



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología



**ESTUDIO PSICOLOGICO DE NIÑOS EN
HEMODIALISIS PERIODICA
(Valoración de Diferencias de Acuerdo a la
Administración o no de Vivonex).**

TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología
p r e s e n t a
Rosamaría Jaramillo Solorio

México, D.F.

1978



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con amor a mi hijo

LUIS GUILLERMO.

1701

ESTUDIO PSICOLOGICO DE NIÑOS EN HEMODIALISIS
PERIODICA. (valoración de diferencias de --
acuerdo a la administración o no de Vivonex)

	Pág.
INTRODUCCION	1
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	3
I. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
Definición.....	5
Etiopatogenia, fisiopatología y manifesta ciones clínicas.....	6
Intoxicación urémica.....	8
Diagnóstico y <i>tratamiento</i>	9
a) médico conservador	10
b) diálisis peritoneal	11
c) hemodiálisis	12
d) trasplante	13
II. ASPECTOS PSICOLOGICOS.....	20
Mecanismos de defensa.....	23
Respuesta emocional de los enfermos.....	23

	Pág.
Imágen corporal.....	26
Alteraciones de la conducta sexual.....	27
Comportamiento suicida.....	28
Rendimiento intelectual.....	30
Dinámica familiar.....	31
Aspectos socio-económicos.....	34
Actitudes del equipo médico.....	35
 III. PACIENTES Y METODOS.....	 39
Criterio de calificación de las pruebas	42
Caso No. 1.....	43
Caso No. 2.....	48
Caso No. 3.....	53
Caso No. 4.....	58
Caso No. 5.....	63
Caso No. 6.....	68
Análisis estadístico de los datos.....	73
Discusión.....	83
Conclusiones.....	85
Corolario.....	86
Bibliografía.....	96

INTRODUCCION.

En la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Pedtría, del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., se proyectó realizar una investigación que pretendía evaluar las - diferencias en cuanto a patrones de crecimiento y desarrollo en un grupo de enfermos con Insuficiencia Renal Crónica en Prográma de Hemodiálisis a los que se les administró, un alimento rico en aminoácidos esenciales y un grupo control que no recibió dicho alimento.

El departamento de Nefrología, solicitó al departamento de Higiene Mental, la evaluación del Coeficiente Intelectual de estos grupos, antes de iniciarse el período experimental y seis meses más tarde. Yo acepte realizar - ese trabajo.

Durante las reuniones de preparación con el equipo médico, me impresionó el enfoque tan impersonal que se daba a la relación del médico con el paciente y sus familiares.

El interés primordial en el trabajo que yo iba a realizar, era la obtención de un dato numérico para evaluar el cociente intelectual.

Sentí entonces la necesidad de incluir otros aspectos psicológicos, como la adaptación y respuesta de estos enfermos crónicos a un tratamiento específico, lo cual me motivó para integrarme al equipo médico y paramédico que maneja a estos niños en Hemodiálisis.

En este trabajo se hace una revisión bibliográfica de algunos aspectos clínicos de la Insuficiencia Renal Crónica, que en adelante abreviaremos como IRC, y posteriormente relato la experiencia y resultados con el grupo de pacientes a los que se aplicó una batería de pruebas psicológicas.

El propósito de este trabajo, es explorar algunas líneas de investigación en relación al manejo integral de enfermos crónicos.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Muchos autores han descrito que los pacientes con I.R.C., junto con el progreso de la enfermedad tienen un deterioro en su rendimiento intelectual y en su estado emocional. Para explicarlos se ha postulado que tienen su origen en el deterioro nutricional, mientras que otros afirman, que son debidos a intoxicación por sustancias de deshecho del organismo, tales como elementos nitrogenados. Para dilucidar el papel que juega el estado nutricional en este deterioro se diseñó el presente trabajo.

Es importante señalar que padecer una enfermedad - crónica, implica generalmente procedimientos de diagnóstico y tratamiento que someten al paciente y al medio familiar a diferentes cargas emotivas por un período de tiempo que esta condicionado por la intensidad y duración del padecimiento de fondo.

Los enfermos crónicos generalmente estan deprimi-- dos, con signos sutiles u obvios de tristeza, además la - misma enfermedad física crónica, deteriora la imágen corporal que tienen de sí mismos y su auto-estima.

Estos efectos estan condicionados por el grado de incapacidad que se produce, la aceptación y respuesta de la familia, del medio social y de la capacidad intelec--- tual del paciente. Puede influir también la frecuencia - con que se ve sometido a procedimientos terapéuticos, inclusive el padecimiento influye de manera diferente si es congénito o si es adquirido (1).

CAPITULO I

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

I. Definición: La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es un síndrome que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal, que interfiere con el mantenimiento de la homeostasis y que produce un estado de intoxicación endógena permanente y fatal si no se corrige con procedimientos de diálisis. Definiremos la homeostasis como el equilibrio del medio corporal interno, el cual se conserva en límites estrechos de variación como resultado del esfuerzo de varios órganos. Un ejemplo es el trabajo del riñón, que contribuye a la estabilidad del medio interno modificando la composición de la orina. La importancia del riñón resulta de dos hechos: 1) una cuarta parte del gasto cardíaco esta destinada al riñón, y 2) - su consumo de oxígeno es elevado, superior al de hígado y el cerebro. Su deterioro anatómico, va acompañado de deterioro en la homeostasis que va a desencadenar lo que conocemos como uremia crónica.

II. Etiopatogenia: Los pacientes con IRC, presentan aumento en las concentraciones de urea y elementos nitrogenados en la sangre. Las causas más frecuentes de IRC en los niños son las siguientes: glomerulonefritis membranoproliferativa, uropatía obstructiva, pielonefritis crónica sin obstrucción, displasia y/o hipoplasia renal bilateral, enfermedad quística medular, nefritis familiar, síndrome hemolítico familiar, nefritis de la púrpura vascular, tumor de Wilms bilateral, nefrosis congénita.

El tiempo de evolución entre la presentación de la enfermedad y el inicio de la IRC es variable de meses a años (2). Actualmente no existen medidas preventivas, dado que se desconocen los factores etiológicos y patogénicos de la mayor parte de las enfermedades renales.

III. Fisiopatología y manifestaciones clínicas:

a) Función renal: la evolución de la enfermedad influye en primer término en las funciones básicas del riñón; la velocidad de filtración del plasma por el glomerulo y la capacidad para concentrar y diluir orina. Dichas alteraciones traen como consecuencia aumento en la concentración sanguínea de urea y creatinina; hiponatremia por au-

mento de líquidos retenidos. Se asocia además con problemas digestivos (náuseas y vómitos) y trastornos neurológicos (obnubilación de la conciencia y crisis convulsivas).

b) Crecimiento y desarrollo: los pacientes que sufren IRC muestran descalcificación y osteoporosis en grados variables, sufren además desnutrición calórico-proteica, acidosis metabólica, retención nitrogenada con hiperosmolaridad sostenida de los líquidos orgánicos, absorción intestinal disminuída de calcio y fósforo y pérdida excesiva por orina de sodio y potasio, o retención de estos elementos de acuerdo con el estado en que se encuentre la enfermedad que produce la IRC. Todas estas manifestaciones repercuten en el crecimiento, manifestándose por disminución de peso corporal, estacionamiento del crecimiento estatural, retraso en la maduración ósea y en la sexual.

c) Alteración en la regulación del volúmen del líquido extracelular: los líquidos son retenidos dentro del organismo condicionando aumento de la presión arterial y edema que da al paciente un aspecto abotagado.

d) Alteraciones en la regulación del equilibrio ácido-base: los pacientes con IRC presentan casi siempre acidosis

metabólica, aumento de los niveles sanguíneos de potasio, sodio, fósforo y magnesio y baja del calcio.

e) Alteraciones hematológicas: anemia por dos tipos de factores: los derivados de las carencias nutricionales y los propios de la insuficiencia renal.

f) Alteraciones metabólicas: en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas con diversas repercusiones clínicas.

IV. Intoxicación urémica: El grado extremo de la IRC se llama intoxicación urémica y es debida al acumulo exagerado de urea, creatinina y otros productos nitrogenados. Dicha intoxicación condiciona las alteraciones que se describen a continuación:

- 1.- Alteraciones en la Conducta: decaimiento, apatía, adinamia, anorexia y pérdida del interés por el medio.
- 2.- Manifestaciones gastrointestinales: náuseas, vómito y aliento urémico.
- 3.- Manifestaciones neurológicas: desde apatía, sopor, dificultad para concentrarse por largo tiempo, hasta inconciencia y estado de coma, alteraciones del electro

encefalograma, estado de psicosis aguda por retención de productos nitrogenados y calambres musculares.

- 4.- Alteraciones cardiovasculares: insuficiencia cardíaca con o sin edema agudo pulmonar, hipertensión arterial y pericarditis urémica.
- 5.- Alteraciones oftalmológicas: amaurosis, nistagmus, --miosis y asimetría pupilar. Disminución progresiva - de la agudeza visual.
- 6.- Manifestaciones dermatológicas: prurito, descamación de la piel y depósitos de cristales de urea, equimo--sis y escoriaciones.

V. Diagnóstico: Para elaborar el diagnóstico preciso de IRC, es necesario que este sea realizado por un equipo interdisciplinario, y que reúna las siguientes condiciones:

- 1) Interrogatorio de todos los aspectos que explora una - historia clínica completa (con enfoque bio-psico-so---cial).
- 2) Exámen físico del paciente.
- 3) Pruebas de laboratorio: biometría hemática, determina--ción de urea y creatinina, sodio, potasio, cloro, pH y CO₂

- 4) Pruebas específicas del funcionamiento renal; depuración de creatinina, cuenta minutada de eritrocitos, urografía excretora y urográma funcional.
- 5) Desde el punto de vista psicológico, es frecuente encontrar en estos pacientes, cambios de carácter, irritabilidad, indiferencia, depresión importante, que se pueden detectar mediante una valoración clínica (entre vista, dibujos, etc.).
- 6) Estudios de gabinete: electroencefalográma.
- 7) Estudios histopatológicos.

VI. Tratamiento: El tratamiento de la IRC es prolongado y sumamente costoso, frecuentemente decepcionante, puede realizarse en forma privada si la familia se encuentra en condiciones de costearlo, o en instituciones de seguridad social las cuales absorben los gastos del procedimiento.

