paciente.

Modificaciones en la imagen corporal.

La enfermedad se refleja sobre la imagen corporal, confiriendo a esta un evidente deterioro y transformación. Aspectos tales como la palidez, la impotencia sexual, el cambio de color y la fístula-cicatriz contribuyen a que el paciente tenga una percepción de su cuerpo poco satisfactoria. El fracaso de la función miccional modificará la orientación de sus motivaciones e intereses desplazando su atención de la mitad inferior "del cuerpo", recuerdo de su fracaso, hacia la mitad superior, concretamente entre la fístula y el corazón.

Durante la hemodiálisis, la máquina será incorporada a la imagen corporal como una parte de sí mismo, no como "mero apéndice" sino como otro órgano más de su organismo. Pero esta incorporación y conexión a la máquina tiene también una ambivalente representación simbólica: Por un lado, es fuente de vida y regeneración, por otro lado, el rechazo a la innegable sumisión y dependencia que de ella tiene; es decir, rechazo y agradecimiento.

La angustia desencadenada por la vivencia de la enfermedad y de la muerte obligará a los pacientes a la utilización de mecanismos de defensa intensos y rígidos en un intento de mitigar dicha angustia.

Se hace habitual en los pacientes sometidos a hemodiálisis, que cualquier cambio que suponga una ruptura de lo cotidiano y de lo ritualizado provoca una gran incertidumbre y ansiedad (cambios respecto a la ubicación de la máquina de diálisis, cambios de enfermeras o nefrólogo, cambios en la imagen corporal o la incertidumbre sobre el éxito o fracaso de un trasplante).

Aunque la depresión junto con la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en este tipo de patología, la frecuencia de la depresión es inferior a la de la ansiedad. La aparición de un síndrome depresivo está influida por vivencias de pérdidas de gran importancia para el paciente como son la pérdida

de la salud, complicaciones orgánicas irreversibles y pérdidas afectivas. También tiene gran importancia la herida narcisista que supone el descenso de sus capacidades previas. Incluso, podemos considerar la aparición de reacciones depresivas como secundarias a la utilización de fármacos como pueden ser los corticoides e hipotensores.

La frecuencia de los intentos de suicidio no es mayor que la de la población general. Dichos intentos cuando tienen lugar aparecen de una forma pasiva por abandono o negligencia respecto a los tratamientos, dietas etc. Lo que sí es más frecuente en estos pacientes y en muchos momentos de la enfermedad son las ideas de suicidio.

Con cierta frecuencia estos pacientes tienen síndromes que corresponden a los de las psicosis orgánicas y sintomáticas. Se han descrito cuadros confusionales (sobre todo asociados a alteraciones metabólicas o complicaciones de la insuficiencia renal crónica), evoluciones demenciales, aunque son poco frecuentes, así como ciertas encefalopatías. Generalmente la hemodiálisis provoca mayores dificultades en la utilización de las capacidades intelectuales (debido a la astenia, por ejemplo.) más que a un verdadero descenso de las mismas (deterioro cognitivo).

El trasplante renal.

El proceso psicológico de internalización de un nuevo órgano y de su integración en el esquema corporal ha sido sólo parcialmente estudiado, así como los factores extrainmunológicos asociados a la aceptación o rechazo del trasplante. El riñón recibido no es psicológicamente inerte, tiene para cada receptor un significado particular. En el caso del donante familiar, el significado incluye la relación con aquel de quien se lo ha recibido. La relación previa entre donante y receptor puede jugar un rol en la evolución inmunológica del trasplante.

El proceso de trasplante adquiere una dimensión espiritual en la vivencia de muchos pacientes. Se refieren a lo vivido como un milagro, que los lleva a tomar conciencia de las creencias y valores que lo sostuvieron durante las dificultades, a revisar su vida y sus prioridades, a reformular su relación con quienes lo rodean y a desplegar el deseo y la capacidad de ayudar a otros en la misma situación.

El paciente trasplantado no puede ser adecuadamente atendido, sino por un equipo y con enfoque multidisciplinarlo desde la fase pretrasplante, de rutina, necesita incluir los aspectos psicosociales del candidato y su familia.

Idealmente el mismo equipo debe atender al paciente a lo largo de todo el proceso del trasplante y hasta su óptima reinserción social. Un vínculo estable y empático entre el paciente, su familia y el equipo, actúa como red de sostén y prevención a través de las vicisitudes del proceso que incluye la posibilidad del fracaso y la vuelta del paciente a diálisis.

Si aparecen episodios irreversibles de rechazos , la reacción emocional de los pacientes suele ser de frustración, depresión, ansiedad, retraimiento y malestar o desconfianza frente al equipo. Si el donante fue un familiar, a estos sentimientos se une a veces el de culpa. La irreversibilidad del episodio y la nefrectomía exacerban la depresión; estos momentos ponen a prueba la capacidad del equipo para tolerar sus propios sentimientos de fracaso o culpa y seguir ofreciendo al paciente atención y apoyo.

También el familiar donante sufre el impacto del rechazo irreversible, el equipo debe tenerlo en cuenta y ofrecer asistencia si es necesario. Tanto en el caso del receptor y su familiar con el del donante, la prevención de alteraciones psicológicas en caso de rechazo irreversible; puede hacerse incluyendo en la información pretrasplante la posibilidad de rechazo y la pérdida del trasplante y de los sentimientos que lo acompañan (Angulo, M; Fonseca, R; Gamboa, S; Molleja, Y; Vargas E; 2004).

Metodología

Capítulo II

Diseño metodológico

Después de haber abordado los supuestos teóricos que sirven de base a la presente investigación, procedimos a elaborar el diseño metodológico de la misma para esto tuvimos en cuenta nuestro problema de investigación y los objetivos preestablecidos, que responden a un estudio transversal de tipo descriptivo, definido esto, pasamos a conformar nuestra muestra de investigación.

Selección de la muestra:

La muestra de la investigación estuvo conformada por 20 pacientes con diagnóstico positivo de insuficiencia renal crónica tratados en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Villa Clara. Los mismos fueron divididos en dos grupos de estudio, en el primero se ubicó a los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de hemodiálisis y en el segundo los que recibieron tratamiento sustitutivo mediante un trasplante renal.

La presente investigación es de corte cualitativo-cuantitativo, pues en la misma se utilizan métodos de ambos tipos de paradigmas, tiene características cualitativas pues busca descubrir las particularidades psicológicas de la muestra estudiada desde el propio marco de referencia del paciente; para cual se predetermina el diseño de tipo cuantitativo que parte de la conformación de un conjunto de indicadores que responden a la configuración del cuadro interno de la enfermedad.

Se realizó un muestreo intencional, donde se seleccionaron 10 de hemodiálisis y 10 de trasplante renal para conformar la muestra. Los mismos reciben tratamiento renal sustitutivo en el Servicio de Nefrología del Hospital Provincial "Arnaldo Milián Castro" de Villa Clara, pues son enfermos que se atienden en esta institución de salud. Para esto contamos con la disposición de los mismos a colaborar en la investigación e inicialmente se le explicaron los objetivos y la importancia de la misma. Como constancia de esto se utilizó un modelo de consentimiento informado, firmado por cada paciente y el investigador. (Anexo # 7)

Se tomaron en cuenta una serie de criterios a la hora de conformar la muestra de investigación.

Criterios de inclusión:

- Tener diagnóstico de insuficiencia renal crónica.
- Estar sometidos a uno de los dos tratamientos sustitutivos.
- Estar en tratamiento por un período de tiempo mínimo de seis meses y no superior a dos años.

Criterios de exclusión:

- Haber perdido un trasplante anteriormente.
- Tener menos de 18 o más de 45 años.
- Que su estado físico actual no le permita cumplir con las exigencias del estudio.
- Haber estado hospitalizado el mes anterior o estarlo en el momento de realizarse el estudio.
- Enfermedad psíquica diagnosticada con anterioridad. (Descartándose de esta forma que cualquier alteración propia de una patología psíquica viciara los resultados.)
- Estar cumpliendo algún tratamiento psicofarmacológico. (Pues se conoce su incidencia en los procesos psíquicos y de igual manera podrían viciarse los resultados)
- Nivel de Escolaridad inferior al 9no grado: Se tomó este nivel intelectual mínimo con el objetivo de garantizar una adecuada comprensión del conjunto de técnicas a emplear.

En la medida de las posibilidades insistimos en lograr en los grupos una distribución equitativa de las diferentes variables; resultando su distribución como mostramos a continuación:

Grupos / Edad	Grupo I hemodiálisis	Grupo II trasplantados
De 18 a 25 años	2	1
De 26 a 35 años	2	2
De 36 a 45 años	6	7

Tabla # 1. Distribución según la edad.

Grupos Sexo	Grupo I hemodiálisis	Grupo II trasplantados
Femenino	5	4
Masculino	5	6

Tabla # 2. Distribución según el Sexo.

Grupos Escolaridad.	Grupo I hemodiálisis	Grupo II trasplantados
Secundario	7	6
Preuniversitario	3	4
Universitario	-	-

Tabla # 3. Distribución según el nivel de escolaridad.

Grupos Ocupación	Grupo I hemodiálisis	Grupo II trasplantados
Sin vínculo laboral	-	-
Estudiantes	-	-
Obreros	4	5
Técnicos	3	3
Profesionales	-	-
Ama de casa	3	2

Tabla # 4. Distribución según la ocupación.

2.2 Descripción de los materiales

Las técnicas e instrumentos utilizados fueron las siguientes:

1. Entrevista psicológica al paciente.
2. Análisis psicológico de la historia clínica.
3. Entrevista familiar.

4. Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE)
5. Modificación de la escala de autovaloración (Dembo-Rubinstein)
6. Registro de la actividad. (RAMDI)
7. Test de frases incompletas. (ROTTER)
8. Autorreporte vivencial.
9. Test de Zung y Conde.

1. Entrevista Psicológica:

La aplicación práctica de esta técnica constituye un elemento de capital importancia de corte investigativo de cualquier temática. El dominio de la misma constituye la herramienta más poderosa con que cuenta un psicólogo en su quehacer profesional. Su importancia viene dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción natural rostro a rostro, pero sobre todo porque está presente en todo el proceso de ayuda psicológica y no puede ser sustituida ni aún por el más sofisticado avance tecnológico.

Esta debe ser llevada a cabo con habilidad, tacto y requiere de quienes la realizan habilidades de observación e intuición fundamentalmente. Su objetivo específico es obtener información.

A pesar de reconocer su utilidad práctica en cualquier proceso, es válido señalar además lo necesario de la preparación del entrevistador, así como, la correcta estructuración de la entrevista, lo cual influye en el grado de confiabilidad y validez de los resultados que por este método se obtienen.

La entrevista puede ser de 3 tipos:

1. Estructurada: requiere de un orden estricto, de una guía y entre otras exigencias presupone el uso de preguntas cortas específicas, hacer las preguntas utilizando con exactitud el lenguaje de la guía y se debe disponer de un aparato categorial previamente elaborado que permita al entrevistador ubicar lo que la persona dice o hace, en una de estas categorías.
2. Semiestructurada: se construye o se parte de una guía con una serie de preguntas preestablecidas, pero que en este caso constituyen una “guía flexible” que el entrevistador puede manejar de acuerdo a la información

valiosa que vaya apareciendo, dándole a la persona entrevistada la opción de ser un participante más, un "sujeto activo" en este proceso. Además según Smith (1995) permite el intento de establecer "rapport ". Este es el tipo de entrevista más utilizada y posiblemente la más eficiente.

3. No estructurada: es una entrevista abierta sumamente flexible, donde no se llevan preguntas preestablecidas sino indicadores.

Entre las recomendaciones prácticas más interesantes que los autores refieren tener en cuenta al realizarla se encuentran:

1. Hacer sentir cómodo al entrevistado.
   Mostrarse sencillo sin oponer barreras tales como un imponente escritorio en medio.
2. Inducir a hablar sin temor a preguntar lo que se desea saber.
3. Dejar las anotaciones para cuando el entrevistado se retire.
4. Ser veraz y realista en los argumentos que se exponen.

En la presente investigación se realizó una entrevista semiestructurada (Anexo # 1) con el objetivo de analizar la percepción que tiene el paciente de sí mismo desde el punto de vista físico, social y psicológico explorando diferentes áreas de su vida, además para conocer la sintomatología que presentan estos pacientes psicológicamente y la influencia que ha tenido el tratamiento médico en su psiquis.

Objetivos fundamentales de la técnica

A través de la entrevista al paciente se exploró una serie de esferas importantes que es necesario para arribar a una generalización más adecuada sobre las siguientes áreas de interés:

- Estado emocional y bienestar psicológico
- Antecedentes Patológicos personales
- Antecedentes Patológico Familiares
- Vida Familiar y conflictos

- Capacidad de trabajo, intereses y vida laboral
- Ideas y pensamientos relacionados con la enfermedad y futuro.
- Características de la personalidad
- Relaciones Interpersonales
- Síntomas clínicos, momento de debut de la enfermedad y eventos vitales.

Interpretación

La entrevista fue evaluada de manera cualitativa en dos planos (plano personal y luego plano colectivo). Se utiliza los parámetros anteriormente mencionados para lograr una generalización adecuada de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis y los pacientes trasplantados con éxito.

2. Análisis psicológico de la historia clínica.

El método ha sido propuesto para el estudio de las alteraciones de la personalidad. Parte del principio que estipula el carácter de documentos psicológicos y no sólo médicos que poseen las historias clínicas, pues en ellas se resume el camino vital del enfermo, los métodos y medios de actuar típicos, los modos de comunicación, la solución de conflictos, el círculo de interacciones del enfermo con la familia, en el trabajo, etc., además de las alteraciones en el curso de la enfermedad y después de ella (J. Grau, 1983) citado por (Molerio, O; 1997). En las mismas se recoge una visión retrospectiva de la vida del sujeto cuando queda confeccionada con rigor y cuando se resume cuidadosamente su historia personal.

Procedimiento:

Luego de la presentación y explicación de la prueba, se procede a confeccionar la historia clínica A través de ella se trata de revelar los fenómenos psicológicos, posibles causas de las alteraciones, la evolución del paciente y rasgos de la personalidad que sean significativos por su carácter patologizante.

Materiales:

Se emplea un modelo de historia clínica para la recogida de los datos.

Procesamiento de los datos:

El análisis psicológico de la historia clínica consta de cuatro etapas fundamentales:

1.- Minuciosa familiarización con la historia clínica: Se hace con el objetivo de conocer y estudiar los detalles significativos donde se manifieste información relacionada con el surgimiento y desarrollo de las particularidades de la psiquis, así como destacar hechos clínicos relevantes en la posible etiología de las alteraciones de la personalidad.