Los enfermos que llegan a desarrollar uremia, requieren una evaluación completa de tipo físico, psíquico y social, ser atendidos en una consulta interdisciplinaria integrada por médicos pediátras, nefrólogos, trabajador de la salud mental, trabajadora social, dietista y enfermeras. De tal manera que se maneje al paciente y su -

familia en forma integral, informando y aclarando las dudas que surjan durante el tratamiento; y servirán además para coordinar la intervención de los diferentes especialistas.

El tratamiento de la IRC, se prescribe de acuerdo al grado de evolución de la lesión renal y puede consistir en:

A) Tratamiento médico conservador; el tratamiento en las etapas iniciales es predominantemente médico y dietético. Consiste en la administración de algunos medicamentos y en la regulación de la alimentación, de tal manera que sea suficiente en aporte de calorías y proteínas. Debe por lo tanto favorecer el crecimiento adecuado del niño e impedir la acumulación excesiva de sodio y agua, que pueden resultar por la insuficiencia de los riñones para manejarlas. Cuando la IRC aumenta, el exceso de productos nitrogenados empieza a causar síntomas leves como somnolencia o pérdida del apetito. Debe limitarse entonces la ingestión de proteínas y vigilar que estas sean de alto valor biológico. Puede ser necesario además agregar otros medicamentos tales como hipotensores o diuréticos potentes.

El tratamiento del paciente con IRC debe iniciarse lo más tempranamente posible, con el objeto de prevenir - las consecuencias que puede tener sobre el crecimiento físico y la maduración del esqueleto. Así mismo, es conveniente establecer de manera temprana el diagnóstico y manejo de los problemas psicológicos y sociales originados por el padecimiento, para que estos no impidan o dificulten el tratamiento médico y hagan que el paciente y sus - familiares entiendan la enfermedad.

El manejo multidisciplinario del paciente y de su familia, es determinante para el éxito del tratamiento y su importancia ha sido frecuentemente señalada en la literatura. La fundamentación de esta necesidad está dada -- por los múltiples factores que van a actuar sobre el estado psicológico del paciente. Para ello es necesario sensibilizar a todos los miembros del equipo médico y paramédico acerca de la importancia de manejar el problema del paciente como un todo.

B) Diálisis peritoneal: Cuando las medidas dietéticas - no permiten ya el control de los síntomas, se recurre a - los procedimientos de diálisis. Deben ser usados antes -

de que el paciente presente complicaciones graves debido a la uremia.

Las diálisis pueden ser peritoneales o extracorpóreas con riñón artificial (hemodiálisis). La diálisis peritoneal se usa generalmente por períodos cortos, en tanto se define el manejo del paciente. El siguiente paso terapéutico es la hemodiálisis, que sirve como período de espera y preparación para el trasplante renal. En la actualidad, el trasplante renal es el único medio terapéutico de utilidad comprobada para conseguir la rehabilitación del enfermo urémico.

C) Hemodiálisis: Es un procedimiento mediante el cual la sangre del paciente circula por un dispositivo mecánico que la pone en contacto, a través de una membrana semipermeable, con una solución especial. Mediante este contacto las sustancias de deshecho que no pueden ser eliminadas por los riñones enfermos, son transferidas dializadas al líquido. Debe efectuarse dos o tres veces por semana en sesiones con duración de cuatro a seis horas cada una, dependiendo de las condiciones de cada paciente, a fin de obtener buenos resultados.

Es necesario construir un puente arteriovenoso, generalmente en una extremidad superior del paciente, para conectarlo a la circulación extracorpórea. Para establecer el puente se unen los extremos de la arteria y la vena elegida mediante un tubo de material plástico, una vena del propio paciente, un segmento de arteria de bovino o una prótesis vascular sintética. La intervención quirúrgica es relativamente sencilla pero produce inevitablemente cicatrices y cambios morfológicos muy evidentes en el sitio de colocación del puente. En ocasiones ciertos tipos de fístulas limitan parcialmente la actividad de la extremidad. Debe cuidarse de que no sufra traumatismos que puedan producir sangrado. En ocasiones es necesario reintervenir quirúrgicamente para corregir los problemas del puente arteriovenoso que se presenten o para reemplazarlo por uno nuevo.

La hemodiálisis practicada en forma periódica prolonga por tiempo indefinido la vida de un niño urémico. La recuperación en las áreas de actividades físicas e intelectuales son bastante aceptables, aunque no pueden equipararse a los niveles de desarrollo en estas áreas de niños sanos, ya que la máquina de diálisis (riñón artificial) no corrige por completo sus alteraciones bioquími-

cas (3). Debe tomarse en cuenta además que vive con una enfermedad invalidante que requiere de cuidado continuo y que le causa un gran stress (4)

C.1 Criterio de selección: el éxito de un programa de hemodiálisis periódica, depende en gran parte de un buen criterio de selección, el cual tendrá como objetivo predecir con cierto grado de confiabilidad, que los esfuerzos técnicos, y humanos invertidos por el programa van a ser aprovechados óptimamente por el paciente. Para ello se deben tomar en cuenta diversos factores entre los que podemos mencionar:

Biológicos: conocimiento y comprensión del funcionamiento de su organismo, la presencia o no de daño orgánico cerebral o cualquier otro padecimiento orgánico asociado ya que esto limita su capacidad de adaptación.

Psicológicos: aceptación emocional del tratamiento, una vez que se hayan tenido discusiones amplias y honestas - - entre el equipo médico, el paciente y su familia, - acerca de las ventajas y desventajas del tratamiento y -

aún de las posibilidades de discontinuarlo si se llegara a considerar que "la calidad de vida" (*) no es adecuada. Rasgos de personalidad, C.I., los cuales nos ayudarán a predecir el grado de cooperación en el tratamiento; etapas de desarrollo emocional, estructura familiar.

La mayoría de los autores coinciden en que un punto importante del proceso de selección, es identificar la presencia de problemas emocionales que pudieran interferir con el rendimiento del paciente y con su capacidad para enfrentarse al stress de la hemodiálisis. Se fundamentan en la convicción de que el éxito de este tratamiento depende en parte del enfermo y de su capacidad para comprender las instrucciones sobre el cuidado de su f. tula y sobre la regulación de sus alimentos (5, 6).

En embargo Schupak y cols. (7) comprobaron que algunos pacientes con poca inteligencia, seguían bien el programa y se rehabilitaron plenamente.

(*) "la calidad de vida" solamente la podrá determinar el paciente que experimenta las ventajas y desventajas del tratamiento.

Wright y cols., (8) basados en la experiencia obtenida en 12 pacientes, sugirieron la idea de un manejo -- previo a la diálisis, que serviría para establecer una - adecuada relación médico-paciente y una mejor informa--- ción al enfermo y sus familiares, acerca de la enferme-- dad y su manejo.

Sociales: tomar en cuenta las relaciones con amigos y ac-- tividades escolares para determinar el grado de ayuda -- emocional que el paciente recibirá si es aceptado en el programa (2, 9).

D) Trasplante: para efectuar un trasplante renal en -- condiciones ideales, es necesario contar con un donador vivo, relacionado (padre, madre o hermanos) que tenga un buen grado de histocompatibilidad con el paciente. La - reacción de rechazo que siempre ocurre después de un - - trasplante renal, es menos intensa y puede ser controla-- da con drogas inmunosupresoras tales como la prednisona y la azatioprina cuando se reúnen estas condiciones. -- Cuando no existe este tipo de donador, se puede utilizar un riñón del cadáver de algún sujeto fallecido general--

mente por causas accidentales. Es necesario tener información suficiente sobre esta persona, para establecer que era sano desde el punto de vista renal. Aún en las mejores condiciones de histocompatibilidad, cuando se usa riñón de cadáver, la reacción de rechazo siempre es más -- enérgica y más difícil de controlar. El riesgo de producir efectos indeseables con la terapia inmunosupresora - (mayor sensibilidad a infecciones, hipertensión arterial, lesiones óseas, lesiones oculares, desarrollo de tumores) es mucho mayor en estos casos y puede llegar a causar la muerte del paciente.

Cuando el trasplante renal tiene éxito, es decir cuando no hay complicaciones y el control del rechazo es adecuado, puede esperarse que los pacientes continúen viviendo por tiempo indefinido sin las limitaciones que imponen la IRC y el tratamiento con Hemodiálisis. Solamente es necesario que asistan periódicamente a consulta para su control, que tomen diariamente algunos medicamentos y que eviten el contacto con personas y lugares en donde sea evidente la presencia de infecciones. Pueden llevar a cabo actividades intelectuales y físicas, con la única limitación de que estas no impliquen el riesgo

de traumatismos severos sobre el abdomen. Tanto hombres como mujeres son capaces de tener actividad sexual y de procrear, a menos que alguna condición previa al trasplante haya causado esterilidad.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOLOGICOS.

En este capítulo, se analizarán algunos de los -- factores psicológicos principales, que interactúan en una enfermedad crónica como lo es la Insuficiencia Renal. - En especial los aspectos psicológicos que se presentan en los enfermos que ingresan a un programa de Hemodiálisis periódica.

a) Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Crónica.

Los enfermos crónicos son seres humanos, con una condición orgánica lesiva que puede o no producir alteraciones emocionales, de la conducta o del funcionamiento mental.

La psicodinamia de las enfermedades crónicas es muy compleja. Se ven involucrados en ella: el enfermo, la familia y el equipo médico.

Proceso mental en niños con enfermedad crónica.

En los niños enfermos crónicamente, hay una regresión de los procesos mentales, en particular del proceso del Yo. Existe además devaluación de la propia imagen corporal, depresión, negación, rechazo y falta de agresividad. Estas alteraciones, traen como consecuencia serios problemas en la escuela, con el equipo médico, con el núcleo familiar y en su medio social, ya que los niños no soportan la carga de la enfermedad.

La regresión en estos pacientes, es hacia una etapa más temprana de funcionamiento mental, (emocional), - que generalmente no es bien tolerada por los adultos que rodean al niño y aún por el mismo enfermo. El incapacitado permanente y el enfermo crónico, tienden a volverse objeto de prejuicios y discriminación por parte de la sociedad (10).

De esta manera se establece una mecánica que hace que sufra dos tipos de agresión: 1) la de la enfermedad física crónica y 2) la de la reacción psicológica inmadura e infantil (regresiva); en muchos casos ven la pérdida de la función de un órgano como castigo a sucesos - reales o imaginarios (11).

Algunos pacientes con IRC en fase terminal, además de las alteraciones descritas para los enfermos crónicos en general, sufren ansiedad e impulsos inconscientes de autodestrucción. Al enfrentar la realidad de una enfermedad con pronóstico fatal, se ven en la necesidad de construir mecanismos de defensa para enfrentarla.

MECANISMOS DE DEFENSA: los mecanismos de defensa más -- frecuentemente utilizados son la regresión, intelectualización, formación reactiva, pero de manera especial la - negación.

Negación de la dependencia de la máquina de diálisis, no cuidan su fístula, no siguen las indicaciones -- dietéticas; pero el éxito de estas negaciones es muy parcial y tiene que ser continuamente reforzado a través -- del uso continuo de energía psíquica, que se ven interferidas por la sensación corporal de enfermedad.

Esta negación de aspectos de la realidad o situaciones desagradables, en ocasiones puede proteger a los pacientes de una descompensación emocional y es conve--- niente respetarla (12, 13, 14, 15).

RESPUESTA EMOCIONAL DE LOS ENFERMOS: los niños que in-- gresan a un programa de hemodiálisis, son diferentes de los otros niños ("normales"), debido a un grupo de factores como lo son:

- 1) el tipo de enfermedad,
- 2) el saber que la hemodiálisis es solo parte del tratamiento que tiene como meta, el trasplante
- 3) la dependencia del hospital y de una máquina
- 4) restricciones (dieta, cuidado de la fístula),
- 5) marcas de la enfermedad en su cuerpo,
- 6) sentimiento de posesividad sobre el médico que los atiende, a quien consideran su médico privado y sobre la unidad de diálisis (16).

Las respuestas de estos pacientes son muy variadas enumeramos las más frecuentes:

La IRC terminal provoca ansiedad, sentimientos de autodestrucción y la necesidad de construir mecanismos de defensa para estos sentimientos (4). Se han analizado los sentimientos de estos enfermos mediante técnicas -- proyectivas (Rorschach, T.A.T., C.A.T.). Los niños describen su enfermedad como una barrera que existe entre ellos y la gente sana; se sienten diferentes de los demás (17). Puede haber aceptación o rechazo de la enfermedad. La aceptación puede ser positiva, o negativa -- cuando el paciente adopta una actividad regresiva. El -

rechazo puede ser activo o pasivo. Se sienten perseguidos por dos mundos agresivos: el interno representado -- por su ansiedad y su organismo, y el externo representado por el tratamiento doloroso (4, 17).

Los niños viven la hemodiálisis como una experiencia trastornante. Aún en las mejores condiciones la mayoría de los enfermos experimentan cierto grado de inquietud e irritabilidad antes de las diálisis. Los momentos de mayor tensión ocurren al comienzo y al final de la diálisis, correspondiendo a los momentos en que se manipula su fístula para conectarla o desconectarla de la máquina. Cuando se llega a presentar alguna dificultad técnica, -- los pacientes se deprimen (13, 18).

Algunos autores encontraron mediante la aplicación de pruebas psicológicas en estos pacientes, ansiedad inherente a la incertidumbre sobre el futuro del procedimiento de diálisis. Además describieron sentimientos de depresión, aislamiento social, dependencia que los torna regresivos, y baja en el rendimiento escolar o en el trabajo por sentimientos de desamparo. En ellos esta dismi-

nuído el nivel de tolerancia a las frustraciones en general (17, 20).

IMAGEN CORPORAL: el enfermo urémico grave, se enfrenta a serios problemas fisiológicos y psicológicos. Los cambios que se producen en su cuerpo tales como edema, retraso en el crecimiento, palidez generalizada, limitaciones en las actividades físicas y escolares; "son tan profundos que se introducen dentro de la vida consciente del enfermo" (12). Por otra parte, la falta de un conocimiento exacto sobre la evolución de su padecimiento origina un -desequilibrio psicológico tal, que repercute seriamente - en los procesos internos y en el funcionamiento de su conducta externa. Muy frecuentemente hay alteraciones en la autoimagen, se autodevalúan, y se vuelven dependientes de la situación. Desarrollan temores acerca de su cuerpo, - por ejemplo, esconden la fístula, para que no piensen que son "robots". Las cicatrices producidas por las fístulas originan sentimientos de ser poco atractivos. Consideran a la máquina de diálisis como parte de su imagen corporal y en ocasiones le atribuyen cualidades humanas llegando a

llamarla "hermano de sangre". Cuando se realiza la nefrectomía, se sienten incompletos.

Algunos logran adaptarse a los cambios y agresiones a su cuerpo y utilizan la negación para conservar un equilibrio concerniente a sí mismos y lograr una imagen corporal y una autoestima favorables (12, 16, 18).

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL: los estudios que investigan la repercusión de la IRC y la hemodiálisis, sobre la conducta sexual, en adultos son escasos y contradictorios.

En un estudio realizado en 32 pacientes varones casados, se reportan datos que indican, que la falla renal y los efectos de la diálisis no disminuye la actividad sexual (21); mientras que Levy y cols. (22) y Basch (12) afirman que existe a causa de ello una disminución de la actividad sexual, disminución de la libído, impotencia, infertilidad y amenorrea.

COMPORTAMIENTO SUICIDA: la enfermedad crónica puede constituir un factor importante en la aparición de conducta suicida.

La conducta suicida, con éxito o sin él, puede ser vista como el resultado de un intento de ajuste al stress psicológico de la enfermedad. Por este medio, el enfermo trata de reducir la ansiedad que resulta del reconocimiento de su responsabilidad en el programa de tratamiento.

Goldstein y Reznikoff (15), observaron que los pacientes en hemodiálisis son significativamente más externos (*) que los pacientes con condiciones médicas menores. Consideran estos pacientes, que los reforzamientos ocurren en base al azar, y que por lo tanto su comportamiento no tiene efecto sobre lo que sucede en su vida. En un paciente urémico crónico esto puede tener consecuencias desastrosas, ya que su cooperación con el tratamiento es esencial para permanecer vivo.

(*) Hablamos de control externo, cuando las consecuencias de la conducta se atribuyen a factores externos.

En una encuesta Abram y cols. (6), encontraron -- que la incidencia de conductas suicidas en pacientes en Hemodiálisis crónica es significativamente más alta que la observada en la población general (400+). Observaron también que hay más suicidios en pacientes que se dializan en unidades hospitalarias que entre los que se dializan en su hogar.

El tratamiento de hemodiálisis constituye un -- asalto a la independencia del paciente, altera su autoestima, su imagen corporal, y le produce malestar físico. En la historia de casi todos estos pacientes existen sentimientos de pérdida y dependencias frustradas, causas -- que nos dan una idea del papel tan importante que juegan los factores emocionales en el pronóstico del paciente.

Dos de los pacientes motivo de esta tesis que fallecieron por hiperkalemia severa, muy probablemente contribuyeron de manera importante a su muerte, por transgresión voluntaria de la dieta. El peligro de suicidio debe valorarse en pacientes que presentan depresión severa (2, 6, 14, 15 y 23).

RENDIMIENTO INTELECTUAL: existen discrepancias en cuanto a si el rendimiento intelectual es normal o subnormal en los enfermos urémicos. La baja de rendimiento pudiera estar influida, por el mal estado nutricional (24) que sufren estos pacientes, por alteración de las funciones mentales debido a la intoxicación urémica, por falta de estimulación adecuada, por abandono de las actividades escolares o por todas ellas. Por ejemplo en 1965, Shea y cols. (19), reportan en todos sus sujetos un C.I. igual o por encima del promedio; Moretti y cols., (18), realizaron un estudio en 11 chicos entre 7 y 15 años de edad con enfermedad renal terminal, en hemodiálisis crónica, en ellos encontraron inteligencia y condiciones neurológicas muy normales. En todos ellos había conciencia de su enfermedad, pero solo la mitad pudo describir el procedimiento terapéutico. Sin embargo Khan y cols., (20) estudiando un grupo de 14 niños a los que se aplicaron pruebas psicológicas, entre ellas WISC y Goodenough, encontraron bajo rendimiento intelectual, el cual fué atribuido por los padres a las frecuentes ausencias del colegio.

En el grupo estudiado por Abram (25), se encontró evidencia de daño orgánico, además de dificultad en la coordinación visomotora, en la abstracción no verbal y en la concentración-atención. En un estudio de 13 pacientes con IRC, realizado en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, se encontró que 9 niños tenían capacidad intelectual subnormal; prácticamente en todos había datos de daño orgánico, a juzgar por su rendimiento en las pruebas psicométricas y en los resultados del Bender, concordando con los datos encontrados por Abram (25). En nueve pacientes que fallecieron, se demostró durante la autopsia datos claros de deterioro del sistema nervioso central, en todos ellos se había demostrado el daño en vida, mediante pruebas de lápiz y papel (23).

DINAMICA FAMILIAR: los problemas psicológicos y sociales de los niños en programa de Hemodiálisis son diferentes a los de los adultos. El punto donde las diferencias se hacen más notables es en su situación de dependencia de la

familia. Sus problemas son una unidad con los de la familia; eso impide estudiarlos de manera independiente.

Las alteraciones que produce la IRC, en el paciente causan reacciones de incertidumbre y temor dentro del núcleo familiar. La dinámica familiar suele verse muy alterada por las cargas que pueden imponer las modificaciones en la forma de vida, las restricciones motivadas por la falta de recursos económicos y la angustia provocada por el estancamiento de la escolaridad.

Se ha observado que cuando la información acerca del padecimiento y su tratamiento es dada a los familiares en forma adecuada, se obtiene mayor colaboración tanto por parte de ellos como del paciente. Hay algunos que desean recibir información detallada y tomar decisiones, mientras que otros asumen la actitud contraria. Cuando los familiares están en situación de decidir, toman más en cuenta las creencias y valores del equipo médico, que las del propio enfermo. En pacientes jóvenes, el apoyo de una familia inteligente, comprensiva y colaboradora es sumamente importante.

Durante el período en que el enfermo con IRC se mantiene en hemodiálisis, se pueden observar tres fases en su ajuste psicológico que con compartidas casi totalmente con su unidad familiar.

- 1) Período Inicial de Ansiedad y Depresión.- al conocer el diagnóstico de IRC, se observa stress en la familia y depresión en el niño por ser la causa de un problema familiar.
- 2) Fase de Excitación y Entusiasmo.- cuando se aceptan las condiciones de hemodiálisis y trasplante, negándose se a las probabilidades de fracaso.
- 3) Fase de Aplanamiento.- empieza cuando falla el trasplante y regresa a hemodiálisis. Esta es la etapa más severa, se observa en el niño: a) falta de interés por su ambiente, poca actividad, somatizaciones que desaparecen con la administración de placebos, cambios de carácter y tienen sentimientos de angustia durante el tratamiento.