2.- Comparación estricta de las historias clínicas: En esta etapa se sintetizan los momentos cruciales que sean comunes para la mayoría de los casos estudiados, o sea se busca la más típica lógica externa del desarrollo del fenómeno psicológico que nos interesa.

3.- Calificación de los datos obtenidos respondiendo a conceptos de la ciencia psicológica: El investigador en esta etapa debe desmembrar las formas diversas de actividad de los sujetos, dar la caracterización psicológica de su estructura, descubrir las relaciones entre diferentes actividades aisladas, señalar las necesidades fundamentales del sujeto, sus motivos, el sentido personal de las mismas, o sea, descubrir las relaciones entre ellas, mostrar las estructuras jerárquicas de estas actividades que caracterizan la esencia de su personalidad.

4.- Creación de un modelo propiamente psicológico del fenómeno clínico dado, que explique las regularidades psicológicas de la conducta humana, debe revelar los mecanismos de formación de las necesidades dominantes patológicas, estudiar en el material patológico la interrelación de lo “biológico” y lo “psicológico”, así como distinguir las alteraciones primarias y secundarias de la psiquis.

El análisis de la metódica es puramente cualitativo. En nuestro caso en particular el análisis se llevó a cabo hasta la segunda etapa teniendo como objetivo central la búsqueda de informaciones de interés a nuestra investigación.

3. Entrevista al familiar

Esta entrevista se realiza con el objetivo de conocer qué criterios tiene el familiar sobre la enfermedad del paciente, cuánta información posee para determinar qué tipo de influencia puede ejercer sobre el enfermo.

Además de darnos la historia de la enfermedad actual del paciente puede informarnos qué conocimientos tiene él de su enfermedad, aportar datos que pueden resultar significativos a la investigación acerca de la vida social, familiar y laboral del paciente, así como su personalidad premórbida, antecedentes patológicos familiares, etc.

Para la aplicación de la entrevista, se escogió al familiar que se encontraba acompañando al paciente, porque es precisamente quien tiene un mayor conocimiento de éste, pudiendo aportar datos muy valiosos sobre el enfermo.

Se trata de una entrevista semi-estructurada en función de los objetivos que la misma persigue lo cual condiciona que no se diseñe previamente una guía de entrevista

Procesamiento de los datos:

Su análisis es puramente cualitativo. Los resultados de la técnica permiten corroborar el resultado de otras metódicas.

4. Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE)

Esta técnica es la versión al español del State-Trait Ansiety Inventary (STAI) de Spielberger la cual constituyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad como rasgo y la llamada ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos.

Esta prueba consiste en un total de 40 expresiones que los sujetos usan para describirse, 20 preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y 20, la ansiedad peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

En las primeras 20 preguntas las categorías a marcar son:

No, en lo absoluto.

Un poco.

Bastante.

Mucho.

En las otras 20 preguntas debe contestar:

Casi nunca.

Algunas veces.

Frecuentemente.

Casi siempre.

Procedimiento:

Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos, para ello dirigirá la atención del sujeto hacia el hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario, y se recalca al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala ansiedad-estado y de habitualmente para la escala ansiedad-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem.

Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

Materiales:

Se emplea un modelo con los cuarenta ítems donde se recogen las respuestas del sujeto. (Anexo # 2)

Procesamiento de los datos:

La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en cada una de las escalas varía desde una puntuación mínima de 20 hasta un máximo de 80. La calificación cuantitativa de la prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos (+) e invertidos (-) para cada una de las escalas. Como reactivo directo se considera aquel que indica un alto nivel de ansiedad de forma directa. Por ejemplo: una valoración de 4 para el reactivo “estoy tenso” implica un alto nivel de ansiedad. Los invertidos se formulan de manera tal, que una valoración muy alta indica poca ansiedad, por ejemplo: “me siento bien”.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes:

Ansiedad-estado:

$$\sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

∑RP - ∑RN + 35 = AR

RP-Reactivos positivos.

RN-Reactivos negativos.

Las constantes que se suman en ambas fórmulas (50 y 35) se obtienen al multiplicar el número total de reactivos inversos en cada escala por cinco. A través de esta constante se revierte automáticamente el peso de las respuestas para cada reactivo.

Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a la siguiente escala:

Nivel de ansiedad:

Baja (menos de 30 puntos)

Media (30-44 puntos)

Alta (más de 44 puntos)

5. Modificación de la escala Dembo – Rubinstein.

La escala original fue creada por el psicólogo norteamericano T. V. Dembo y modificada por S.L. Rubinstein con el objetivo de conocer la autovaloración y consciencia de la enfermedad en niños y adultos, por lo que a través de este método se estudia la actitud del paciente hacia sí mismo.

Consta de 4 parámetros planteados por el autor, los cuales son: Salud, Felicidad, Carácter e Inteligencia.

En nuestro caso en específico, utilizamos una modificación de la prueba, teniendo en cuenta los intereses de la investigación utilizamos los siguientes indicadores:

- Salud
- Felicidad
- Inteligencia
- Belleza
- Optimismo
- Tristeza.
- Sexualidad

Estos parámetros que miden diferentes aspectos de la personalidad, se ubican en un talonario con líneas verticales del mismo tamaño, con una longitud de 15 cms, las cuales tienen escrito en el extremo superior cada uno de los indicadores antes mencionados.

Procedimiento:

Al sujeto se le van presentando las categorías representadas en cada escala del talonario de forma consecutiva, con la condición de que no debe ver la siguiente y se le ofrecen las siguientes instrucciones:

"Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo de acuerdo con las categorías señaladas. En la parte superior se ubican las que más intensamente expresan el sentimiento o categoría dada y en la parte inferior las que con menos fuerza lo manifiestan. Debes precisar dónde está tú lugar entre todas esas personas y marcarlo con una señal".

Las instrucciones pueden repetirse o aclararse si es necesario, pero no se debe comentar nada que pueda influir en la ubicación del sujeto.

Después de la ubicación se lleva a cabo un interrogatorio experimentalmente provocado, relacionado con los indicadores propuestos y la relación que establece el sujeto con cada uno de ellos, haciendo énfasis en el porqué de esa ubicación, el concepto que tiene el sujeto de cada uno de los indicadores, etc.

Esta entrevista recoge varias preguntas que complementan la prueba, y son las siguientes, que ejemplificaremos con el indicador felicidad:

¿Qué entiende usted por felicidad?

¿Qué personas consideras felices e infelices?

¿Por qué usted se ubica ahí?

¿Qué le falta para alcanzar la felicidad pura, completa?

¿Dé que depende ello?

De igual forma se realiza el interrogatorio para cada uno de los parámetros. El cuestionario no es rígido, puede variar en dependencia del caso, siempre y cuando se conserve el contenido y el objetivo de la prueba.

Materiales:

Se utiliza un talonario con escalas, cada una con una categoría y una hoja para recoger las explicaciones del sujeto. (Anexo # 3)

Procesamiento de los datos:

El análisis es cualitativo, se realiza de acuerdo con la ubicación que nos da el paciente, según los niveles que se le dan y sus respuestas en el interrogatorio, lo cual permite encontrar si hay correspondencia o no entre lo expresado por el sujeto y la ubicación que da. Esto nos señala la tendencia general de la autovaloración que él posee: sobrevaloración, subvaloración o autovaloración adecuada. El análisis se realiza teniendo en cuenta que las personas ajustadas con autovaloración adecuada (existiendo en ellas correspondencias entre el nivel de aspiraciones y las posibilidades reales para alcanzar las metas), tienden a ubicarse en la zona media, mientras que las personas con autovaloración inadecuada tienden a ubicarse en los extremos.

Con esta metódica no pretendemos obtener conocimientos acabados acerca de la autovaloración de los sujetos, sino algunos elementos que después serán constatados con el resto de la investigación.

6. Registro de la actividad. (RAMDI)

Esta técnica ha sido creada y fundamentada por Diego González Serra y ha sido aplicada en varias investigaciones bajo su dirección. Tiene como objetivo investigar la diversidad del contenido, la jerarquía e interrelación de las necesidades y su expresión en la actividad, los deseos e imaginación en grupos de sujetos.

Es “un método de autobservación, que integra los reportes del sujeto sobre sus imaginaciones, deseos y actividades, pero que se elabora e interpreta teniendo muy en cuenta los datos de la observación externa”. (Serra, G. D; 1978) citado por (Molerio, O; 1997)

La prueba consta de tres partes: el método directo, el indirecto y el registro de la actividad. En el primero se recogen los deseos conscientes del individuo, el sujeto habla de sus propósitos, planes, ideales, temores y vivencias emocionales. En el segundo se obtiene la expresión de las necesidades en la imaginación, el sujeto habla de otras personas o cosas y sin querer, sin proponérselo conscientemente, de manera involuntaria expresa sus propias tendencias y características personales. En el registro de la actividad se buscan los motivos y las necesidades que se expresan activamente.

Procedimiento:

En el método directo se le pide al sujeto que exprese sus 10 deseos, tanto lo que desea como lo que no desea, enumerándolos en orden de preferencia.

En el indirecto se le pide que invente un personaje al que debe adjudicarle edad, sexo y situación actual, pero que no se le parezca a nadie que él conozca. Luego debe decir los 10 deseos de ese personaje que él creó.

En el registro de la actividad se recogen todas las actividades realizadas por el sujeto, ya sean breves o extensas, dentro del marco de las 24 horas que preceden a la prueba.

Materiales:

Se utiliza un modelo para la recogida de datos. (Anexo # 4)

Procesamiento de los datos:

Las respuestas obtenidas en la metódica se evalúan según el código para el análisis del contenido, establecido por el autor y donde se asigna a cada respuesta los símbolos que le corresponden, según los criterios adoptados.

Luego las respuestas son tabuladas en una sábana para el método directo e indirecto donde se determinan la cantidad de sujetos que responden a una categoría determinada y la cantidad de respuestas. Al terminar la tabulación se confeccionan las tablas: una para el método directo, otra para el método indirecto y otro para el registro de la actividad. Luego se hace el análisis estadístico.

En cada tabla se recogen tres datos:

El porciento de sujetos que mencionan una determinada categoría, calculado respecto al total de sujetos del grupo.

El porciento de respuestas dadas en esa categoría respecto al total de respuestas ofrecidas por el grupo en todas las categorías.

El número de rango u orden que ocupa esa categoría en el total de la tabla.
Las categorías se ordenan atendiendo en primer lugar al número de sujetos que las responden y el caso de igualdad en dicho número, de acuerdo con la cantidad de respuestas. El ordenamiento es de mayor a menor.
En la tabla se ponen todas las categorías mencionadas por un 10% o más de los sujetos.
En caso de que dos o más categorías hayan sido contestadas en una misma proporción de sujetos y respuestas, se suman los rangos correspondientes a esas categorías y se halla la media aritmética, la cual es el rango que corresponde a cada una de ellas.

7. Test de Frases incompletas. (ROTTER)

Esta metódica pertenece al grupo de técnicas de asociación de frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y usadas es la del test de Rotter, el cual muestra varias palabras que deben ser completadas con otras por parte del sujeto y con ello terminan y dan sentido a una oración.
La técnica parece haber sido creada por Payne en 1928, algunos autores como Álvarez Villar consideran que pierde eficacia cuando se hace por escrito, prefiriéndola oralmente; Rotter y Wellerman recomiendan utilizarla de forma escrita.
Esta técnica es sumamente efectiva en la búsqueda de conflictos en la personalidad del individuo y permite a su vez inferir algunas características del sujeto, de su personalidad, intereses, fantasías, sueños, frustraciones, aspiraciones, temores, preocupaciones, etc. Tiene la ventaja de que al ser respuestas libres, pueden expresar verdaderamente la complejidad del mundo interno del sujeto, sin estar influenciadas por restricciones del investigador.
El análisis psicológico de esta prueba es puramente cualitativo y permite sacar a la luz sentimientos y actitudes, sus contenidos y características. Además, se observa la presencia de información referente a otros procesos psíquicos que también se ponen de manifiesto.
Procedimiento:
Al paciente se le entrega un modelo donde se recogen los ítems establecidos con sus correspondientes instrucciones.

El sujeto debe llenar las oraciones mientras el experimentador observa sus reacciones físicas vinculadas con los comentarios alrededor de la tarea, vacilaciones, etc.

Materiales:

Se emplea un modelo de 60 frases incompletas y una raya al lado, donde el sujeto escribe para completarlas. (Anexo # *5*)

Procesamiento de los datos:

Se realiza un análisis de forma cualitativa. Luego de un estudio detallado de las respuestas a cada ítem, se ponen en claro las actitudes y sentimientos manifestados por los sujetos.

8. Autorreporte Vivencial.

Esta prueba se utiliza como método complementario y forma parte del sistema de metódicas empleadas para obtener el máximo de información de nuestros pacientes.

Fue elaborada por Jorge Grau Avalo y consiste en presentar al paciente una lista de 15 términos que expresan estados emocionales que pueden ser experimentados en cualquier momento.

El sujeto debe evaluar cada uno de los términos de acuerdo con el grado o nivel de profundidad con que él los experimenta y para lo cual se le presentan tres categorías en distintos niveles, que son: escasamente, moderadamente e intensamente.

Procedimiento:

Luego de la presentación y explicación de la prueba se procede a su respuesta. Su llenado se realiza a través de entrevistas al paciente. Su objetivo es conocer cómo la persona afectada experimenta sus emociones hacia la enfermedad, cómo el paciente considera que se encuentra psíquicamente, qué estado psicológico presenta, si es la intranquilidad, la desconfianza, la tristeza, etc.

Materiales:

Se utiliza un modelo para la recogida de los datos. (Anexo # 6)

Procesamiento de los datos:

El análisis se realiza de forma cualitativa. La intensidad de las emociones se clasifican en: escasa, moderada e intensa, viendo si existe crítica o cómo experimenta sus emociones hacia la enfermedad.

9. Test de Zung y Conde.

Se utiliza para explorar los niveles de depresión del sujeto. Contiene 20 ítems en los cuales el sujeto debe enmarcarse en los parámetros que propone el cuestionario: muy pocas veces, no, algunas veces, muchas veces y siempre.

Se presentan 10 situaciones positivas e igual número de situaciones contrapuestas que son típicas del estado depresivo (Ver anexo # 7).