Se suscitan problemas en la familia difíciles de manejar. Tal vez el más importante de ellos, es la pre-

sión que se ejerce sobre los posibles donadores. La mayoría de los padres no pueden controlar sentimientos ambivalentes (culpa y simpatía) hacia sus hijos, lo cual crea expectativas inapropiadas y sobreprotección, en ocasiones niegan la gravedad de la enfermedad.

Se despiertan celos y resentimientos entre los hermanos, debido a que el paciente ha acaparado la atención de la familia.

La dificultad de los adultos para manejar a los niños se acentúa cuando no les permiten trabajar de acuerdo a sus necesidades y fantasías (7, 11, 17, 20 y 26).

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS: los niños urémicos, en el curso de su evolución sufren reiteradas humillaciones e invasiones de su privacía personal por los procedimientos de diagnóstico. Desarrollan por ello sentimientos de mutilación y pérdida de identidad. Por otra parte, los humilla el retraso escolar y su imposibilidad de competir en juegos y actividades sociales. Se ha comprobado que estos -

niños experimentan una reducción de su auto-estimación, que es mayor que la observada en pacientes crónicos con otras enfermedades (2). Las repercusiones psicológicas de estos problemas sociales, se observan también en los hermanos y padres. En la madre se observa especialmente ansiedad y angustia (27).

No hay evidencia de que la actividad física tenga un efecto desfavorable en la evolución de los pacientes con IRC. El reposo o limitación del ejercicio puede condicionar descalcificación ósea, atrofia muscular, y aumenta la sensación de enfermedad, dando lugar a una actitud sobreprotectora de la familia que es incómoda para el paciente (28).

ACTITUDES DEL EQUIPO MEDICO: la relación médico-paciente, es un aspecto al que se le presta poca atención, especialmente cuando se trata de pacientes en edad pediátrica. Desde mi punto de vista, esta relación es muy importante, pues capacita al médico para ayudar a sus pacientes a vi-

vir con su enfermedad, despierta la confianza del paciente y se obtiene una mejor cooperación durante el tratamiento.

En los estudios realizados por Ford y cols. (10), se encontró que existe cierta resistencia por parte de -- los médicos para participar en el cuidado de pacientes -- crónicos; utilizan como mecanismos de defensa la intelectualización y la evasión. Sin embargo las reacciones del médico ante enfermos crónicos, pueden ser positivas bajo dos condiciones:

- 1) Cuando siente que puede ejercitar una destreza profesional, como el diagnóstico y tratamiento; y
- 2) Cuando siente que puede establecer una relación personal satisfactoria con el paciente.

Uno de los principales problemas que enfrenta el equipo médico y que va a influir de manera importante en sus actitudes, es la responsabilidad de decidir quien va a ingresar o no al programa de diálisis, urgentemente necesitado y que por otra parte tiene un cupo limitado, en esta decisión toman parte además de sus emociones, las -

posibles presiones de tipo económico, institucional y limitaciones de equipo, etc.

Otra carga afectiva que deben manejar los integrantes del equipo médico, es el poder casi divino que los familiares les atribuyen, y la cual en un momento dado puede alterar la objetividad de sus juicios (17).

El problema de las reacciones del equipo médico nos parece importante no solo desde el punto de vista teórico, sino también su aplicación en la práctica diaria. Estas reacciones pueden afectar el curso futuro del tratamiento de un enfermo en programa de hemodiálisis. Algunas de las reacciones que se observan son: culpa, ante la posibilidad de que sus omisiones puedan causar sufrimientos innecesarios o inclusive la muerte. Sobreprotección: las enfermeras y los médicos se atribuyen frecuentemente los papeles de madre y padre del paciente y en ocasiones hasta de los padres reales del paciente. Posesividad: sobre las personas de los pacientes, sus familiares y aún sobre su libertad. Reacciones de aislamiento, los médicos tratan de aislarse y evitan al paciente que rechaza la hemodiálisis, o que es transferido a la unidad de tras

plante. Agresividad consciente o inconsciente hacia algunos de los pacientes, especialmente hacia los que son demandantes. Cuando la agresividad está presente impide establecer una relación satisfactoria entre el médico y el paciente, resultando bastante frustrante para ambos (13, 29).

El equipo médico encargado del programa de diálisis, trabajo bajo el supuesto de que los pacientes prefieren vivir que morir, por lo tanto cuando alguno de estos pacientes no responde la manera esperada, el equipo reacciona con actitudes de enojo, rechazo y desinterés. Algunos de los pacientes en programas de hemodiálisis llegan a un punto en que no desean continuar viviendo bajo la forma de vida que les impone la enfermedad y el tratamiento. Algunos autores opinan que cuando se llega a ese momento, el médico debería dejar su control sobre el futuro del paciente, ya que él es el único que debe determinar la calidad mínima de vida que puede tolerar (30).

El equipo médico y los padres deben actuar con honestidad hacia los niños, explicándoles siempre la verdad de lo que les pasa. De esta manera les ayudan a diferenciar entre la realidad y la fantasía (11).

CAPITULO III

PACIENTES Y METODOS.

Se estudiaron seis pacientes, tres varones y tres mujeres; cuyas edades variaban entre los 12 y los 17 años, con una edad promedio de 15 años, que se encontraban en Programa de Hemodiálisis. Formaban parte también de un protocolo de investigación para evaluar las diferencias del patrón de crecimiento y desarrollo. A tres de ellos se les administró un alimento rico en aminoácidos esenciales, y los tres restantes formaron el grupo control que no recibió dicho alimento. A los integrantes de ambos grupos, se les aplicó una batería de pruebas psicológicas al comenzar el estudio, algunas de ellas se aplicaron mensualmente (dibujo de la figura humana, Bender, V.R.T., de la escala de Grace Arthur las subpruebas de Cubos de Knox y Tablero excavado de Seguin y operaciones básicas). Las pruebas de WISC-WAIS y Laberintos de Porteus, se aplicaron solo al principio y al final del período experimental.

El objetivo de este trabajo era el de valorar los cambios ocurridos en los pacientes del grupo experimental comparados con los del grupo control.

Utilizamos la escala de inteligencia de Weschler, para determinar rendimiento intelectual, porque con esta prueba se pueden analizar específicamente diferentes funciones.

Prueba gestaltica visomotora de Bender: para detectar la presencia o ausencia de daño orgánico cerebral.

Prueba de Retención Visual (V.R.T.), que analiza percepción visual, memoria visual, coordinación visomotora (controlando variables de edad y C.I.).

De la escala de Grace Arthur, algunas subpruebas como Cubos de Knox que mide memoria inmediata, retención, atención y aprendizaje de una secuencia; Tablero excavado de Seguin, analiza percepción visual, coordinación visomotora; Laberintos de Porteus, mide percepción visual, capacidad de anticipación y planeamiento.

También se aplicaron pruebas de lápiz y papel; -- dibujo de la figura humana, para analizar la integración e imagen corporal; y operaciones básicas (sumas, restas, multiplicaciones y divisiones.)

A todos los chicos se les aplicaron las pruebas -- inmediatamente después que terminaba la hemodiálisis.

CRITERIO DE CALIFICACION DE LAS PRUEBAS.

- 1) Las pruebas de WISC-WAIS, se calificaron de acuerdo a las normas del Manual de Weschler.
- 2) Las pruebas de Bender, fueron calificadas de acuerdo al criterio de Kopitz.
- 3) Las subpruebas de Cubos de Knox, Tablero excavado de Seguin y Laberintos de Porteus, fueron evaluadas de acuerdo a los criterios establecidos en el manual de Grace Arthur.
- 4) La prueba de V.R.T., también fué calificada de acuerdo a los criterios establecidos en el manual "The revised visual retention test" de Arthur L. Benton.
- 5) La prueba de la figura humana, se calificó tomando en cuenta el número de rasgos que integraban al dibujo, de acuerdo al criterio de Florence Goodenough.

Caso No. 1

P.M.C., paciente femenina de 14 años de edad.

En octubre de 1971, se le diagnosticó glomerulonefritis aguda post-infecciosa, que posteriormente se calificó como glomerulonefritis rápidamente progresiva.

Más tarde la función renal disminuyó haciendo necesario proceder a una diálisis peritoneal. Posteriormente se inició el programa de hemodiálisis periódica, la cual se realizaba 1 o 2 veces por semana.

Su evolución durante ese tiempo fué satisfactoria, teniendo como problemas: detención del crecimiento y desarrollo, hipertensión, edema, convulsiones y ascitis.

El trazo electroencefalográfico fué reportado anormal.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

Esta paciente aparentaba menos edad de la real, - adelgazada, pálida, de baja estatura. Se incluyó en el -

programa de Hemodiálisis "porque la familia parecía estar bien integrada, contaba con una casa limpia y alimentación adecuada".

Dinámica familiar: "C" formaba parte de una familia integrada por los padres y 7 hijos, de los cuales "C" era la menor. Cuando se hizo el diagnóstico de la enfermedad, toda la familia se mostró interesada en ayudarla. Dos de los hermanos resultaron histocompatibles, sin embargo la madre se opuso rotundamente a que alguno de los dos le donara el riñón.

Es interesante hacer notar que cuando una de las hermanas estaba dispuesta a que se realizara el trasplante, presentó edema sin causa orgánica aparente. La madre siempre acompañaba a "C" a las consultas y a las sesiones de diálisis, sin embargo, nunca cooperó con el tratamiento.

Las actitudes de la familia variaron desde interés y sobreprotección al inicio de la enfermedad, hasta mostrar fastidio y deseos de mantenerla hospitalizada la mayor parte del tiempo. Esta actitud era más evidente en

la madre, quien además era sumamente demandante hacia el equipo médico.

Adaptación: nunca se adaptó al procedimiento de Hemodiálisis. El momento más difícil para ella era al iniciarse el procedimiento, especialmente cuando se conectaba a la máquina. Cerraba los ojos y mostraba gran temor a los piquetes. Durante la diálisis permanecía durmiendo, al final se mostraba sumamente inquieta, y pedía que la desconectarán.

Cambios de carácter: al iniciarse el tratamiento con hemodiálisis, se mostraba entusiasmada y confiada en un próximo trasplante de riñón. A medida que el tiempo pasó y el esperado trasplante no se realizaba, su actitud cambió notablemente, tornándose apática, sin deseos de vivir.

La aparición de complicaciones médicas hicieron - que se alteraran aún más su esquema corporal y su carácter.

Información sobre la enfermedad: negaba tener conocimiento sobre las características y pronóstico de su enfermedad, sin embargo tenía suficiente información sobre la fístula la cual ocultaba, conocía el proceso de la hemodiálisis y las limitaciones dietéticas, pero solo lo comentaba con sus compañeros de la Unidad de Hemodiálisis.

Trataba de evadirse de la realidad y negaba su padecimiento y dependencia materna.

Intereses: estaban centrados alrededor de su familia. - Trataba de obtener buenas calificaciones en la escuela, - tal vez como mecanismo para compensar a la familia por los problemas que estaba ocasionando.

Actitudes del Equipo Médico: cuando ingresó al programa de hemodiálisis, la actitud del equipo médico fué igual a la de la familia. A medida que se fueron cansando de la actitud demandante de la familia y de la paciente, empezaron a cambiar paulatinamente y "sentir que la rechazaban".

Rendimiento escolar: asistía a la escuela al 6o. año de primaria, con aparente buen rendimiento.

RESULTADOS DE LA VALORACION PSICOLOGICA:

Impresionaba como una chica bastante infantil, temerosa "bien educada", su actitud durante la aplicación - de las pruebas era pasiva y se observó en ella, dificultad para concentrarse.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

tes:	Valoración Inicial.	Valoración Final.
WISC		
Escala verbal	C.I. 82	C.I. 85
" ejecución	75	87
" Global	77	85
Bender	Normal	Normal
Rasgos de la Fig.Humana	31	30

Caso No. 2

R.G.A., paciente femenina de 12 años 5 meses de edad.

Ingresó en diciembre de 1973, con síntomas de ---
uremia que ameritaron diálisis peritoneal. Se le diag
nosticó enfermedad renal crónica con insuficiencia renal ter
minal.

Se planteó la posibilidad de trasplante renal de
donador vivo que en este caso resultó ser la madre. Al -
ser aceptado, se incluyó en el programa de hemodiálisis -
periódica, estableciéndose previamente una fístula arte--
riovenosa en antebrazo derecho mediante un autoinjerto de
vena safena. Las diálisis se iniciaron en enero de 1974,
efectuándose 2 veces por semana.

Los principales problemas durante el tratamiento
fueron; oclusiones de la fístula arteriovenosa (5 en to--
tal) internas y externas. Fueron solucionados por la co-
locación de un injerto de carótida de bovino (agosto 1974)
que continuó siendo útil hasta su muerte. El otro problee

ma importante fué el control de la presión arterial que permaneció muy elevada a pesar de las diálisis y medicación hipertensiva. En mayo de 1974, se utilizó líquido de diálisis modificado lográndose controlar satisfactoriamente la hipertensión arterial.

En marzo de 1975, se observó deterioro muy importante del estado nutricional, debido a una ingesta muy pobre de nutrientes (100 calorías/día), por lo que se decidió valorar en ella el efecto de un complemento alimenticio (aminoácidos esenciales y carbohidratos). El resultado no pudo observarse por haber fallecido a los dos meses de estarlo utilizando (mayo de 1975). La causa de la muerte fué muy probablemente hiperkalemia severa. La autopsia no mostró patología diferente a la causada por la uremia.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Se trató de una chica que aparentaba menos edad de la real, pálida, adelgazada; ingresó al programa de hemodiálisis porque cuando se le diagnosticó la IRC, "la ma-

dre estaba dispuesta a donarle un riñón".

Dinámica familiar: la familia estaba compuesta por los -
padres y tres hijos, de los cuales "A" era la segunda. -
Los chicos permanecían al cuidado de la abuela, ya que --
los padres trabajaban.

Cuando se les informó acerca del padecimiento de la niña, se mostraron interesado en colaborar con el tratamiento y la madre dispuesta a donarle el riñón; adoptaron una actitud sobreprotectora, la cual evolucionó a lo largo del tratamiento, hasta convertirse en un franco rechazo que se materializó en la negativa de la madre a donar el riñón.

No colaboraban con el tratamiento; su alimenta---
ción no era la adecuada, de manera que se observó un dete
rioro importante del estado nutricional.

Adaptación: Nunca logró una buena adaptación a las sesio
nes de hemodiálisis. Toleraba bien los piquetes, sus mo
lestias eran generalmente debidas al poco control que ha
bía sobre su presión arterial.

Cambios de carácter: Se comportaba como una niña de menor edad, se mostraba angustiada y lloraba fácilmente. Siempre manifestó molestias físicas después de la diálisis.

Información sobre la enfermedad: lloraba cuando le preguntaban acerca de su enfermedad, su cooperación con el tratamiento era muy pobre. La causa de su muerte fué hiperkalemia severa, debido muy probablemente a transgresión de la dieta; nunca se supo como obtuvo una bolsa de chocolates materia de la transgresión.

Actitudes del equipo médico: En general trataban de protegerla, ya que sentían que la familia no se interesaba por ella.

Rendimiento escolar: no asistía a la escuela, justificándose en que tenía que asistir a hemodiálisis dos veces -- por semana.

RESULTADOS DE LA VALORACION PSICOLOGICA:

Durante la entrevista, se logró establecer una -- buena relación, pudiéndose observar que adoptaba la actitud de "niña chiquita", quejándose continuamente de las molestias producidas por la diálisis. En la ejecución de las tareas era muy lenta y tenía dificultades para concentrarse.

Obtuvo los siguientes resultados:

	Valoración Inicial.	Valoración Final.
WISC		
Escala verbal	C.I. 75	C.I.
" ejecución	75	
" Global	73	
Bender:	Normal	
Rasgos Fig. humana	33	

Caso No. 3

L.V.J., paciente masculino de 15 años de edad.

Ingresó al servicio de Nefrología en 1972 con manifestaciones clínicas de IRC. Se diagnosticó insuficiencia renal terminal secundaria a Glomerulonefritis crónica. Se discutió con la familia las posibilidades de trasplante renal, descartándose por no tener donador vivo relacionado.

Se decidió su inclusión en el programa de hemodiálisis periódica, como candidato potencial a trasplante de riñón de cadáver.

Una vez instalada la fístula se iniciaron dos hemodiálisis por semana. En mayo de 1973 se instaló una fístula interna usando un autoinjerto de safena y se continuó dializando en la misma forma. Tuvo problemas por aumento de la tensión arterial, se logró controlar este problema modificando el líquido de diálisis.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Se trató de un adolescente pálido, alto, que aparentaba mayor edad de la real, se le observaba malhumorado y triste, estaba incluido en el programa de hemodiálisis en espera de trasplante de riñón de cadáver.

Dinámica familiar: provenía de un medio familiar desorganizado, convivía con la esposa de su padre (quien no era su madre real). El padre aparentaba interés por "J", pero nunca se interesó por conocer detalles del padecimiento, su tratamiento y la manera de ayudarlo. Su convicción de que la responsabilidad total de "J" recaía en el equipo médico le hacía tener una actitud muy demandante.

Adaptación: aceptaba las diálisis y las molestias que el procedimiento le causaba, entendía las explicaciones que se le daban para justificar los piquetes. Al comenzar el tratamiento se mostraba tranquilo, presentando inquietud y molestias solamente al final de la diálisis. Estas molestias se acentuaban cuando tenía problemas en su casa, en estas ocasiones reaccionaba además transgrediendo su dieta.

Cambios de carácter: Al inicio del tratamiento era bromista y juguetón, fué cambiando paulatinamente de tal manera que posteriormente tenía períodos de agresividad, parecía que estaba enojado y hastiado de todo, lo cual evolucionó hasta tomar una actitud pasiva de indiferencia y dependencia total de la madrastra.

Información sobre la enfermedad: tenía conocimiento de su enfermedad, del tratamiento y del pronóstico, muchas de las complicaciones que presentó fueron debidas a transgresiones de la dieta, lo cual hacía frecuentemente. Estaba consciente de que las posibilidades de trasplante eran -- muy remotas.

Intereses: Tenía proyectos de inscribirse en la Secundaria mediante el sistema de enseñanza abierta, ocasionalmente trabajaba con su padre; participaba en actividades de juego con sus hermanos.

Actitudes del Equipo Médico: era el consentido de una de las técnicas del equipo de hemodiálisis, lo cual provoca-

ba que la otra lo rechazara "tratando de equilibrar el --
manejo".

Rendimiento escolar: Inició el primer año de secundaria
haciendo un esfuerzo por asistir, pero en los exámenes lo
suspendieron por inasistencias; tomaba eventualmente cla-
ses de inglés.

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA.

Durante las entrevistas se logró establecer una relación positiva con "J", ponía atención en realizar las tareas que se le solicitaban, en ocasiones manifestó molestias físicas que desaparecían con la administración de -- placebos, generalmente negaba que lo afectaran las complicaciones que le ocasionaba su enfermedad.

Obtuvo los siguientes resultados:

	Valoración Inicial.	Valoración Final.
WISC		
Escala verbal	C.I. 91	C.I. 105
" ejecución	92	103
" Global	91	104
Bender:	Normal	Normal
Rasgos de la Fig. humana	32	34

Caso No. 4

M.G.R., paciente masculino de 14 años de edad.

Ingresó al hospital en diciembre de 1972, con antecedentes de haber sufrido hematuria durante los dos - - años anteriores. Se le diagnosticó Glomerulonefritis membranoproliferativa e insuficiencia renal leve.

La función renal se deterioró en forma progresiva por lo que en enero de 1974 se decidió iniciar tratamiento con hemodiálisis periódica. En vista de que la función renal, había mejorado y de que no había buena rehabilitación del paciente, se decidió suspender el tratamiento. Algunas semanas después se le practicó diálisis peritoneal.

Sufrió cuadros convulsivos secundarios a hemorragia cerebral con daño irreversible, debido a hipertensión arterial, por lo que se suspendió todo tratamiento. Dos semanas después inició recuperación espontánea del estado de conciencia, de la motilidad y del lenguaje, hasta la -

recuperación completa. La función renal en ese período - permaneció estable.

En septiembre de 1974 se decidió integrarlo de nuevo al programa de hemodiálisis periódica.

Electroencefalograma: reportado como Anormal.

ASPECTOS PSICOLOGICOS.