Procedimiento:

Al sujeto se le pide que lea cuidadosamente cada ítem y marque con una cruz (X), una de las cuatro categorías correspondientes a cada situación en relación con su estado.

Procesamiento de los datos:

La calificación de la prueba se hace de forma cuantitativa, a los resultados se llega a través de la suma de los valores preestablecidos para cada respuesta (entre 1 y 4).

El resultado final se ubica en la siguiente escala:

20 -- 30 puntos

31 -- 55 puntos

56-- 80 puntos

Sistemas situacionales no muy significativos.

Moderada distimia depresiva.

Severa distimia depresiva.

Una vez precisadas las variables a controlar para la selección de la muestra procedimos a seleccionar a los pacientes que conformarían los grupos de estudio.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados seleccionamos un sistema de metódicas integrada por 8 instrumentos, cuya aplicación se vio facilitada por las frecuentes visitas que al hospital realizan los pacientes de ambos grupos. Los instrumentos fueron distribuidos en tres sesiones de trabajo de una hora de duración cada una aproximadamente.

Primera sesión:

- Entrevista psicológica al paciente.
- Análisis Psicológico de la Historia Clínica.
- Entrevista al familiar.

Segunda sesión:

- Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE)
- Modificación de la Escala Autovalorativa Dembo-Rubinstein.
- Registro de la Actividad. (RAMDI)

Tercera Sesión:

- Test de Completamiento de frases. (ROTTER)
- Autorreporte vivencial.
- Test de Zung y Conde.

Todas las sesiones de trabajo se llevaron a cabo en locales con adecuadas condiciones de privacidad, iluminación y ventilación.

Las pruebas y las metódicas fueron evaluadas según los criterios de calificación de cada una de ellas. Los datos obtenidos fueron valorados e interpretados psicológicamente. Posteriormente llevamos a cabo un análisis por técnicas y por grupos de los resultados, que a continuación expondremos en el capítulo siguiente.

Análisis de los resultados

Análisis de los resultados por técnicas.

1. Entrevista psicológica y análisis psicológico de la historia clínica.

Como hemos planteado con anterioridad en la descripción de las técnicas, el análisis de la historia clínica consta de 4 etapas, para el mismo seguimos el criterio de utilizar la primera y segunda parte del método con el objetivo de buscar aquellos aspectos fundamentales de interés para la investigación.

Inicialmente se realizó un minucioso análisis de las Historias Clínicas de los pacientes de forma tal que lográramos familiarizarnos con ellos, el mismo se apoyó en la entrevista psicológica semiestructurada al paciente, logrando determinar los detalles más interesantes que a continuación exponemos:

Motivo de consulta:

Los pacientes sujetos de nuestra investigación, el 100 % de ellos, son atendidos por el servicio de nefrología del hospital universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, tanto los que reciben tratamiento sustitutivo de hemodiálisis como los que recibieron un trasplante renal, y entre los principales síntomas referidos se encuentran la intranquilidad, la tristeza, el insomnio y los trastornos sexuales.

Historia de la enfermedad actual:

En 2 (10 %) de los sujetos la aparición de algunas manifestaciones psicológicas coincide con el momento del diagnóstico de su patología. Sin embargo, en los restantes 18 (90 %) el inicio de las alteraciones psicológicas coincidió con el inicio del tratamiento sustitutivo. Sin diferencias entre ambos grupos de estudio.

Antecedentes patológicos personales:

La presencia de salud psíquica anterior fue uno de los elementos controlados en la selección de la muestra, por lo que no aparecen elementos significativos al respecto. Tomando en cuenta que en los criterios de inclusión se toma más de 6 meses y menos de un año y medio de estar sometido a tratamiento de hemodiálisis o haber recibido un trasplante renal, las manifestaciones psicológicas aparecidas en ese rango de tiempo fueron interpretadas y

estudiadas como parte de la afectación psicológica que en estos sujetos ha producido la enfermedad y/o el tratamiento sustitutivo que reciben.

Relacionados con otras patologías predominaron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus con un ligero predominio de la primera sobre la segunda. Y con un porcentaje de 90 % y 75 % respectivamente. Es de señalar que algunos pacientes padecían de ambas patologías. (30 %) En este indicador tampoco se encontraron diferencias importantes entre ambos grupos de la muestra.

Antecedentes patológicos familiares:

Los principales antecedentes recogidos en los familiares cercanos a los pacientes fueron la hipertensión arterial esencial, la diabetes mellitus y las nefropatías en ese orden, con un alto predominio de las dos primeras y más discreto en relación a las nefropatías.

Personalidad pre-mórbida:

Del total de la muestra 20 sujetos, el 100 % refirió percibir cambios significativos en su forma de ver y comportarse ante la vida después de aparecer la enfermedad y mucho más marcados después de tener la necesidad de recibir tratamiento sustitutivo, lo que confirma que la mayoría de las afectaciones y cambios psicológicos en este grupo de pacientes no están relacionados con el conocimiento del diagnóstico, sino con la pérdida total de la función renal y el necesario inicio del tratamiento sustitutivo. De forma general no se refirieron ni constataron alteraciones psicológicas anteriores al inicio de la enfermedad.

Área escolar:

El nivel de escolaridad fue otra de las variables controladas en la selección de la muestra, tomándose como nivel mínimo el noveno grado de escolaridad. En el total de la muestra estudiada no se encontraron hallazgos significativos en cuanto al desempeño escolar de los sujetos en los diferentes niveles de enseñanza con resultados académicos promedios, predominó el noveno grado como estudios terminados (13 para un 65 %), sobre el duodécimo (7 para un 35 %). Ambos grupos fueron equitativos en cuanto a su nivel escolar.

Área laboral:

La exploración del área laboral arrojó que el 75 % de los pacientes estudiados se encontraba con vínculo laboral cuando fueron diagnosticados con la enfermedad, en ese momento la enfermedad aún con sus limitaciones no les imposibilitó continuar trabajando y sólo les fue imposible continuar haciéndolo cuando tuvieron que acogerse al tratamiento sustitutivo, unido a las limitaciones en cuanto a esfuerzo físico, dieta y visitas regulares al hospital. Lo cual constatamos es un hecho que marco negativamente a la mayoría de los sujetos. El restante 25 % se trata de amas de casa, pero no por el hecho de no tener un centro de trabajo, dejaron de ver afectado su desempeño diario al igual que el grupo con vínculo laboral, y manifestaron de igual forma su frustración por la imposibilidad de desempeñarse a plenitud en sus actividades habituales en el hogar.

Área familiar:

Un número reducido de sujetos (2 para un 10 %) reconoce la existencia de algunos conflictos en relación con la esfera familiar, encontrándose entre sus causas fundamentales los reajustes que la enfermedad ha impuesto en el medio debido a sus limitaciones en cuanto a las actividades que pueden realizar. El resto de los sujetos (90 %) manifestó gran satisfacción en cuanto al comportamiento familiar y muy buen apoyo de todos sus miembros y solidaridad con sus limitaciones actuales, sin diferencias entre los grupos.

Área sexual:

Es significativo señalar que la mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de hemodiálisis 8 de ellos (80 % de ese grupo), refieren trastornos importantes en esta área, ocasionados fundamentalmente por la aparición de disfunciones sexuales como secuelas de su patología, lo cual es coherente con lo planteado en la literatura al respecto. De tal forma la actividad sexual en el otro grupo de pacientes trasplantados se manifiesta de forma inversa, o sea sólo 2 (20 % de ese grupo) de los pacientes manifiestan trastornos en esta esfera. Consideramos importante destacar que específicamente en el caso de los hombres estos trastornos forman parte del núcleo básico de sus preocupaciones convirtiéndose en motivos de conflicto y

frustración, no tanto así en las mujeres en las cuales sin dejar de ser motivo de insatisfacción y preocupación, este aspecto no ocupa un lugar de tanto valor en su jerarquía de necesidades como lo es en los hombres.

De forma global en toda la muestra los trastornos sexuales se comportan con una frecuencia de un 50 % del total.

Examen psíquico por esferas

Esfera cognoscitiva:

En esta esfera los pacientes no refieren grandes afectaciones, destacando únicamente fallos mnémicos ocasionales y dificultad para concentrarse. No se constataron alteraciones en el lenguaje, ni del pensamiento.

Esfera afectiva:

Es en esta esfera donde los pacientes refieren la mayor parte de sus afectaciones, dentro de las alteraciones más señaladas se encuentran aquellas que constituyen signos evidentes de ansiedad, tales como: intranquilidad, zozobra, salto epigástrico, entre otros. Se expresan, además, otros síntomas que apuntan hacia la existencia de depresión; ellos son la marcada irritabilidad, llanto frecuente y la tristeza. Es importante señalar que en esta exploración inicial no se constataron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la presencia de ansiedad y depresión como estados psíquicos patológicos presentes en los sujetos de la muestra.

Se constató igualmente la existencia de frustración en un número significativo de sujetos, aunque en este caso sí existió una marcada diferencia entre un grupo y otro, predominando este estado en el grupo de pacientes de hemodiálisis.

Esfera conativa:

Las afectaciones fundamentales aparecidas en esta esfera son los trastornos del sueño (16 sujetos para un 80 %) que van desde la dificultad para conciliar el sueño, hasta el insomnio de la segunda mitad del sueño en proporciones más o menos similares, lo cual concuerda con la existencia de síntomas mixtos de ansiedad y depresión en la gran mayoría de los sujetos de la muestra. Además se constataron los ya mencionados trastornos sexuales, donde

predomina la falta de deseo sexual y los trastornos de erección, por sobre otros trastornos. También se constató hipoabulia, estrechamente relacionada con la depresión.

Estas alteraciones coinciden en su aparición con el inicio de la fase aguda de la enfermedad y el inicio de los tratamientos sustitutivos.

Impresión diagnóstica:

Sin ser el objetivo de esta técnica, el diagnóstico psicológico de los pacientes, sí es oportuno señalar que del total de pacientes de la muestra, 15 de ellos (75 %) impresionaron un funcionamiento neurótico dado por la intensidad de las alteraciones en las diferentes esferas, el tiempo de evolución de las mismas, así como su repercusión en el desenvolvimiento de la personalidad y su estrecha relación con su enfermedad médica y su tratamiento.

2- Entrevista familiar.

La entrevista familiar se realizó en todos los casos, pudiéndose comprobar en el 100% de los entrevistados la información ofrecida por los sujetos de la muestra. Siendo de gran utilidad para triangular la información ofrecida y profundizar en aspectos del funcionamiento familiar. Se detectó la profunda repercusión que ha tenido para las familias el diagnóstico de los pacientes y sobre todo el inicio de la terapia renal sustitutiva, más tomando en cuenta que una buena parte de ellas ya conocen muy bien las características y limitaciones de la enfermedad por haber convivido o tener referencias de otros pacientes renal en el seno familiar. En la mayoría de los casos logrando desorganizar el habitual modo de funcionamiento de las mismas; produciéndose una redistribución de funciones y roles, ocurriendo una sobrecarga sobre los restantes miembros de la familia, en relación a las tareas hogareñas, producto de las limitaciones propias de la enfermedad hasta que ocurre la necesaria adaptación a la nueva situación; algunas de las principales manifestaciones de los familiares en la entrevista fueron: “la enfermedad nos ha golpeado muy duro”, “no ha sido fácil la vida en familia, ya no somos los mismos”, “todo en nuestra vida cambio, hasta nuestros hábitos familiares”. También constatamos que los estados emocionales más frecuentes observados por la familia en el paciente son la ansiedad, depresión y frustración, lo cual es coherente con los

resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a estos fines y lo obtenido en la entrevista psicológica al paciente. En ambos grupos de pacientes se refirió la presencia de forma similar de la ansiedad y la depresión, sin embargo en relación a los estados de frustración sí fueron más evidentes en los pacientes de hemodiálisis, generalmente relacionados con el deseo de recibir un trasplante y mejorar su actual situación de salud que afecta toda la dinámica de su vida personal y familiar.

3- Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE).

La técnica está dirigida a evaluar la presencia de ansiedad como rasgo y como estado en la personalidad. En la muestra estudiada la ansiedad como estado y rasgo se comportó como sigue en el siguiente gráfico:

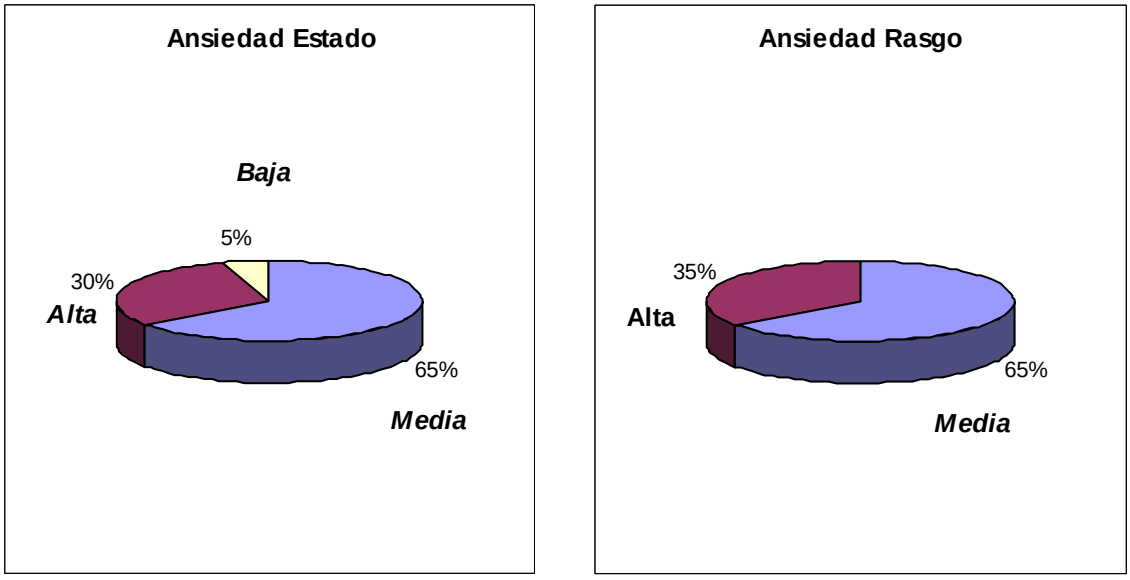


Gráfico # 1: “Comportamiento de la ansiedad como rasgo y estado en toda la muestra”

Como se aprecia en estos dos gráficos anteriores la ansiedad en general se comportó de forma muy similar, tanto como estado que como rasgo presente en la muestra. Siendo del 65 % como ansiedad media y entre un 30 % y un 35 % alta en ambos tipos.

En los gráficos siguientes se muestra que la ansiedad como rasgo en los dos grupos (hemodiálisis y trasplante renal) oscila entre los niveles medio y alto. No se constataron diferencias significativas entre los dos grupos. Los pacientes de hemodiálisis presentaron en un 60 % ansiedad rasgo, como media y un 40 % alta, bastante similar a como se manifestó en el grupo de los trasplantados que se reportó en el 70 % como ansiedad media y el 30 % como alta.

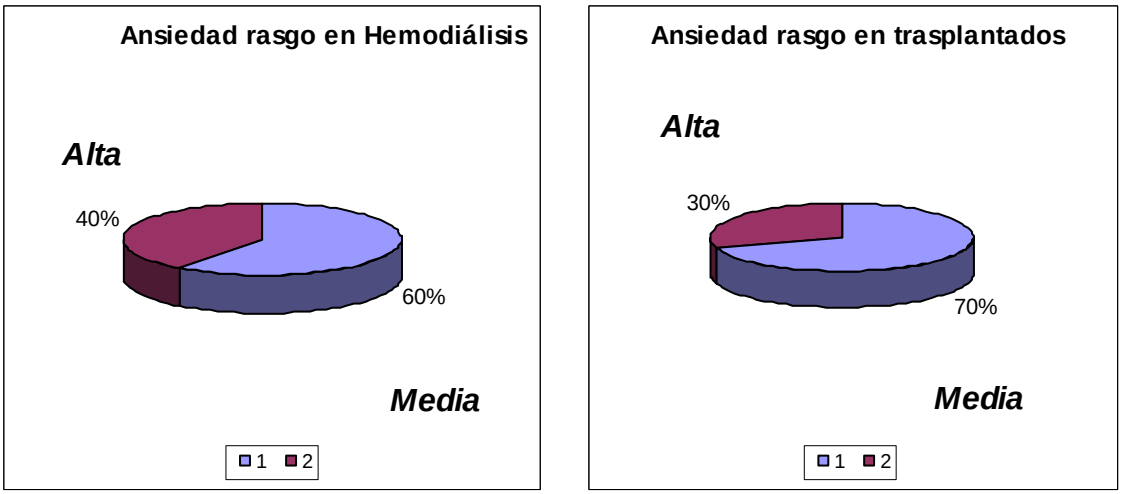


Gráfico # 2: "Comportamiento de la ansiedad como rasgo en los pacientes de ambos grupos".

En relación a la ansiedad como estado, los resultados se presentaron de forma similar a como se comportaron como rasgo. Ver gráficos siguientes.

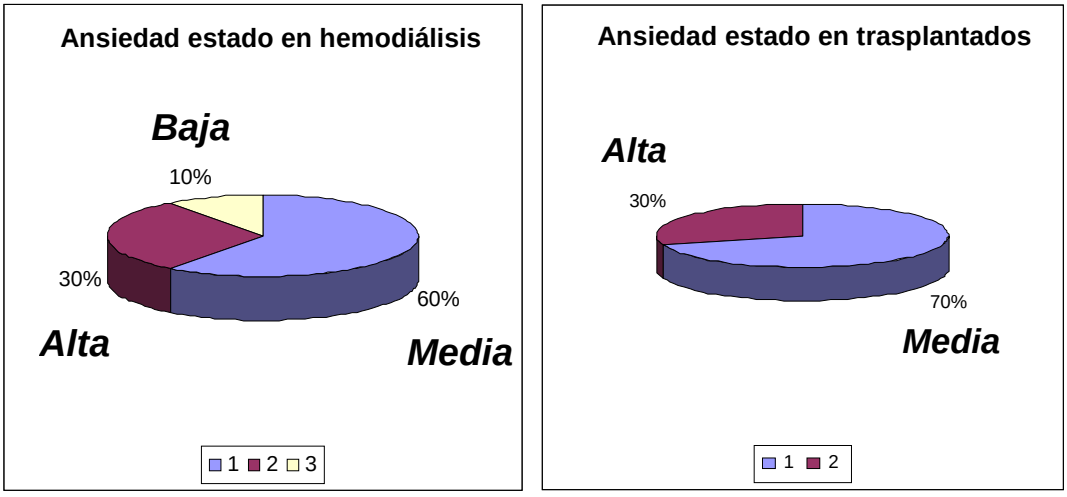


Gráfico # 3: "Comportamiento de la ansiedad como estado en los pacientes de ambos grupos".

Se obtuvo en el grupo de los hemodializados un 60% de ansiedad media, un 30 % de ansiedad alta y sólo un paciente 10% no reportó valores patológicos de ansiedad; en el grupo de los trasplantados el 70% se ubicó con ansiedad estado media y el restante 30 % en ansiedad como alta y ninguno presentó valores normales de ansiedad,

En sentido general la muestra total de investigación presentó valores medios de ansiedad como rasgo en un 65 % y en un 35 % como alta. Similar proporción se manifestó en la ansiedad como estado donde también el 65 % obtuvo ansiedad media, el 30 % obtuvo ansiedad alta y sólo el 5 % de la muestra total de investigación no se constató ansiedad importante como estado.

Los altos niveles alcanzados en ambos grupos parecen estar condicionados por el hecho de que la patología que portan ha traído consigo una estabilización de los síntomas ansiosos en la estructuración de la personalidad; si tomamos en cuenta que además de ser una enfermedad crónica, que lacera de forma muy importante el normal desenvolvimiento de los pacientes en todas las esferas de sus vidas y existir una representación muy negativa de ella entre la población y que la propia garantía de la vida de estos pacientes depende de procederes altamente riesgosos y que la comprometen; es más fácil entender el permanente estado de ansiedad que fue constatado, no sólo por el IDARE, sino que fue evidente su presencia en las entrevistas realizada a los pacientes y otras técnicas, no diseñadas específicamente para la exploración de este síntoma.

4- Escala de autovaloración Dembo-Rubinstein.

La calificación de los resultados de esta técnica se realizó teniendo en cuenta dos elementos fundamentales: la tendencia posicional del sujeto en las escalas, así como los juicios valorativos que expresan al respecto. En la gráfica siguiente se representa la tendencia posicional que manifestaron los sujetos en cada una de las categorías exploradas, separados por grupos. Siendo directamente proporcional el mayor valor obtenido, con una más positiva autovaloración en esa categoría.

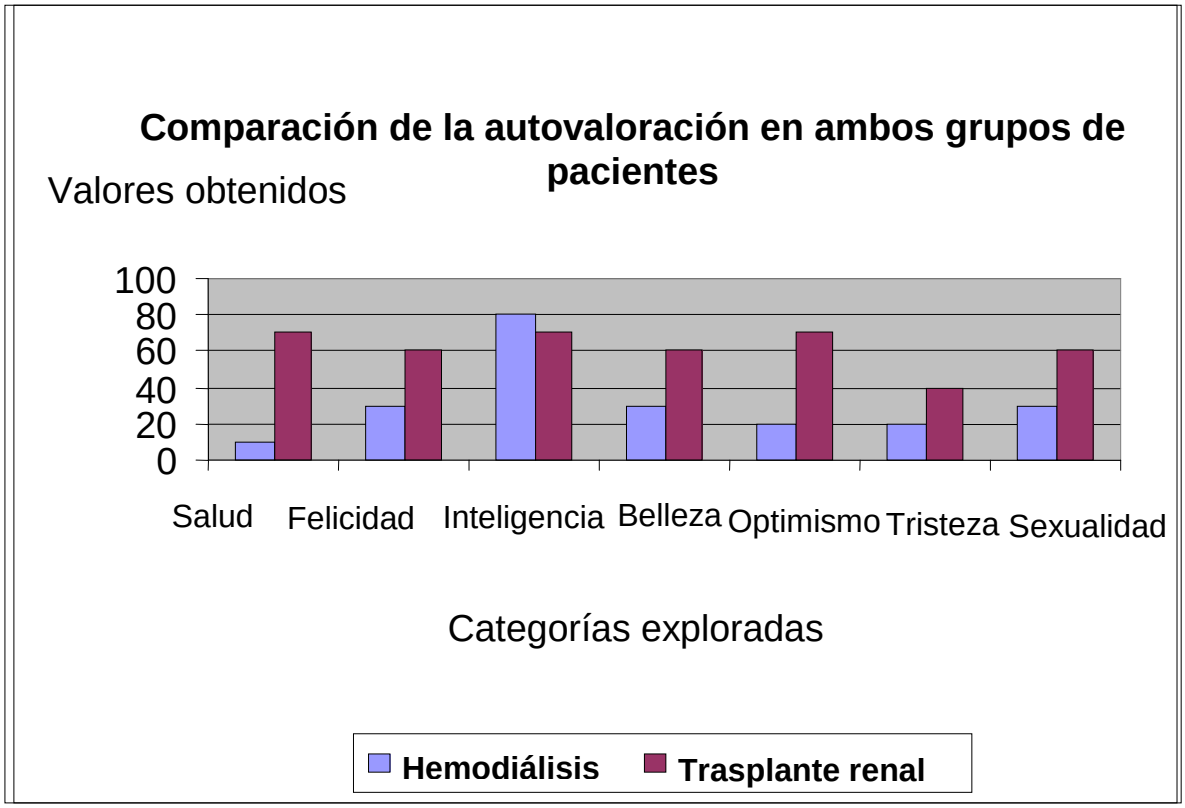


Gráfico # 4: "Tendencia posicional en la escala autovalorativa Dembo-Rubinstein"

En sentido general se comprobó una tendencia negativa en la autovaloración en el grupo de los pacientes en hemodiálisis, manifestando los mismos una tendencia autovalorativa pobre en casi todas las categorías, la cual consideramos adecuada, tomando como punto de partida, el conocimiento de las limitaciones que produce la enfermedad y lo agresivo del tipo de tratamiento sustitutivo que reciben, solo la categoría inteligencia se manifestó con un matiz positivo en este grupo. Por su parte en el grupo de pacientes trasplantados se evidenció una adecuada autovaloración, que se expresa en el equilibrio entre su nivel de pretensiones y las posibilidades de consecución de los mismos y sus logros objetivos. Sólo en la categoría de tristeza se manifestó una tendencia a la subvaloración en este grupo; lo cual coincide con la información registrada en otras técnicas aplicadas.

5- Registro de la actividad. (RAMDI)

En el análisis de los resultados de esta técnica, los datos fueron clasificados de acuerdo a las categorías dadas por Diego González Serra para el mismo. A

partir de las respuestas ofrecidas se constató que el 100% de los pacientes estudiados tienen una orientación personal-individual en sus necesidades fundamentales. En el gráfico # 5 aparecen las necesidades más expresadas en cada uno de los grupos atendiendo a la frecuencia de aparición de las mismas.

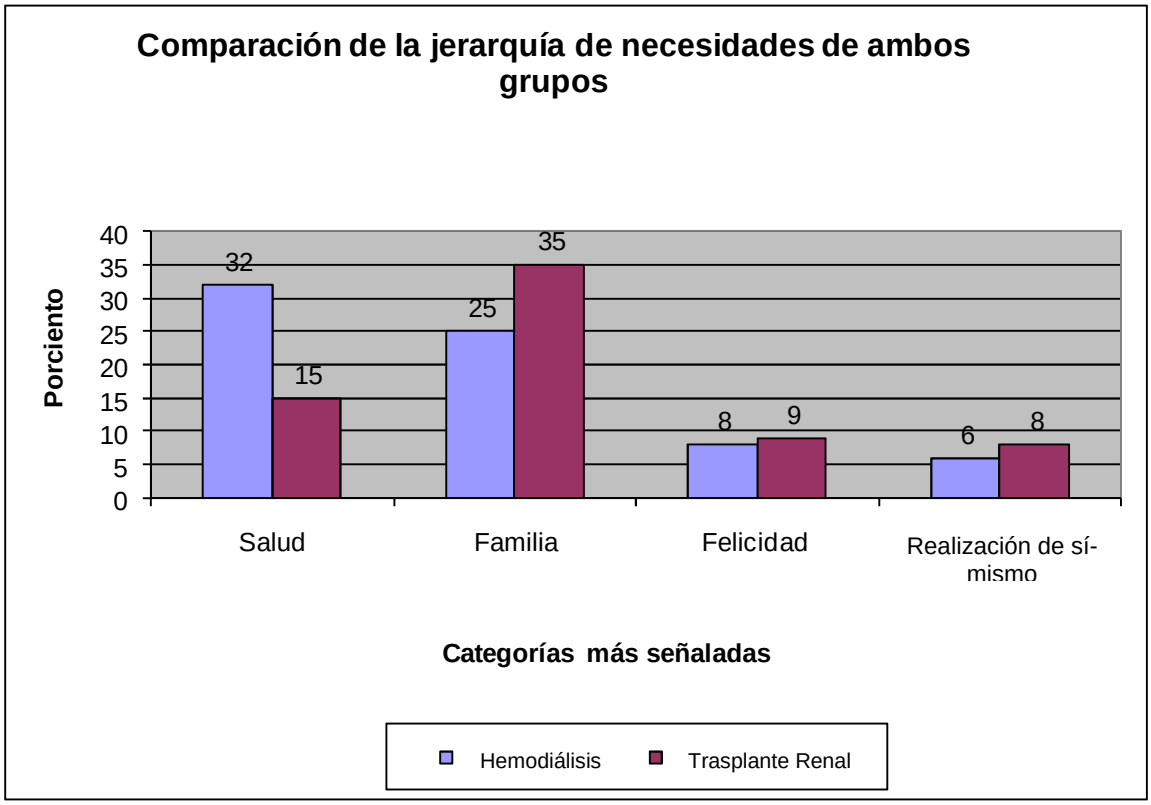


Gráfico # 5: "Jerarquía de las necesidades"

En el análisis efectuado en esta técnica se pudo precisar la jerarquía de las necesidades a partir del análisis de la frecuencia de aparición de las mismas en los grupos estudiados. Es significativo destacar que las necesidades que ocuparon un lugar preponderante en dicha jerarquía al ser expresadas por la casi totalidad de los pacientes investigados fueron las necesidades relacionadas con la salud y la familia, lo cual corrobora que el núcleo central de las motivaciones y preocupaciones de estos pacientes gira en lo fundamental alrededor de su enfermedad y del papel que desempeña la familia en el apoyo a estos pacientes y el grado de dependencia de los pacientes hacia sus familiares. Sin embargo, existen marcadas diferencias entre ambos grupos en

este aspecto. En el grupo de los pacientes de hemodiálisis se evidenció que en casi todos los casos la primera necesidad estaba relacionada con la salud personal (90%) y en varios casos las tres primeras necesidades manifiestas, haciendo alusión al deseo de tener salud, de recibir un trasplante u otras relacionadas con este aspecto; de igual forma se manifestó esta necesidad en su jerarquía en otros niveles de prioridad; de forma general el 32 % de las necesidades totales de este grupo estuvieron relacionadas con su salud, también en los datos obtenidos en la entrevista al paciente se evidenció que la salud constituye la principal necesidad de este grupo; frecuentemente referían ideas como las siguientes: “yo solo quisiera estar bien y salir de esta pesadilla”; “quisiera vivir mucho tiempo y con salud”. En el grupo de los trasplantados apenas el 15 % de las necesidades globales estaban relacionadas con la salud personal y con una distribución irregular en cuanto a su jerarquía, ubicando a la salud como la segunda de sus necesidades. En este grupo de trasplantados se ubicó la familia como la necesidad más importante con un 35 % de incidencia y una presencia importante dentro del primer grupo de necesidades en cada paciente.