Dinámica familiar: familia integrada por los padres y cinco hijos; de los cuales nuestro paciente era el mayor. El tercero presentaba secuelas de polio. El padre se emborrachaba frecuentemente, la madre era una mujer ansiosa, deprimida, que llevaba el control del hogar de manera cambiante e inestable.

Cuando se enteraron del padecimiento y su pronóstico, el padre reaccionó evitando todo contacto con la -- unidad hospitalaria y la madre se deprimió a tal grado -- que vió el tratamiento de su hijo en hemodiálisis como -- la salvación de una muerte segura. Sin embargo, pese a --

su interés nunca logró una buena cooperación en el tratamiento.

Adaptación: nunca logró una buena adaptación a la hemodiálisis, ya que siempre tuvo problemas en el momento de instalarla, y nunca se supo si sus molestias eran reales o ficticias. En algunas ocasiones cuando tenía la presión en cero no se quejaba, mientras que en otras ocasiones cuando todas sus constantes vitales eran aparentemente normales, él se quejaba constantemente.

Durante la hemodiálisis sus problemas se debían a continuas bajas de presión y a que presentaba convulsiones durante y después de ella.

Cambios de carácter: su carácter siempre fué "bueno", bromista, cuando se le planteó la posibilidad de un trasplante de riñón de cadáver, se mostró temeroso.

Información sobre la enfermedad: conocía detalles de su enfermedad y las limitaciones en cuanto a dieta que se le imponían. Cuando tenía problemas en su casa, violaba la

dieta y regresaba a la Unidad hinchado y con la presión arterial elevada.

Intereses: no tenía gran interés por superarse, y por otro lado, el medio ambiente familiar no era propicio para que estuviera interesado en cambiar.

Actitudes del Equipo Médico: la actitud del equipo médico fué de sobreprotección al inicio del programa, pero cambió al ver que se excedía en sus demandas y no cumplía -- las indicaciones del tratamiento.

Rendimiento Escolar: terminó la instrucción primaria, y durante el tiempo en que se realizó esta investigación se le insistió para que re-iniciara su escolaridad, logrando que se inscribiese en la secundaria por las tardes.

RESULTADOS DE LA VALORACION PSICOLOGICA.

Adolescente con apariencia física agradable, bromista (no se observan en él los síntomas físicos de la --- IRC); se relacionaba fácilmente; se observaba en él cierta necesidad de afecto, pero manipulaba para obtenerlo o para no realizar las tareas que se le solicitaban. Su atención se dispersaba fácilmente.

Obtuvo los siguientes resultados:

	Valoración Inicial.	Valoración Final.
WISC		
Escala verbal	C.I. 81	C.I. 86
" ejecución	85	97
" Global	81	91
Bender:	Normal	Normal
Rasgos fig. humana	25	31

Es el único de los 6 pacientes de este estudio -- que continúa con vida; fué trasplantado con riñón de donador cadáver en el Hospital General del C.M.N. del I.M.S.S.

Caso No. 5

A.G.J., paciente masculino de 16 años.

Ingresó al servicio de Nefrología en octubre de 1972, con diagnóstico de probable hipertensión secundaria a nefropatía. Siete días después de su internamiento se presentó crisis convulsiva; los estudios practicados demostraron una hipoplasia renal bilateral con insuficiencia renal grave, con hipertensión arterial.

Desde la fecha de su ingreso hasta junio de 1973, se le practicaron diálisis peritoneales, en esa fecha se le instaló una fístula arteriovenosa externa e ingresó al programa de hemodiálisis. Las sesiones eran inicialmente una vez a la semana y posteriormente dos.

El principal problema durante las sesiones era el control de la presión arterial, lo cual dió lugar a cuadros de insuficiencia cardíaca.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Adolescente adelgazado, pálido, de baja estatura y aspecto cadavérico, impresionaba como de inteligencia normal, en su afecto predominaba la depresión, apatía, in diferencia y abulia.

Dinámica familiar: pertenecía a una familia integrada por los padres y diez hijos, de los cuales el era el noveno; la madre lo consentía mucho, existía una buena relación - con los hermanos.

Adaptación: Se trató de un paciente, que no era derechohabiente, no tenía donador, motivo por el cual estaba sometido a diálisis peritoneal, la cual le hacía sufrir mucho. Se suspendieron las diálisis peritoneales porque tenía un derrame pericárdico. Posteriormente se practicó - punción pericárdica. Se decidió incluirlo en el prográ-- ma de hemodiálisis en espera de riñón de cadáver. Duran-- te las diálisis convulsionaba.

Siempre fué introvertido, serio, difícilmente -- verbalizaba, pero cuando lo mimaban, bromeaba de vez en - cuando.

Cambios de carácter: se sentía mal por no ir a la escuela sentía que se había vuelto egoísta, envidioso, no tenía amigos, no tenía novia "solo la podré tener cuando trabaje".

Deseaba aliviarse y estudiar la carrera de Lic. - en Derecho, a veces se sentía triste por la enfermedad. Nada le llamaba la atención y fantaseaba que la enfermedad desaparecería.

Información sobre la enfermedad: afirmaba que su enfermedad era curable, aunque ignoraba si era aguda o crónica, comentaba "la aguda se cura, la crónica no", solo con - - trasplante renal. Estaba enterado de que un riñón no le funcionaba bien, que la hemodiálisis era para sacarle agua y "lavarle la sangre".

Intereses: Estaban centrados en su familia y en que la -- enfermedad desapareciera para poder estudiar.

Actitudes del equipo médico: El equipo médico mostraba mucho cuidado con este paciente, ya que presentaba múltiples

complicaciones debido al difícil control de su presión arterial; además el paciente se disgustaba con los médicos cuando existían complicaciones, reprochándoles su poco -- cuidado.

Escolaridad: Cursó hasta el tercer año de secundaria, sin llegar a terminarlo. Al iniciarse la hemodiálisis dejó -- de asistir a la escuela, manifestando tristeza y coraje -- por perder el año escolar.

RESULTADOS DE LA VALORACION PSICOLOGICA.

Adolescente de apariencia enojada, generalmente - permanecía en silencio, era difícil establecer relación - con él, en ocasiones se mostraba burlón y devaluaba la importancia de las tareas que realizaba durante la valoración psicológica.

Obtuvo los siguientes resultados:

	Valoración Inicial.	Valoración Final.
WAIS.		
Escala verbal	C.I. 92	C.f. 94
" ejecución	86	90
" Global	88	91
Bender:	Normal	Normal
Rasgos fig. humana	22	30

Caso No. 6

M.V.L., paciente femenino de 17 años de edad.

Ingresó al servicio de Nefrología en diciembre de 1971, con crisis de hipertensión severa y manifestaciones de uremia, por lo que fué sometida a diálisis peritoneal.

Posteriormente se comprobó el diagnóstico de Nefropatía crónica con insuficiencia renal grave; iniciándose en enero de 1972, tratamiento con hemodiálisis periódica, a través de fístula arteriovenosa, usando un injerto de safena.

Los únicos problemas importantes que presentó fueron una bronconeumonía e infecciones intestinales.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Dinámica familiar: pertenecía a una familia integrada por los padres y 7 hijos. "L" ocupaba el 4o. lugar; el padre mostró poco interés por conocer detalles acerca del pade-

cimiento y su pronóstico. La madre en ocasiones la acompañaba al Hospital y se interesaba por "L"

Los padres siempre tuvieron una actitud sumamente dependiente del equipo médico, tenían un gran temor de que algo malo pasara si el padre que resultó ser el único donador compatible, donaba el riñón. Es muy probable que todo esto se debiera a su escasa escolaridad.

Adaptación: Cuando ingresó al programa de hemodiálisis manifestaba cierto temor ante la diálisis, debido probablemente a su desconocimiento acerca del procedimiento. Posteriormente se adaptó, ya que sabía que era la única forma de mejorar.

Aprendió a armar y lavar la máquina de diálisis, era muy platicadora, muy animosa. Paulatinamente su ánimo fué decayendo hasta que llegó un momento en que se resignó a vivir con su enfermedad, comentando que "era la voluntad de Dios". Al inicio y al final de las diálisis tenía "palpitaciones" (extrasístoles), lo cual le producía mucho miedo.

Cambios de carácter: como todos los pacientes en hemodiálisis, empezó con un período de temor, después tuvo un período de dinamismo y posteriormente uno de aplanamiento y resignación. En un principio creía que no estaba tan mal como para ameritar el tratamiento de diálisis.

Información sobre la enfermedad: cuando ingresó por primera vez se le informó a ella y a sus padres que el único medio de mejorar eran las diálisis, nunca se planteó en concreto la posibilidad de trasplante.

Tenía conciencia de su enfermedad y las complicaciones. Era muy metódica y siempre siguió al pie de la letra las indicaciones médicas y dietéticas.

Intereses: Estaban centrados en su familia, en poder ayudar a sus padres y a sus hermanos.

Rendimiento escolar: terminó la instrucción primaria y eventualmente tomaba clases de piano, juguetería, taquigrafía y mecanografía, pero no en forma constante.

Actitudes del equipo médico: como con todos los pacientes al inicio, tuvieron una actitud sobreprotectora con ella, pero cambiaron al darse cuenta de que le estaban haciendo daño y que se estaba aprovechando de esta actitud, ya que además esto les causaba problemas al no satisfacer sus de mandas; y de que todo lo anterior afectaba el procedimien to de hemodiálisis.

RESULTADOS DE LA VALORACION PSICOLOGICA.

Durante las entrevistas, se logró establecer una relación positiva con "L", verbalizaba situación de su vida familiar, pero siempre evitaba comentar acerca de su enfermedad y de las limitaciones o complicaciones que esta le causaba. En general se le observaba "aplanada" y era sumamente lenta en la realización de las tareas que se le solicitaban.

Obtuvo los siguientes resultados:

	Valoración Inicial.	Valoración Final.
WAIS		
Escala verbal	C.I. 83	C.I. 87
" ejecución	77	86
, " Global	80	86
Bender:	Normal	Normal
Rasgos de la fig. humana	28	33

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

El análisis estadístico de los datos se efectuó - mediante la aplicación de la Prueba "t" de Student, de diferencia y promedios, bajo las siguientes hipótesis:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2}} \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

Hipótesis Nula H_0

$$\mu_1 = \mu_2$$

Al final del experimento, NO hay diferencia significativa en el - rendimiento intelectual del grupo control y el del grupo experimental.