En el grupo de hemodiálisis después de la salud, la necesidad más manifiesta fue la familia (25 %) incluyendo preocupaciones relacionadas con su salud actual y futura, así como otros aspectos de la familia no relacionadas con la salud, como fueron: el mantenimiento de la unión, el contacto con hijos y cónyuges y los deseos de armonía familiar, entre otros.

A continuación se constató en ambos grupos una serie de necesidades, pero su incidencia fue muy baja con relación a las dos anteriormente expuestas. De forma general se pudo apreciar una amplitud en la esfera de necesidades de ambos grupos y buena parte de ellos presenta implicación personal en las respuestas.

6- Test de completamiento de oraciones. (ROTTER)

Esta metódica se utilizó con el objetivo de conocer en qué áreas se concentran los conflictos fundamentales de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo. En la misma se obtuvo que en ambos grupos, los conflictos aparecen con mayor frecuencia e intensidad en las áreas emocional, sexual y

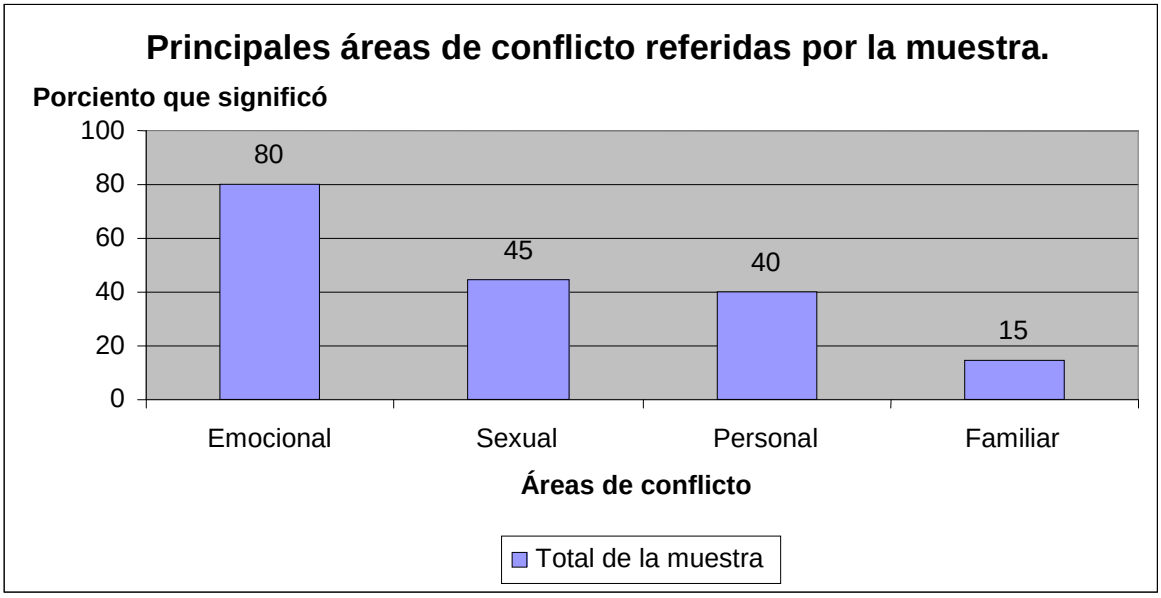
personal en ese orden en la muestra en general (ver gráfica 6). No existen diferencias entre el grupo de pacientes trasplantados y en hemodiálisis en cuanto a la presencia de conflictos en el área emocional, referidos por los pacientes de ambos grupos en un 80% de los casos.

Los conflictos relacionados con el área sexual fueron los que siguieron en frecuencia de aparición con un 45 % en toda la muestra, con un ligero predominio en el grupo de los pacientes de hemodiálisis con un 50 % por un 40 % en los trasplantados; lo cual fue constatado en la entrevista psicológica con los pacientes, quienes refirieron sobre todo: “quisiera poder ser sexualmente como antes”, “la enfermedad me quitó hasta el deseo sexual”; “ya ni vida íntima tenemos”.

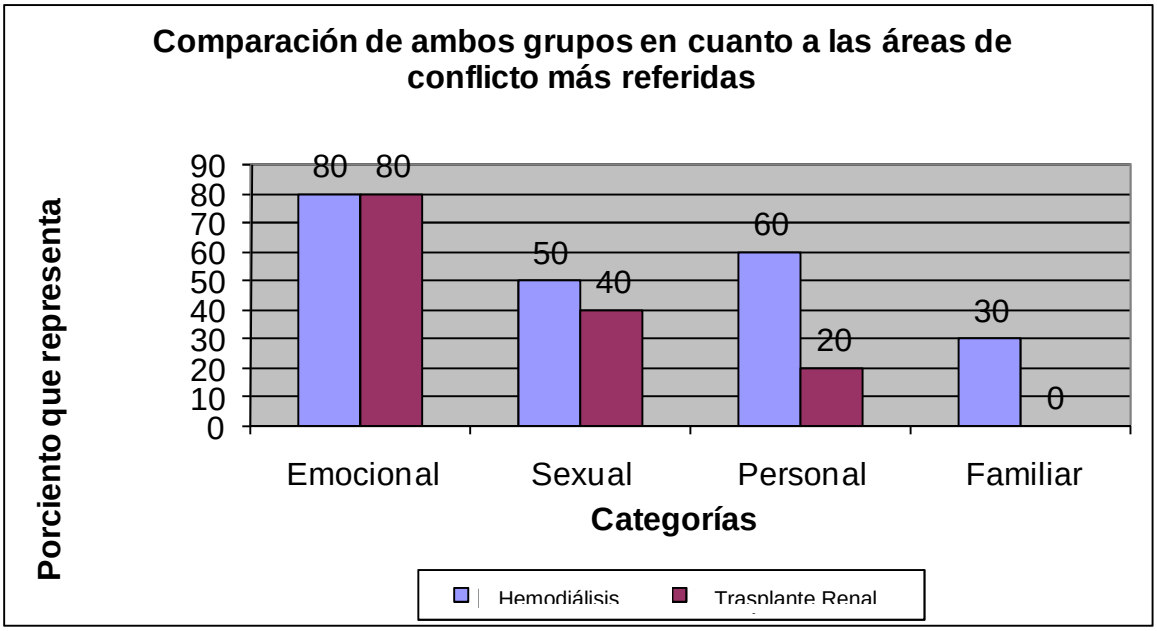
En tercer lugar se ubicaron los conflictos vinculados al área personal con un porcentaje en la muestra de investigación de un 40 %, pero a diferencia de las otras dos áreas, en esta si existieron marcadas diferencias entre los grupos, siendo en los pacientes de hemodiálisis de un 60 % su representación y de apenas un 20 % en los trasplantados, lo cual se constató guarda relación con las ventajas que brinda el trasplante en cuanto a independencia, desarrollo personal e incluso vinculación a actividades habituales en los pacientes, que son una limitante en los que se hemodializan.

Por último el área familiar fue fuente de conflictos en un 30 % de los pacientes de hemodiálisis, lo cual se constató en entrevista de re-test y en otras técnicas, que está relacionado con el importante cambio que se producen en estas familias, cuando el paciente necesita para sobrevivir del tratamiento dialítico. A diferencia de este grupo, el área familiar no fue manifestada en el grupo de trasplantados como área de conflictos (Ver gráfica 7).

Las restantes áreas con manifestaciones de conflicto por su baja incidencia no fueron significativas.



Gráfica # 6: "Principales áreas de conflicto en toda la muestra"



Gráfica # 7: "Principales áreas de conflicto por grupos"

7- Autorreporte vivencial.

La calificación de la prueba se realizó teniendo en cuenta la evaluación que hace el sujeto de la intensidad con que presentan las diferentes vivencias que se le ofrecen.

En el análisis de lo expresado por los sujetos en esta técnica se pudo establecer que las categorías más intensamente vivenciadas por los pacientes de hemodiálisis fueron la tristeza en un 80 % de los casos, la inseguridad, el

sufrimiento, la angustia y el abatimiento, todas en un 60 % de los pacientes en cada categoría. También fueron vivenciados en un 50 % de los pacientes las vivencias de ansiedad y miedo en este grupo. Las restantes categorías no fueron señaladas de forma importante y se manifestaron como escasamente experimentadas.

Ver la distribución en la tabla siguiente. (# 1)

Grupos/ Intensidad	Hemodiálisis		Trasplante renal	
Escasamente	Inquietud (60%) Desconfianza (70%) Irritabilidad (60%) Tristeza (20%) Apatía (60%) Miedo (50%) Inseguridad (40%) Sufrimiento (40%)			Desesperanza (50%) Abatimiento (40%) Angustia (50%) Ira (70%) Rechazo (50%) Ansiedad (40%) Desprecio (70%)
Moderada-mente	Inquietud (40%) Desconfianza (10%) Irritabilidad (20%) Tristeza (50%) Apatía (10%) Miedo (20%) Inseguridad (30%) Sufrimiento (20%)	Desesperanza (20%) Abatimiento (30%) Angustia (40%) Ira (10%) Rechazo (20%) Ansiedad (30%) Desprecio (10%)	Inquietud (40%) Desconfianza (30%) Irritabilidad (50%) Tristeza (30%) Apatía (30%) Miedo (30%) Inseguridad	Desesperanza (30%) Abatimiento (40%) Angustia (30%) Ira (20%) Rechazo (40%) Ansiedad (40%) Desprecio (20%)

Intensa-mente	Inquietud (0%) Desconfianza (20%) Irritabilidad (20%) Tristeza (30%) Apatía (30%) Miedo (30%) Inseguridad (30%) Sufrimiento (40%)	Desesperanza (30%) Abatimiento (30%) Angustia (20%) Ira (10%) Rechazo (20%) Ansiedad (20%) Desprecio (20%)	Inquietud (30%) Desconfianza (10%) Irritabilidad (10%) Tristeza (30%) Apatía (0%) Miedo (30%) Inseguridad (30%) Sufrimiento (30%)	Desesperanza (20%) Abatimiento (20%) Angustia (20%) Ira (10%) Rechazo (10%) Ansiedad (20%) Desprecio (10%)

Tabla # 1: “Resultados de la técnica autorreporte vivencial”.

En cambio en el grupo de los pacientes trasplantados fue experimentada con más intensidad la inquietud en un 70 % de los pacientes; y la ansiedad, irritabilidad, tristeza, miedo, inseguridad y abatimiento en un 60 % de la muestra; fue también significativo que la angustia, la desesperanza, el sufrimiento y el rechazo fueran manifestadas en un 50 % de la muestra de los trasplantados, con lo cual podemos apreciar que existe una tendencia en este último grupo a vivenciar más intensamente algunas categorías y a la vez un mayor número de vivencias desagradables, lo cual es coherente con lo obtenido en la entrevista a los pacientes donde frecuentemente manifestaban: “aun después del trasplante vivo muy tenso”, “experimento un estado de ansiedad constante y temor”, “nunca se esta tranquilo uno por el temor de perder el trasplante” y en la evaluación de la ansiedad y la depresión, donde existía paridad entre ambos grupos en relación a la experimentación de estos síntomas, lo cual llama la atención, teniendo en cuenta las diferencias entre las características de un tratamiento sustitutivo y el otro. El siguiente gráfico muestra cómo se comportaron ambos grupos en relación a la vivenciación de estos estados. En ellos se toma la unión de lo moderadamente e intensamente vivenciado por los pacientes. (Ver gráfico # 8)

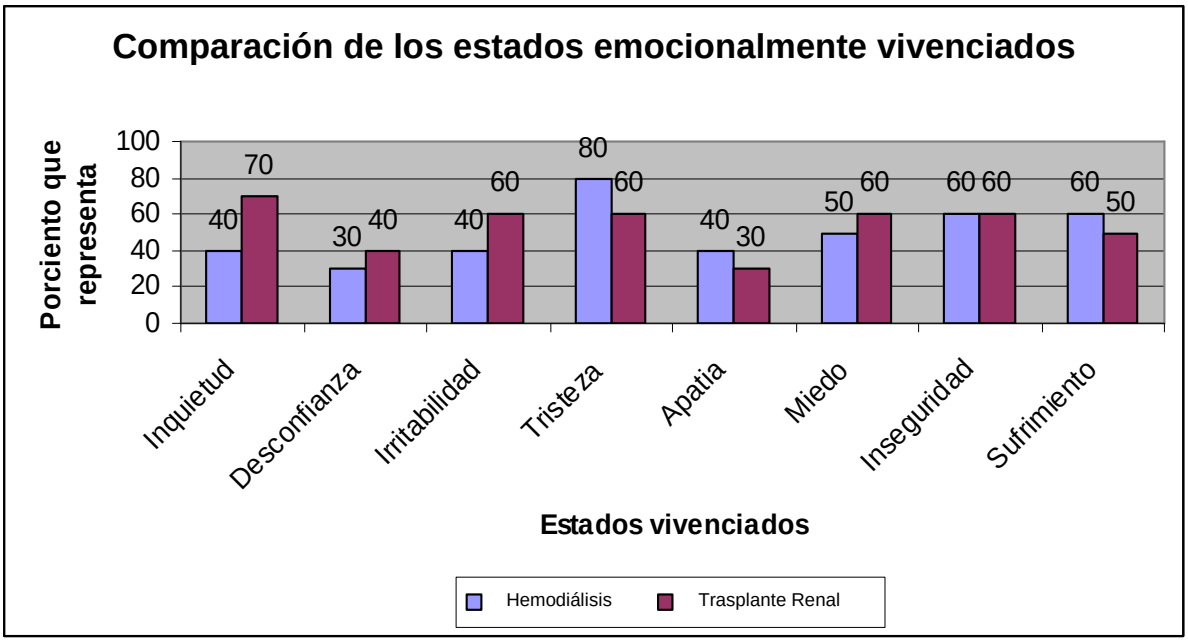


Gráfico # 8 “Comparación de los estados emocionales vivenciados por grupos”.

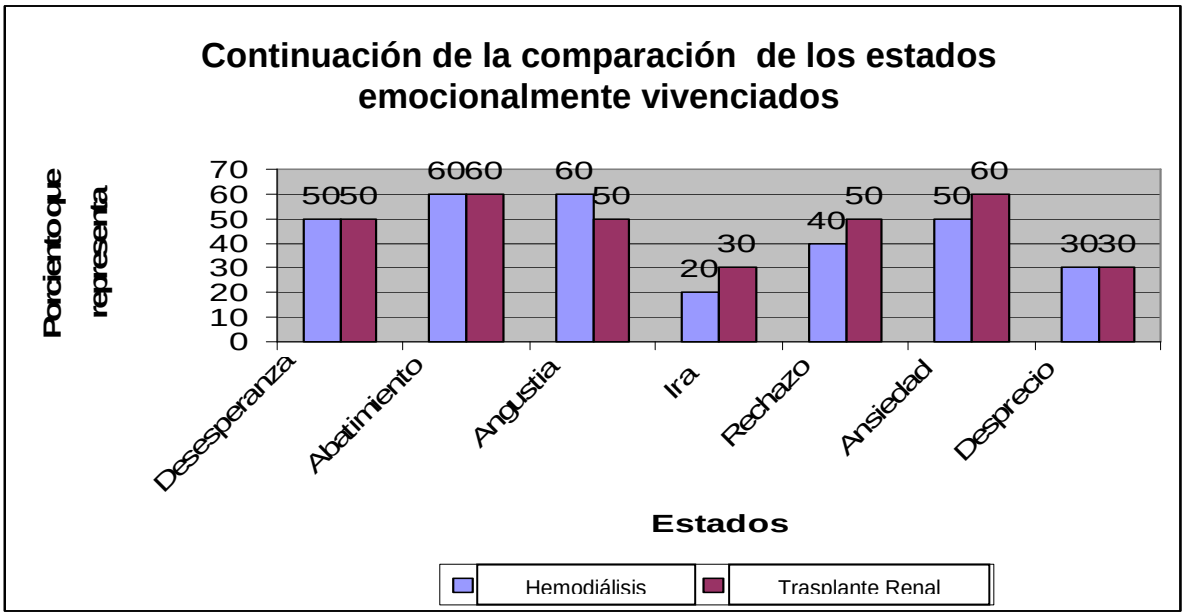


Gráfico # 8 “Continuación de la comparación de los estados emocionales vivenciados por grupos”.

8- Test de Zung y Conde.

Los resultados obtenidos al evaluar la depresión como síntoma en la totalidad de la muestra se comportó de la forma siguiente (Ver gráfico # 9).

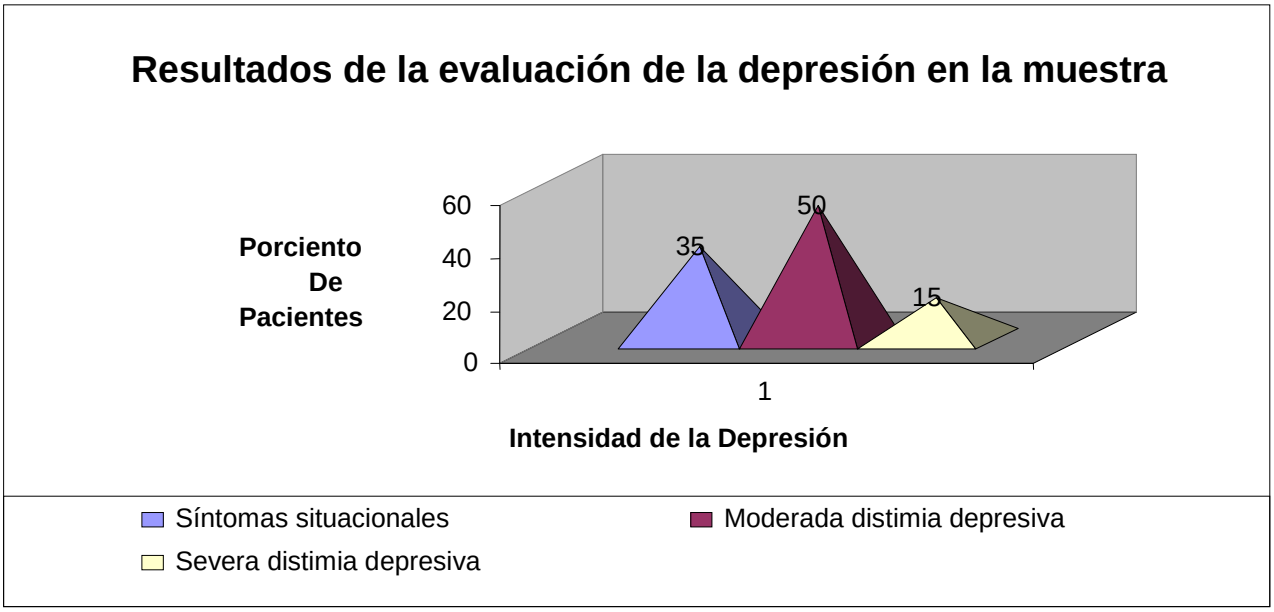


Gráfico # 9 "Comportamiento de la depresión en la muestra"

La forma en que se manifestó este síntoma en los grupos comparados fue la siguiente: (Ver gráfico # 10).

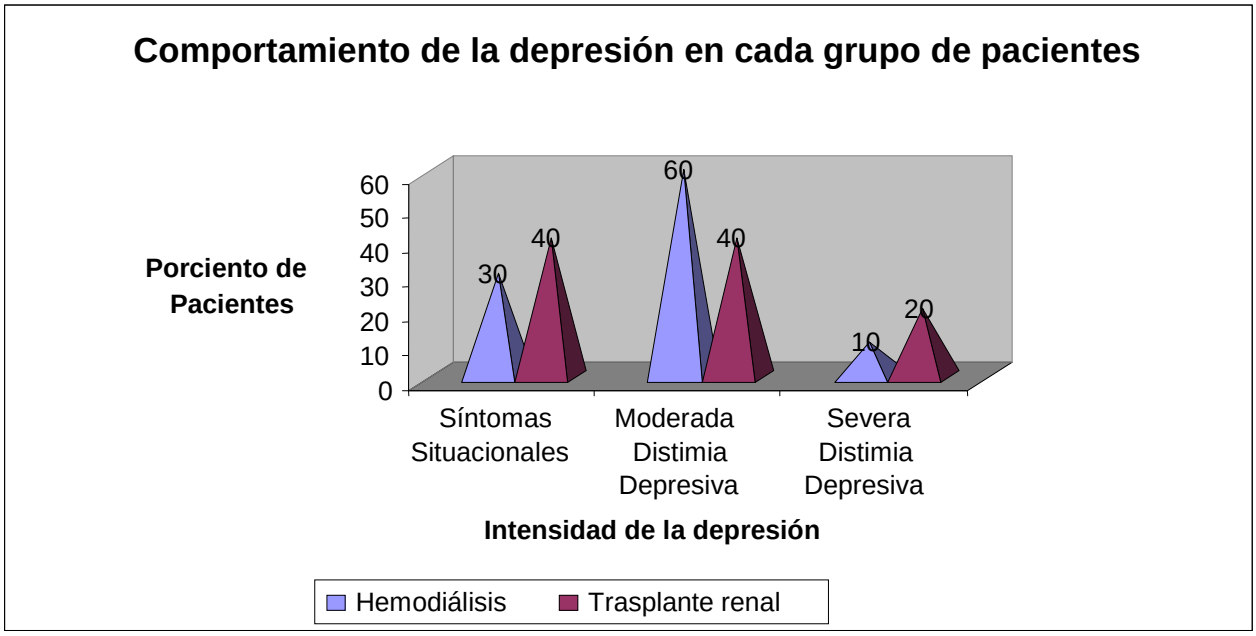


Gráfico # 10. "Comparación de ambos grupos respecto a la depresión"

Como se puede apreciar en los gráficos anteriores el comportamiento de la depresión en la muestra utilizada, evidencia una tendencia en los pacientes a presentar depresión de moderada a severa en un porciento importante de los casos estudiados. El 65 % de los 20 pacientes muestran depresión entre moderada y severa en una proporción de 50 % moderada y 15 % severa, con

el 35 % con indicios de síntomas situacionales. En el análisis de los grupos de estudio, los pacientes de hemodiálisis se comportaron de la siguiente forma: el 70 % de los pacientes se ubicó entre depresión moderada y severa; en una proporción de 60 % moderada y 10 % severa, de similar forma se comportó el grupo de los pacientes trasplantados, donde el 60 % obtuvo valores entre moderada y severa en una distribución de 40 % y 20 %, respectivamente. Ligeramente más discreta la presencia de este síntoma en este último grupo desde el punto de vista cuantitativo, pero con un paciente más ubicado en depresión severa que el grupo de hemodiálisis.

Análisis de los resultados por grupos.

Grupo de pacientes en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

Los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en su mayoría refieren haber comenzado a experimentar síntomas psíquicos, con el inicio del tratamiento depurador. Se constató un cambio importante en todos los órdenes de su vida coincidiendo con la pérdida de su función renal; con una visión muy angustiosa del presente y una expectativa futurista muy incierta. Tomando en cuenta uno de los criterios de selección de la muestra, que hace alusión a la necesaria presencia de salud psíquica anterior para formar parte de la muestra, podemos afirmar que en este grupo todos los cambios de orden psicológico encontrados están en relación con la enfermedad renal y sobre todo con su tratamiento. Por esta misma razón en la personalidad premórbida de los integrantes de este grupo no se constatan alteraciones de significación clínica anterior a la enfermedad renal.

Dentro de los antecedentes patológicos personales en este grupo, las enfermedades más frecuentes son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, con un 90 % y 75 %, respectivamente. Estas dos patologías fueron también las más frecuentes en el análisis de los antecedentes patológicos familiares.

En este grupo predominó el noveno grado como estudios terminados con un 70 % y el duodécimo con un 30 %, sin hallazgos significativos en esta esfera y resultados promedio en sus estudios. La totalidad de los pacientes del grupo se encuentran actualmente sin vínculo laboral, lo cual se conoció, es un elemento que influye de forma negativa y afecta de forma importante a los pacientes, ya que los priva del contacto social y una mayor solvencia económica; eran frecuentes las verbalizaciones relacionadas con su imposibilidad de trabajar, por ejemplo “me siento una carga para mi familia, ni siquiera aporto nada”; “me siento inútil y un estorbo que solo causa molestias y gastos”. Un aspecto positivo encontrado y que contrarresta en alguna medida la pérdida de su actividad laboral, es que el 95 % de los pacientes del grupo cuentan con un apoyo familiar adecuado para enfrentar las características y limitaciones de la enfermedad.

En este grupo una de las áreas más afectadas es la sexual, encontrándose afectado el 80 % de la muestra total, este elemento es referido con gran implicación afectiva por los pacientes y se constató en varias técnicas, estos trastornos dificultan la manutención de un matrimonio o una relación de pareja estable y enriquecedora, este es un trastorno que de forma general es una de las pérdidas más sentidas en los pacientes, aún más en los del sexo masculino, y aunque con menor grado de implicación, también en el sexo femenino. Son comunes en este grupo estas respuestas en los ítems del ROTTER referidos a la sexualidad: sexualmente quisiera "ser igual que antes"; "ser feliz"; "mejorar para que él se sienta mejor"; mis relaciones "son un fracaso", etc. de igual manera se manifestaron en la entrevista psicológica en relación a este tema por ejemplo en frases como: "mi vida intima no existe"; "quisiera poder ser como antes sexualmente hablando". Lo anterior ilustra claramente que esta área es generadora de conflictos y estados psíquicos negativos en los pacientes y susceptible a la intervención psicológica.

Los estados psíquicos patológicos encontrados con mayor presencia en este grupo fueron la ansiedad y la depresión, aunque también fue significativo el grado de frustración que experimentan estos pacientes, lo cuál está relacionada con el importante número de limitaciones que impone la enfermedad en varias esferas de la vida. Estos pacientes vivencian su enfermedad en la totalidad del grupo con ansiedad que oscila entre media (60 %) y alta (40 %). A su vez la enfermedad es vivenciada con depresión en un 70 % de este grupo en un rango de entre moderada y severa, lo cual por sí sólo habla de la implicación afectiva que va unida al padecimiento de la enfermedad y sobre todo a este tratamiento sustitutivo. Los estados psíquicos patológicos anteriores fueron conocidos en la elaboración y análisis psicológico de la historia clínica mediante la entrevista psicológica al paciente; y constatados en instrumentos específicos como el IDARE y el test de Zung y Conde.

Otras técnicas también nos permitieron conocer cómo se vivencia la enfermedad en este grupo, por ejemplo nos brindó mucha información la técnica del Autorreporte vivencial; en la cual sobresalieron en este grupo de pacientes las categorías de tristeza, inseguridad, sufrimiento, angustia,

abatimiento, ansiedad y miedo como las vivencias más intensamente experimentadas en el curso de la enfermedad. Lo cual coincide con lo obtenido en otras metódicas y confirma la tesis de que la insuficiencia renal crónica y su imprescindible tratamiento de hemodiálisis, constituyen desde el punto de vista afectivo un reto para los pacientes que sufren la enfermedad. Manifestaciones de cómo estos pacientes experimentan estos estados durante su enfermedad fueron expresados en el ROTTER en variados ítems, como muestran los ejemplos siguientes: mis nervios "están acelerados en estos días"; mis nervios "están alterados"; me altero "todo el tiempo estoy alterada"; mi futuro "es negro", "es un poco incierto", "es inseguro" sufro "muchísimo", etc. Esto por sólo citar algunos ejemplos que ilustren cómo vivencian la enfermedad estos pacientes. Estos textos extraídos de las propias referencias escritas de los pacientes y las verbalizaciones realizadas en la entrevista, muestran con claridad no sólo las vivencias negativas unidas a la enfermedad y el tratamiento, sino también la visión del futuro de estos pacientes.