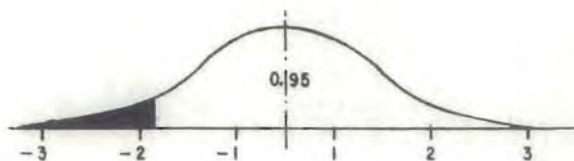
Hipótesis alternativa

$$H_1 \\ \mu_1 > \mu_2$$

Al final del experimento, el rendimiento intelectual del grupo - experimental es mejor que el del grupo control.

Para probar si existen o no diferencias significativas, se estableció una frontera de decisiones con un Nivel de Significación de 0.05; y posteriormente formulamos la siguiente regla de decisiones:

Si el valor que se obtenga de "t" es mayor que -- -1.83, (o bien se encuentra a la izquierda de -1.83, la prueba será significativa y por lo tanto se rechaza H_0 .



RESULTADOS.

Las diferencias obtenidas de los resultados de la prueba de Weschler, aparecen en el cuadro No. 1 (pág. 76)

Comparando las pruebas de WISC-WAIS realizadas al principio y al final del período experimental, tanto en los puntajes de la escala verbal, de ejecución y global, podemos observar que hubo una mejoría en la valoración -- final. No obstante, la diferencia solamente fué significativa en las escalas de ejecución y global, ambas con un nivel de significación de 0.05.

CUADRO No. 1
VALORES DE LA PRUEBA DE WECHSLER

ESCALAS WISC	PUNTAJE PROMEDIO WISC		DESVIACION STANDARD DE LOS PUNTAJES WISC		VALORES DE "t"	FRONTERA DE DECISIONES CON NIVEL DE SIGNIFICACION 0.05	ACEPTACION O RECHAZO DE Ho.
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL			
WISC VERBAL	84.16	91.40	5.63	7.49	-1.65	1.83	
WISC EJECUCION	81.16	92.20	6.42	6.85	-2.39	1.83	RECHAZO
WISC GLOBAL	81.66	91.40	6.20	6.77	-2.49	1.83	RECHAZO

El cuadro No. 2, nos muestra las diferencias entre la valoración inicial y la valoración final del grupo.

Prueba de Bender: el promedio de errores por paciente en la valoración inicial fué de 2.83, disminuyendo a 2.2 --- errores por paciente en la fina. Dicha diferencia no fué estadísticamente significativa.

Dibujo de la figura humana: el número promedio de rasgos incluídos en los dibujos iniciales fué de 28.5 y de 31.6 en la ejecución final. La diferencia con un nivel de 0.05 de significación, fué significativa.

Operaciones básicas: la calificación promedio al inicio - fué de 60.33 puntos y de 67 en la final, siendo estadísticamente significativa con un nivel de 0.05.

De la escala de Grace Arthur: En las subpruebas de Cubos de Knox, Laberintos de Porteus y Tablero excavado de Seguin. Solo se observaron diferencias significativas en las dos últimas.

En la prueba de V.R.T.: hubo un incremento en la calificación en cuanto a número de aciertos esperados y un decremento en cuanto a los errores permitidos; sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Comparando los datos obtenidos del grupo constituido como un todo, tanto en su valoración inicial como en la final, encontramos que en todas las pruebas aplicadas hubo mejoría en la valoración final y que esa mejoría se tradujo en diferencias significativas en las escalas de Ejecución y Global de WISC-WAIS, Dibujo de la figura humana, Operaciones básicas, Tablero de Seguin y Laberintos de Porteus.

CUADRO No. 2
DATOS DEL GRUPO. DIFERENCIA ENTRE VALORACION INICIAL Y VALORACION FINAL

PRUEBAS APLICADAS	PUNTAJE PROMEDIO		DESVIACION STANDARD DE LOS PUNTAJES		VALORES DE "t"	FRONTERA DE DECISIONES CON NIVEL DE SIGNIFICACION 0.05	ACEPTACION O RECHAZO DE Ho.
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL			
WISC VERBAL	84.16	91.40	5.63	7.49	-1.65	1.83	
WISC EJECUCION	81.66	92.20	6.42	6.85	-2.39	1.83	RECHAZO
WISC GLOBAL	81.66	91.40	6.20	6.77	-2.49	1.83	RECHAZO
BENDER (ERRORES)	2.83	2.2	1.67	1.46	+0.60	1.83	
FIGURA HUMANA (No. DE RASGOS)	28.5	31.6	3.94	1.62	-2.76	1.83	RECHAZO
OPERACIONES BASICAS	60.33	67	13.13	20.06	-5.01	1.83	RECHAZO
CUBOS DE KNOX	4.62	5.30	0.70	0.78	-1.39	1.83	
TABLERO SEGUIN	5.82	8.97	2.33	0.95	-2.58	1.83	RECHAZO
LABERINTOS PORTEUS	5.60	6.79	1.00	0.67	-2.08	1.83	RECHAZO
V.R.T. (ACIERTOS)	5.33	5.40	2.86	1.01	-0.19	1.83	
V.R.T. (ERRORES)	6	5.20	3.95	1.16	+0.39	1.83	



En cuanto a rendimiento intelectual, valorado con la Escala de Weschler, el promedio Global fué de 81.66 -- puntos que corresponde a INTELIGENCIA SUBNORMAL, y después del período experimental fué de 91.40 puntos que corresponde a INTELIGENCIA NORMAL PROMEDIO. Esta diferencia -- fué estadísticamente significativa a nivel de 0.05.

Los errores encontrados en la prueba de Bender, - calificados de acuerdo al criterio de Kopitz, no indicaron la existencia de daño orgánico cerebral.

En el grupo en general no hubo datos de deterioro en funciones de percepción y memoria visual, coordinación visomotora, retención, memoria inmediata, atención y -- aprendizaje de una secuencia; los dibujos de la figura humana estaban mejor integrados en la valoración final.

El cuadro No. 3 muestra una comparación de los resultados obtenidos por el grupo control y el grupo experimental.

Encontramos que de la batería de pruebas aplica--das, solamente en dos hubo diferencia estadísticamente --significativa (Dibujo de la figura humana y Cubos de Knox) y estas fueron a favor del grupo control que no recibía -ningún complemento alimenticio.

CUADRO No. 3

COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL

PRUEBAS APLICADAS	PUNTAJE PROMEDIO				DESVIACION STANDARD DE LOS PUNTAJES				VALORES DE "t"		FRONTERA DE DECISIONES CON NIVEL DE SIGNIFICACION 0.05	ACEPTACION O RECHAZO DE Ho.
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL		INICIAL	FINAL		
	"C"	"E"	"C"	"E"	"C"	"E"	"C"	"E"				
WISC VERBAL	85.33	82.66	89	95	4.78	6.54	3.55	.74	.47	.74	1.83	RECHAZO Ho
WISC EJECUCION	82.66	80.66	91	95	4.02	8.01	4.54	8	.31	.55	1.83	
WISC GLOBAL	83	80.33	89.33	94.50	3.55	-.44	2.35	9.50	.44	.70	1.83	
BENDER (ERRORES)	2	3.66	1.33	3.50	1.63	1.37	1.36	.50	1.11	1.69	1.83	
FIGURA HUMANA (No. DE RASGOS)	25	32	31.33	32	2.44	.81	1.24	2	3.91	.36	1.83	
OPERACIONES BASICAS	66.66	54	66.33	68	15.32	5.65	21.31	18	1.10	-.07	1.83	
CUBOS DE KNOX	4.28	4.97	5.66	4.78	.33	.80	.97	.5	2.55	.88	1.83	
TABLERO SEGUIN	6.34	5.29	8.86	9.13	2.26	2.28	.99	.80	.48	1	1.83	
LABERINTOS PORTEUS	5.07	6.14	6.30	7.51	1.16	.53	.09	.12	1.24	.13	1.83	
V.R.T. (ACIERTOS)	5.66	5	5.33	5.50	2.86	2.82	1.24	.51	.23	.14	1.83	
V.R.T. (ERRORES)	5	7	5.33	5	3.26	4.32	1.24	1	.52	.24	1.83	

DISCUSION.

Probablemente el hecho más sobresaliente de este estudio fué la mejoría significativa, que en cuanto a rendimiento intelectual se presentó en todos los pacientes al final del período experimental, a pesar de que desde el punto de vista físico no había bases suficientes para esta mejoría y aún se esperaba que en los pacientes del grupo control hubiera cierto deterioro.

Vale la pena mencionar que en el trabajo en el cual se estudió al mismo grupo de pacientes, observando los efectos de un alimento especial (Vivonex), se demostró que el grupo que lo tomó mejoró significativamente su estado nutricional. Cravioto ha postulado que una dieta rica en aminoácidos esenciales optimiza el desarrollo intelectual (31). Puesto que los pacientes del grupo experimental recibieron una dieta rica en aminoácidos esenciales, se podría inferir que conforme al postulado de Cravioto, estuvieran en mejores condiciones en cuanto a rendimiento intelectual que el grupo control.

De hecho el grupo experimental mejoró su rendimiento intelectual, pero la mejoría no fué estadísticamente significativa en relación a la mejoría observada por el grupo control.

Podemos concluir entonces que la mejoría en el rendimiento intelectual, no fué debida en este caso a la mejoría del estado nutricional.

A pesar de que comparando la valoración inicial con la final de todo el grupo, se observó una mejoría estadísticamente significativa en cuanto a rendimiento intelectual; también se observó un "deterioro emocional" en casi todo el grupo, el cual puede ser producto de un manejo inadecuado desde el punto de vista de Información, Relación y Apoyo Emocional, tanto por parte del equipo médico, como dentro del núcleo familiar.

CONCLUSIONES.

1. En este estudio, la administración de un complemento alimenticio (Vivonex), no mejoró el rendimiento intelectual de los pacientes a quienes se les administró.
2. Todos los pacientes estudiados se deterioraron emocionalmente.
3. Por el contrario, todos mejoraron en su rendimiento intelectual.

COROLARIO.

Mencionaré algunas de las observaciones hechas durante el tiempo que participe en el equipo interdisciplinario de la Unidad de Hemodiálisis.

- A) En lo que se refiere a los enfermos, impresionaba primero: el tono amarillento de su piel, su apariencia física que no concordaba con su edad cronológica. Eran sumamente pasivos. Solamente una de las seis acudía a la escuela. Tenían dificultad para relacionarse. En ellos se mezclaba la vergüenza y el coraje de que les vieran la fístula y les preguntaran por ella, generalmente usaban ropa que se las cubriera. Temían sufrir algún problema con ella, especialmente obstrucciones. Lo anterior limitaba grandemente su actividad motora y su participación en actividades físicas de grupo.