No es extraño, por tanto, que en el análisis integral del test de Completamiento de frases ROTTER, el área de mayor incidencia de conflictos en este grupo sea la emocional expresada en el 80 % de los pacientes; otras áreas también referidas con frecuencia como de conflictos fueron la personal con un 60 % y la sexual en un 50 %.

En el análisis de las necesidades y motivos de este grupo se constató que las principales necesidades giran alrededor de la salud, la cual constituye la primera necesidad en el 90 % de los pacientes y en muchos casos las tres primeras. De forma general la salud ocupó el 32 % de las necesidades totales del grupo; seguido por la familia con un 25 %, señalando que en una parte de los casos en esta última categoría, existía una relación entre ésta y la salud de sus miembros, esta preocupación se explica por el componente hereditario de la insuficiencia renal crónica y la presencia en muchos de sus familiares de enfermedades que pueden llevar a ella. Esta percepción acerca de la salud fue manifiesta también en la exploración de la autovaloración donde esta categoría, como en casi todas las exploradas en este grupo de pacientes, se ubicó muy bajo en la escala autovalorativa.

Después de analizar las particularidades del paciente renal crónico en tratamiento de hemodiálisis, de conocer cómo vivencian la enfermedad y su

tratamiento, cuáles son sus principales conflictos, frustraciones, necesidades y estados psíquicos más frecuentes tenemos otra evidencia de la profunda afectación psicológica que produce la enfermedad y su tratamiento en el paciente; que llega a invadir todos los aspectos del mundo psicológico de los que la sufren.

Grupo de pacientes trasplantados.

Los pacientes que recibieron un trasplante renal como tratamiento sustitutivo ante su insuficiencia renal crónica, refirieron cambios importantes en muchos indicadores de sus vidas, después de haber recibido el trasplante; con modificaciones relacionados con sus nuevas posibilidades de actuación y reincorporación a sus actividades habituales, y los consiguientes cambios favorables en su calidad de vida; lo cual aunque no es el objetivo de esta investigación coincide con lo planteado por (López J, 2005), quien constató indicadores positivos de calidad de vida en este grupo de pacientes. Todos los cambios observados, tomando en cuenta los criterios de selección de la muestra; en relación a la salud psíquica anterior y al tiempo mínimo de seis meses en el tratamiento para integrarla, nos permiten afirmar que estos cambios constatados están en relación con el tratamiento sustitutivo recibido por este grupo.

El análisis de los antecedentes patológicos personales en este grupo de pacientes arrojó que existe un predominio de la hipertensión y la diabetes mellitus, en ese orden, de forma similar ocurre con los antecedentes patológicos familiares, lo cual es comprensible, tomando en cuenta que son dos enfermedades de alta incidencia en la población y que además son las dos que más llevan a la insuficiencia renal crónica.

Al igual que en el grupo de hemodiálisis, en este grupo predominó el noveno grado como estudios terminados sobre el duodécimo en una relación de 60% a 40 %.

En este grupo de estudio todos sus integrantes se encuentran sin vínculo laboral actual, lo cual se conoció es un elemento importante y que afecta mucho a los pacientes de este grupo en específico, de una forma diferente a como ocurre en el de hemodiálisis, ya que estos pacientes se sienten en mejores condiciones de reincorporarse a su medio laboral; pero sin embargo su

condición real no es compatible con ello, ya que necesitan, aún después de trasplantados, cuidados especiales, medicación y seguimiento de cerca por los especialistas y la inmensa mayoría de ellos no logra reincorporarse nunca a su trabajo, lo cual es un duro golpe para este grupo de pacientes, con una profunda implicación emocional y con muchas muestras de ellos recogido en diversas técnicas, como por ejemplo el ROTTER: mi trabajo era mi felicidad; me gustaba mucho; nunca podré regresar a él. O en el RAMDI, donde varios deseos fueron dirigidos a la esfera laboral: "yo deseo poder trabajar de nuevo como antes"; "volver a mi trabajo algún día"; etc.

Al igual que en el otro grupo estudiado un aspecto positivo encontrado, es que un porciento importante de los pacientes del grupo cuentan con un apoyo familiar adecuado para enfrentar las características de la enfermedad y el tratamiento sustitutivo.

En este grupo de pacientes el 20 % manifestó la existencia de algún trastorno en el área sexual y la mayoría refirió haber experimentado una mejoría significativa en este aspecto después del trasplante, lo cual ha incidido en mejores y más enriquecedoras relaciones de pareja y armonía en el hogar.

Los estados psíquicos patológicos encontrados con mayor presencia en este grupo fueron la ansiedad (70%, entre media y alta) y la depresión (60 %, entre moderada y severa distimia depresiva); lo cual llama la atención en este grupo y habla por sí sólo de la implicación afectiva que va unida a la obtención del trasplante. Profundizando en el porqué de la presencia de estos estados en la vivenciación de la enfermedad en este grupo, se conoció y constató en otras metódicas y en la entrevista psicológica al paciente, que estos estados se relaciona con la desagradable experiencia previa en hemodiálisis, la carga afectiva unida a la larga espera y llegada inesperada del riñón para el trasplante y sobre todo al temor actual a perderlo y tener que regresar al tratamiento sustitutivo de hemodiálisis; estos fueron los elementos encontrados y además de ser conocido en la confección y análisis psicológico de la historia clínica, se reflejan en los siguientes ítems de otras técnicas aplicadas: "algunas veces siento mucho temor de perder mi trasplante", "yo necesito no perder mi riñón", "yo deseo no perder la salud que conseguí con el trasplante", "estoy temeroso, pues no soportaría volver a la hemodiálisis", "me

altero cuando pienso que puedo perder mi riñón", "no puedo volver a la agonía de antes", etc. Estas frases muestran claramente los temores que experimentan estos pacientes en el presente y así también se constató al analizar en el autorreporte vivencial, los estados más intensamente vivenciados, donde además de la ansiedad y la depresión (60 % en ambos casos según en autorreporte vivencial) y ya descritas con anterioridad; en este grupo también resulta significativo la amplia gama de vivencias que acompañan a este grupo de pacientes de trasplantados, por ejemplo el 70 % refiere inquietud, el 60 % miedo e inseguridad; por solo citar las vivencias más significativas.

Es coherente entonces que en el análisis integral del test de Completamiento de frases ROTTER, el área de mayor incidencia de conflictos en este grupo de pacientes sea el área emocional expresada en el 80 % de los pacientes, otra área también referida, pero con menos frecuencia como de conflictos, fue la sexual con un 40 %.

El análisis de las necesidades y motivos de este grupo arrojó que las principales necesidades giran alrededor de la familia (35% del total de las necesidades), y en muchos casos constituyen las tres primeras necesidades; este predominio confirma la reestructuración que se produce en la jerarquía de necesidades de estos pacientes con la llegada del trasplante donde la salud deja de ser la necesidad más acuciante y es sustituida por las referidas a la familia. Alguna de las referencias más frecuente en la entrevista en relación a la familia fueron: "quisiera que mi familia este siempre unida" y "deseo lo mejor para mi familia". En segundo lugar se ubicaron las necesidades relacionadas con la salud con un 15% del total. Lo cual fue referido anteriormente y se encuentra en relación, no con problemas de salud actuales, más allá de su condición actual; sino a preocupaciones presentes y futuras relacionadas con la duración de su trasplante, la "salud" de su riñón trasplantado y por consiguiente, que todo esto le permita no regresar al tratamiento de hemodiálisis, al menos en el mayor tiempo posible.

El análisis de los resultados obtenidos en las metódicas aplicadas en este grupo de pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo mediante un trasplante renal, nos permitió conocer que estos pacientes vivencian la enfermedad y su tratamiento con mucha ansiedad, depresión, inquietud, miedo e inseguridad,

por solo citar los estados más intensamente vivenciados, de forma similar o ligeramente superior al grupo de hemodiálisis; algo que si tomamos en cuenta las ventajas del trasplante sobre la hemodiálisis, nos resulta paradójico y que tiene su explicación en el hecho de que estos estados están relacionados con la vivenciación previa del tratamiento dialítico, los eventos emocionales relacionados a la espera por el órgano, el momento de la llegada del trasplante, el propio acto quirúrgico, sus posibles complicaciones, y por sobre todo el temor a perder el trasplante.

Conclusiones

- El cuadro interno de la enfermedad en el grupo de pacientes de hemodiálisis se caracteriza por una representación y vivenciación del proceso morboso muy angustiante, con una expectativa del futuro muy incierta, destacándose la frustración como el estado afectivo que marca la diferencia entre ambos grupos, apareciendo con mayor incidencia en el de hemodiálisis.

- Ambos grupos se comportaron de forma muy similar en la evaluación de la ansiedad y la depresión, siendo los dos estados más intensamente vivenciados en los pacientes de ambos grupos .El área de mayor incidencia de conflictos en ambos grupos fue la emocional.

- La visión de la enfermedad en el grupo de pacientes trasplantados, experimentó un cambio positivo con el trasplante como tratamiento sustitutivo, constatándose una visión más optimista en sus proyecciones futuras.

- En el grupo de pacientes que recibe hemodiálisis, los trastornos sexuales existentes, el temor a la hemodiálisis así como los drásticos cambios en el estilo de vida, agudizan la percepción negativa de la enfermedad y del tratamiento que poseen estos pacientes.

- Se comprobó una tendencia a la autovaloración adecuada en el grupo de pacientes que recibe tratamiento de hemodiálisis en todas las categorías exploradas, esto tomando en cuenta, la desfavorable situación de salud de estos pacientes. La autovaloración fue también adecuada en el grupo de trasplantados.

Recomendaciones

- *Que los resultados obtenidos se tomen en cuenta en el momento de la elaboración de estrategias interventivas futuras en estos dos grupos de pacientes, para lograr una mejor atención integral a los mismos.*

- *Que los resultados de esta investigación sean divulgados en los centros de salud donde estos pacientes reciben atención, para lograr un conocimiento más integral del enfermo en otros especialistas.*

- *Tomando en cuenta que la población de pacientes trasplantados crece, con el aumento de las donaciones de órganos y los trasplantes exitosos, consideramos importante tomar en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, que contradice la creencia general, de que este grupo no es tributario de trastornos psíquicos importantes.*

Bibliografía

1. Álvarez, G. (1999). Estudio del cuadro interno de la enfermedad en pacientes con hemopatías malignas. Tesis de maestría. UCLV.
2. Allport, G; (1978). lo individual y lo general en el estudio de la personalidad. México. Editorial Limusa.
3. Angulo M, Fonseca R, Gamboa S, Molleja Y, Vargas E. (2004). Vida social, familiar y laboral de los pacientes trasplantados renal de la unidad de nefrología. Nefrol Latinoam; 11 (1): 213.
4. Bernal, J. B. (2007). Actualizaciones en trasplantes. Hospitales universitarios virgen del Rocío. Sevilla:
5. Borroto, G., Almeida, J., Lorenzo, A., Alfonso, F., Guerrero, C. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. Revista Cubana de Medicina.
6. Bozhovich,L.I(1977). El problema del desarrollo de la esfera motivacional del niño. Ciudad de la Habana: Ed. Pueblo y Educación.
7. Calviño, M. (2002). Análisis dinámico del comportamiento. Editorial "Félix Varela". La Habana.
8. Cray T. C; Madson KM. (2000). Anatomy of the kidney. En: Brenner BM. Brenner & Rector´s the Kidney. Vol 1. 6ta ed. Philadelphia: M.B. Seaaders company; p. 3-67
9. Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una Psicología positiva. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XII, 1, 83-96.
10. Domínguez, L; Fernández, L (1999). Individuo, sociedad y personalidad. revista cubana de psicología. Vol.16, no. 1.
11. Donación de órganos. (1997). Recuperado en marzo del 2009, de http://www.monografias.com
12. Egido J, Alcázar R. (1998). Insuficiencia renal crónica En: Hernando Avendaño. Nefrología Clínica. 1ra Edición. Madrid: Editorial médica panamericana;, p: 242-257
13. Frutos, M.A. (1998). Trasplante renal: selección de receptores. *Nefrología,* 18, 362-366 20. González.

14. Fundación Jiménez Díaz-Capio. (2007). Donación de órganos, una perspectiva antropológica. Madrid: Vélez, E.
15. González, O. (1989). Desarrollo de la personalidad Ciudad de la Habana: Faculta de Psicología. Universidad de la Habana.
16. González Rey, F; Mitjans Martínez, A. (1989).La personalidad: su educación y desarrollo. Ciudad de La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
17. González Rey, F; Piñeda Chávez, G (1983). Selección de lecturas sobre la personalidad. La Habana: Universidad de La Habana.
18. González, R.F; (1989). Psicología. Principios y Categorías. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
19. González, F. (1997) Epistemología cualitativa y subjetividad. La Habana: Editorial. Pueblo y Educación.
20. González, Serra, D; (1978). Prácticas de motivación: el registro de la actividad y método directo e indirecto. La Habana: Ed. Universitaria.
21. González Serra, D.J. (1978). Prácticas de motivación: el registro de la actividad y método directo e indirecto. La Habana: Ed. Universitaria.
22. Grau, J. Alteraciones de la personalidad. En: Folleto de Patopsicología /s.n. , s.a/
23. Grau, J. (1984). Perspectivas de estudio del cuadro interno en las enfermedades. En: Revista Cubana Psicología. La Habana v1 N3 p.53-62.
24. Grau, J; Victoria, C.R; Hernández, E. (2004). Calidad de vida y Psicología de la Salud. En E. Hernández y J. Grau, Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones (Eds.). México: Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara.
25. Hernando, L. (2002). Insuficiencia renal. En: Nefrología clínica. (2da ed. pp. 546-62). Madrid: Panamericana.
26. Janssen van Doorn K, Heylen M, Mets T, Verbeelen D. (2004). Evaluation of functional and mental state and quality of life in chronic haemodialysis patients. Int Urol Nephrol; 36(2): 263-26
27. Kimmel PL. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. Kidney Int; 59: 1599-1613.

28. Klinger, C.J; (2005).La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. Revista Colombia Médica, Vol. 36, Núm. 2, Abril-Junio, 2005, pp. 120-129
29. Kvasenko. A.V y colab. (1980) Psicología del enfermo. Moscú: Ed. Médica.
30. Lazarus, R.S y Lazarus, B.N. (2000). Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Editorial Paidós.
31. Leontiev, A.N. (1975). Actividad, conciencia y personalidad. Moscú: Ed. Literatura Política.
32. Levitov, N.D. (1964). Acerca de los estados patológicos del Hombre. Moscú /s.n/
33. López, J.R. (2005). Calidad de vida percibida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo. tesis de maestría. UCLV
34. Luria, A.R. (1981). Cuadro interno de la enfermedad y patologías iatrógenas. En: Antología de la Patopsicología. Moscú: /s.n/.
35. Magaz, A. (2004). Estimación subjetiva de la calidad de vida. Integración con Parámetros biológicos. Revista Nefrología, (45), 453-57.
36. Martínez-Castelao A, Gorriz JL, García-López F, López-Revuelta K, De Álvaro F, Cruzado JM; (2004). Spanish CALVIDIA Study Group. Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study). J Nephrol; 17(4):544-51
37. Master, W.H. y colab. (1985) Tratado de medicina sexual. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica.
38. Molerio, O. (1997). Particularidades del cuadro interno de la enfermedad en pacientes discapacitados físicos en proceso de rehabilitación. Tesis de maestría. UCLV.
39. Nacional Kidney Foundation (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis; 39: sl- S 266.
40. Natenson, S. (2000). Donación de órganos: Una mirada Psicológica. Buenos Aires: Psicología Cultura y Sociedad.

41. Núñez, V. (2001). Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

42. Pérez, G. (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Técnicas y análisis de los datos. Ed. La muralla, Madrid

43. Rius, L. F (2003). Pensando en la personalidad. La Habana Ed. Félix Varela.

44. Roca, M.A. y Pérez, M. (1999). Apoyo social: su significación para la salud humana. La Habana: Editorial Félix Varela.

45. Rodríguez, G. G., J. y García, E (2004). Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Félix Varela.

46. Rubinstein, S.L. (1969). Principios de psicología general. La Habana: Ed. Revolucionaria.

47. Sampieri, R.H, Fernández-Collado, C., Baptista, P. (2005) Metodología de la Investigación (4ta edición). Interamericana Editores. S. A. México.

48. Sellarés, VL; Martín Conde, ML. (2002). Insuficiencia renal crónica. Manual de Nefrología. 2da editorial. Madrid: Harcourt: p. 173-192.

49. Simón. M.A. (1999). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.

50. Smith, MD; Hong BA; Robson AM. (1985). Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease; Comparative Analysis. Am J Med; 79: 160-166

51. Tamayo JL, Candebat OA, Silveira F (2004). Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica Terminal en métodos dialíticos y en receptores de trasplante renal. Nefrol Latinoam; 11 (1): 215

52. Valderrábanos, F. (1997).Tratamiento con hemodiálisis crónica en IRC Diálisis y Trasplante. En Fernando Valderrábanos. 2da ed. Madrid: Ediciones Norma; p: 1834-1856

53. Victoria, C. R. (2004). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Una revisión. Revista habanera de Ciencias Médicas, 7.

54. Vinyes, D; (2006). Psiconeuroinmunología. Médico. Sabadell (Barcelona) info@terapianeural.com

55. Zúñiga, C. (2004). Factores psicosociales de la calidad de vida relacionada con la salud en nefrología. Nefrol Latinoam; 11 (1): 98

Anexos

ANEXO # 1

Entrevista semiestructurada.

La presente entrevista se analizó con el objetivo de analizar la percepción que tiene el paciente de sí mismo desde el punto de vista físico, social y psicológico explorando diferentes áreas de su vida; además para conocer la sintomatología que presentan estos pacientes psicológicamente y la influencia que ha tenido la enfermedad y el tratamiento médico en su psiquis.

Nombre y apellidos:

Edad: Sexo: Estado Civil: Nivel de escolaridad:

Dirección:

1. ¿cómo se siente? ¿Qué se siente?
2. ¿Viene acompañado al tratamiento?
3. ¿Quién lo acompaña?
4. ‘Quién prefiere que lo acompañe?
5. ¿Recuerda usted cuándo sintió los primeros síntomas? ¿Asociados a qué aparecieron?
6. ¿Por qué cree usted que enfermó?
7. ¡Qué posición tomó usted ante los síntomas?
8. ¿Se lo contó a alguien? ¿A quién? ¿Por qué?
9. ¿Qué es lo que más le molesta de todo lo que tiene?
10. ¿Se ha tratado con psicología o psiquiatría antes de padecer la enfermedad?
11. ¿Qué le diagnosticaron?
12. ¿Qué tratamiento le indicaron?
13. ¿Cómo le fue? ¿Lo terminó?
14. ¿Si usted tuviera que definirse con pocas palabras cómo lo haría?
15. ¿Cuáles han sido las personas de la familia que más influencias positivas o negativas han tenido sobre usted, según su opinión?
16. ¿Ha tenido algún familiar suyo los síntomas que usted tiene?
17. ¿Tiene algo que reprocharle a su familia? ¿Qué? ¿Por qué?
18. ¿Está casado? ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿A cuál prefiere?
19. ¿Cómo son sus hijos con usted?

20. Quisiera que fueran distintos?
21. ¿Ha sentido alguna vez sentimientos de fracaso o decepción con su familia? ¿Cuál y por qué?
22. ¿Qué actitud ha tomado su familia ante la enfermedad?
23. ¿Es esta actitud la que desea o necesita?
24. ¿Cree que ellos pueden jugar algún papel en su curación? ¿Cuál'
25. ¿Con quiénes vive?
26. ¿Cómo es el ambiente familiar? ¿Se siente a gusto allí?
27. ¿Qué lugar ocupa dentro de su familia?
28. ¿Suele sentirse agobiado con facilidad?
29. ¿Ha llegado a sentirse descorazonado, que nada le importa?
30. ¿Tiene perturbaciones en el sueño?
31. ¿Han disminuido sus intereses?
32. ¿Cuáles son las ideas o pensamientos que vienen a su mente?
33. ¿Ha tenido cambios en su estado de ánimo?
34. ¿Ha tenido cambios en la capacidad de trabajo?
35. ¿Ha tenido disminución de la memoria?
36. ¿Ha tenido inapetencia?
37. ¿Ha tenido tendencia al encamamiento o al aislamiento?
38. ¿Tiene algo de qué culparse o se cree merecedor de algún reproche?
39. ¿Ha sentido que su pensamiento o lenguaje se han enlentecido, agilizado o siguen igual que antes?
40. ¿Qué piensa de su enfermedad?
41. ¿Qué piensa de los médicos que lo atienden?
42. ¿Cómo el pasado, el presente y el futuro?
43. ¿Se preocupa por su aspecto externo?
44. ¿Qué le interesaba más antes de enfermarse, y ahora?
45. ¿Qué actividades le gustaba más realizar, y ahora?
46. ¿Suele cambiar de actividad frecuentemente?
47. ¿Se considera un sentimental?
48. ¿Qué emociones predominaban en usted antes de enfermarse, y ahora?
49. ¿Qué era lo que más alegría le producía, y ahora?
50. ¿Qué era lo que más tristeza le ocasionaba, y ahora?

51. ¿Cuáles son las motivaciones más importantes de su vida? Ordénelas según su importancia.
52. ¿Hasta qué nivel estudió?
53. ¿Qué estudió? ¿Por qué? ¿Le gusta?
54. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
55. ¿Ejerce actualmente su profesión?
56. ¿Trabaja? ¿En qué?
57. ¿Le gusta el trabajo que realiza actualmente?
58. ¿Le gustaría cambiar de trabajo?
59. ¿Le gustaría cambiar de trabajo?
60. ¿En qué le hubiera gustado trabajar de haber podido?
61. ¿Cómo son sus relaciones en el lugar donde vive?
62. ¿Cómo son sus relaciones con compañeros?
63. ¿Cuánto gana actualmente? ¿Mantiene algún miembro de la familia?
64. ¿Tenía dificultades en la realización de su trabajo?
65. ¿Cómo ha reaccionado su pareja ante la enfermedad?
66. ¿Ha notado cambios en la respuesta sexual de la enfermedad?
67. ¿Hay satisfacción sexual o no?
68. ¿Tiene muchos amigos?
69. ¿Ha tenido problemas en sus relaciones interpersonales?
70. ¿Cómo los resuelve?
71. ¿Qué cree de la vida, la ciencia, la cultura, la religión, la moral, la muerte?
72. ¿Qué cree de sí mismo?

ANEXO # 2

IDARE

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escoja de entre las opciones que están a su derecha aquella que mejor describa cómo se siente usted **ahora** mismo, en este momento y marque el número que le corresponda.

		No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.				
2	Me siento seguro.				
3	Estoy tenso.				
4	Estoy contrariado.				
5	Me siento a gusto.				
6	Me siento alterado.				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.				
8	Me siento descansado.				
9	Me siento ansioso.				
10	Me siento cómodo.				
11	Me siento con confianza en mí mismo.				
12	Me siento nervioso.				
13	Estoy agitado.				
14	Me siento a punto de explotar.				
15	Me siento relajado.				
16	Me siento satisfecho.				
17	Estoy preocupado.				
18	Me siento muy excitado y aturdido.				
19	Me siento alegre.				
20	Me siento bien.				

.

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escoja de entre las opciones que están a su derecha aquella que mejor describa cómo se siente usted **generalmente**, en este momento y marque el número que le corresponda.

		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento bien.				
22	Me canso Rápidamente.				
23	Siento ganas de llorar.				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas.				
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente.				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30	Soy feliz.				
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho.				
32	Me falta confianza en mí mismo.				
33	Me siento seguro.				
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad.				
35	Me siento melancólico.				
36	Estoy satisfecho.				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.				

ANEXO # 3

DEMBO RUBISTEIN

Orientaciones:

"Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo de acuerdo con las categorías señaladas. En la parte superior se ubican las que más intensamente expresan el sentimiento o categoría dada y en la parte inferior las que con menos fuerza lo manifiestan. Debes precisar dónde está tú lugar, entre todas esas personas y marcarlo con una cruz"

ANEXO # 4

RAMDI

Instrucciones:
Complete con sus diez primeros deseos en orden de importancia.

1. Yo deseo_____.
2. Yo deseo_____.
3. Yo deseo_____.
4. Yo deseo_____.
5. Yo deseo_____.
6. Yo deseo_____.
7. Yo deseo_____.
8. Yo deseo_____.
9. Yo deseo_____.
10. Yo deseo_____.

ANEXO # 5

COMPLETAMIENTO DE FRASES (ROTTER)

Complete estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones.
Trate de hacerlas todas. Asegúrese de hacer una oración completa.

1. La felicidad_____
2. Algunas veces_____
3. Yo secretamente he deseado_____
4. Siempre he aspirado_____
5. Mis relaciones_____
6. Deseari+a que mis hijos_____
7. En el amor quisiera_____
8. Yo necesito_____
9. La gente es_____
10. Yo esperaba estudiar_____
11. Desearia compañeros de trabajo_____
12. Trataré de lograr_____
13. Una madre_____
14. En mis relaciones sexuales_____
15. La música_____
16. Deseo ser_____
17. En mi infancia me ilucionaba_____
18. Mi evaluacion laboral_____
19. En mi matrimonio_____
20. Me gustaria estar_____
21. A menudo reflexiono_____
22. Mis nervios_____
23. Las diversiones_____
24. Estoy_____
25. Fracasé_____
26. Me gustaría que la gente_____
27. Siempre deseo calificaciones_____
28. Mi trabajo_____
29. En mi casa_____
30. Mi pareja realmente_____
31. Yo prefiero_____
32. Quisiera saber_____
33. Mi ambición seria_____
34. Yo estudio_____
35. Me ilusiona_____
36. Al evaluarme en mi trabajo esperaba_____
37. Pensé que odiaría_____

38. Mis compañeros realmente_____
39. En mi vida amorosa he logrado_____
40. No puedo_____
41. Mi futuro_____
42. Soy_____
43. He logrado_____
44. Sexualmente quisiera_____
45. Me gustaría trabajar_____
46. Mis hijos_____
47. El deporte_____
48. Me altero_____
49. Me he propuesto_____
50. Pienso en el matrimonio_____
51. Aspiraba a lograr en el trabajo_____
52. En el hogar me gustaría_____
53. Odio_____
54. La lectura_____
55. Sufro_____
56. Me gustaría que mi pareja_____
57. Me siento libre _____
58. Mi personalidad_____
59. He logrado en mi trabajo_____
60. Mi opinión_____

ANEXO # 6

Autorreporte vivencial.

Nombre _____ Edad _____

Instrucciones:
A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos que usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, el extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que ha sido experimentada.
Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje mejor el grado en que usted ha experimentado estas emociones durante estos últimos años.

	Escasamente ⟶	Moderadamente	Intensamente. ⟶
Inquietud			
Desconfianza			
Irritabilidad			
Tristeza			
Apatía			
Miedo			
Inseguridad			
Sufrimiento			
Desesperanza			
Abatimiento			
Angustia			
Ira			
Rechazo			
Ansiedad			
Desprecio			

ANEXO # 7

ZUNG Y CONDE

INSTRUCCIONES:

A continuación aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse. Lea cada frase y escoja de entre las opciones que están a su derecha aquella que mejor describa como usted se siente.

		Muy pocas veces o no	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Me siento triste y deprimido				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar o a veces lloro				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches				
5	Ahora tengo apetito como antes				
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
7	Creo que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñido				
9	Tengo palpitaciones				
10	Me canso por cualquier cosa				
11	Mi cabeza está despejada como siempre				
12	Hago las cosas con la misma facilidad de antes				
13	Me siento irritado e intranquilo. No puedo estar quieto				
14	Tengo confianza o esperanza en el futuro				
15	Me siento más irritable que habitualmente				
16	Encuentro fácil tomar decisiones				
17	Me creo útil y necesario a la gente				
18	Encuentro agradable vivir				
19	Sería mejor que yo muriera para los demás				
20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

ANEXO # 8

Consentimiento Informado.

Título: Cuadro interno de la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia renal sustitutiva.

Estamos pidiendo su cooperación voluntaria para un estudio que estamos realizando en el hospital universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, cuyo propósito es conocer el cuadro interno de la enfermedad en los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo renal en el servicio de Nefrología de Villa Clara. Usted ha sido seleccionado para conformar nuestra muestra. Es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio, que le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar, tiene el derecho de abandonarlo en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectará su acceso a la atención médica futura; agradecemos mucho su participación y el valioso aporte que pueda brindarnos, si le surge alguna duda, no vacile en hacer las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Declaración voluntaria: He entendido el propósito de este estudio, he leído la información que me brindaron y he tenido la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Yo acepto voluntariamente participar como una de las personas del grupo y entiendo que tengo el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello afecte mi atención médica futura.

Firma del paciente. ---------- Firma del investigador. ----------