Los chicos se negaban generalmente a hablar de su padecimiento, tanto sobre las causas, el manejo, el futuro y las posibilidades de trasplante. La información acerca de su enfermedad y evolución la obtenían

de manera indirecta, solo la manejaban entre ellos.

Generalmente nunca se les había tomado en cuenta para explicarles las maniobras que iban a realizarse en sus cuerpos, ni las ventajas que de ello obtendrían.

- B) Al entrar en contacto con la Unidad de Hemodiálisis, encontré un equipo de trabajo integrado por un médico nefrólogo, dos técnicas en hemodiálisis, una trabajadora social y un médico psiquiatra. Se percibía que entre ellos no había un verdadero espíritu de grupo, quizá debido a que los que trabajaban en el área física de la Unidad de Hemodiálisis, se quejaban de la falta de interés del psiquiatra en las labores que ahí se desempeñaban y de la falta de comunicación; cuando esta se daba, se utilizaban dos lenguajes distintos: uno de "tipo médico" y otro de "tipo psiquiátrico". Estas dificultades impedían un manejo integral de los pacientes.

Me molestó grandemente que el interés del equipo médico en cuanto a mi labor dentro de ese grupo de trabajo se cifrara únicamente en obtener un dato numéri

co como lo es el C.I., pude entender esto cuando me dí cuenta de la poca importancia que se daba a las relaciones médico-paciente, médico-familia, paciente familia, y a las relaciones entre los miembros del mismo equipo.

- C) Relación médico-paciente: comunmente se escucha "es un niño y no entiende", y parece que esta frase es-
cucha a los que trabajamos con pacientes en la etapa de crecimiento y desarrollo, para disculpar nuestra falta de respeto hacia ellos, que al final de cuentas son los que sufren una enfermedad y sus conse--
cuencias.

La atención médica que recibían estos pacientes, posiblemente era inmejorable, pero no se les atendía de manera integral. La comunicación era deficiente, no se les había explicado de manera directa cual era su enfermedad, su evolución, su pronóstico y el posi-
ble tratamiento.

Tampoco se les había hablado acerca de las limitacio-
nes que la IRC les imponía, ni de las actividades --
"normales", que podrían seguir desarrollando. Al no

tener información real, a pesar de la aparente mejora, fantaseaban con temores como el de muerte, lo cual les producía un estado de tensión emocional.

No se tomaba en cuenta su estado emocional, no se trataba de investigar las causas de sus reacciones, depresiones, apatía, irritabilidad, dependencia y actitudes demandantes. Tampoco se les tomaba en cuenta para decidir acerca de su tratamiento.

Sin embargo cuando estas conductas "inadecuadas" se presentaban de manera frecuente, o durante períodos prolongados, molestaban al personal que los atendía.

- D) Relación médico-familia: al momento de diagnosticar la IRC o de plantear la posibilidad de ingresar a un programa de hemodiálisis, no se daba información clara acerca del padecimiento, las ventajas y desventajas de la Hemodiálisis como tratamiento y del trasplante renal como metal.

No se hacía conscientes a los padres de que los primeros responsables de la "salud física y mental" de sus

hijos eran ellos. Ni se hacía énfasis en que la evolución de estos chicos depende en gran parte del apoyo emocional que les brinde la familia.

La comunicación se establecía entre el personal médico y los familiares de manera muy deficiente. Parecía que de manera implícita desarrollaban un acuerdo para tolerar "conductas no adecuadas" de los chicos. Al ingresar al programa de Hemodiálisis se les trataba como si fueran personas totalmente diferentes a las que eran antes. Probablemente este "acuerdo" se basa en la aceptación de que estos pacientes generalmente tienen un -- pronóstico grave, sintiéndose obligados a facilitarles una sobrevida "agradable"

Todo esto complicaba el trabajo del equipo médico, alteraba la dinámica familiar y repercutía -- en contra del paciente. Se fomentaba en ellos -- conductas regresivas y dependientes, entre ellas la de aislarse y disminuir su actividad e interés por tareas propias de su edad.

Por otro lado, los familiares, especialmente las madres que eran las que acompañaban a los pacientes a su tratamiento, desarrollaban actitudes de mandantes y dependientes del equipo médico; veían a sus miembros como padres, y en ocasiones eran incapaces de decidir cualquier aspecto de su vida familiar sin consultarlos.

- E) Relación familia-paciente: considero que el apoyo que en un momento dado la familia brinda al paciente en etapa de crecimiento y desarrollo, es tan importante que de ello depende el éxito o el fracaso del tratamiento médico. Cuando la familia obtiene del equipo de salud, información y apoyo suficientes, puede ser capaz de manejar -- adecuadamente el problema de tener un enfermo -- crónico dentro del núcleo familiar. Entenderán mejor la situación de su enfermo, sin exigirle -- más allá de lo que puede dar, pero tampoco lo limitarán.

En este grupo en particular, las posibilidades -

de trasplante renal estaban cifradas en obtener un riñón de donador cadáver, los pacientes lo vi vían como falta de interés por ayudarlos por par te de los miembros de la familia, lo cual los ha cía generar agresividad hacia ellos.

- F) Relación del Equipo de Trabajo: como mencioné an teriormente, no existía una comunicación adecuada entre los miembros del equipo. Aunque tenían como meta común la mejoría del paciente, se desconocían las expectativas individuales de cada uno de los miembros y si estas podrían conjuntarse para lograr la meta común. Lo anterior, aun do a lo poco gratificante que resulta trabajar con enfermos crónicos, debido a que el éxito y la satisfacción no se basa en la curación, sino simplemente en mantenerlos con vida en espera de un trasplante, impide que se realice un verdadero trabajo de equipo.

A pesar de numerosos intentos, no se había es tablecido un criterio de selección de pacientes para

ingresar al programa de hemodiálisis.

Por otra parte, siempre existían presiones de diferentes tipos que influían sobre la decisión para ser aceptados.

No existía un programa de información para obtener una buena cooperación tanto de los familiares como de los enfermos.

Todas estas situaciones ayudaban a que algunos paciente desarrollaran sentimientos de desinterés por la vida, ya que perdieron la meta previamente establecida y no recibieron apoyo para establecer nuevas. Ayudaron también a que desarrollaran una -- agresividad muy grande hacia todo y hacia todos los que los rodeaban, teniendo que reprimirla no pocas - ocasiones; su incapacidad para exteriorizarla, los - obligaba a introyectarla, llegando a destruirse a sí mismos. Un ejemplo lo constituyen los casos 2 y 3 - de quienes se sospechó que intencionalmente transgre- dieron la dieta.

Al establecer una buena comunicación, sobre la base de no tratarlos como inválidos, se pudo ayudarlos a modificar algunos aspectos de su forma de vida, tales como el reingreso a actividades escolares o de terapia ocupacional.

También pude establecer comunicación con los miembros del equipo médico, quienes escucharon mis sugerencias para establecer relaciones adecuadas entre el equipo, el paciente y sus familiares, así como para manejar los problemas emocionales originados por la dinámica de la enfermedad crónica.

Comprendieron mis inquietudes tal vez un tanto obsesivas por brindar a estos pacientes una mayor calidad de vida, más que una sobrevivida, y me brindaron todo el apoyo necesario y la información para que yo pudiera integrarme al grupo de trabajo y realizar esta tesis.

Por último, quiero subrayar algunos puntos que considero indispensables en el manejo de estos pacientes:

La participación de un equipo interdisciplinario de salud que tenga entre sus objetivos los siguientes:

- A. Trabajar en equipo desde el momento en que se detecta al paciente.
- B. Establecer una buena relación médico-paciente-familia. (enfatisando el respeto que se debe al paciente en etapa de crecimiento y desarrollo).
- C. Establecer programas de información a pacientes y familiares para situarlos dentro de su realidad, para que aprendan a manejarla; de esta manera se obtendrá mayor cooperación con el tratamiento.
- D. Establecer un criterio de selección, en el cual se exija un mínimo de actividad escolar u ocupacional, con el fin de evitar que el paciente se desligue totalmente de sus actividades habituales.
- E. Manejar la psicodinamia de la enfermedad crónica como un todo: enfermo-familia-equipo médico. Valorar la necesidad de proporcionar terapia familiar; y brindar ayuda de psicohigiene periódicamente al equipo de trabajo que maneja a estos pacientes.

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

1. Battle, C.U.: Enfermedades físicas crónicas. Aspectos
behaviorales.- Clin Pediat. de Norteamérica. Agosto --
1975, p. 529-535.
2. Aguilar Sánchez, A.: Glomerulonefritis y Síndrome Nefrótico.
Aspectos Emocionales.- Pendiente de publicación.
3. López Uriarte, A.: Unidad de Hemodiálisis, Departamento
de Nefrología, Hosp. de Pediatría, C.M.N.: Comunicación
personal.
4. Levy, N.B.: The problem of being a patient on mainten-
ance hemodialysis.- Proc. 5th. int. Congr. Nephrol., Méxi-
co 1972, vol. 3 pp. 202-206 (Karger Basel 1974).
5. Moore, G.L.: Who Should Be Dialyzed?.- Amer. J. Psychiat.
127: 1208-1209, 1971.
6. Abram, H.S., Moore, G.L., and Westervelt, F.B.: Suicidal
Behavior in Chronic Dialysis Patients. Amer. J. Psychiat.
127: 1208-1209, 1971.
7. Schupak, E., Sullivan, J.F., Lee, D.Y.: Chronic Hemodia-
lysis in "unselected" patients. Ann. Intern. Med. 4:
708-717, 1967.
8. Wright, R.G., Sand, P., Livingston G.: Psychological --
Stress During Hemodialysis for Chronic Renal Failure. -
Ann. Int. Med. 64:611, 1966.
9. Sand, P., Livingston, G., Wright, R.G.: Psychological -
assesment of candidates for a hemodialysis program. --
Ann. Int. Med. 64: 603. 1966.
10. Ford, A.B., Liske, R.E. and Ort, R.S.: Reactions of --
Physicians and Medical Students to Chronic Illness, J.
Chronic. Dis., 15:785-794, 1962.

11. Carrie, CH.C.- Psychodynamics of Chronic Disease, en - Strauss, J. Pediatric, Nephrology, Stratton Intercontinental Medical Book Corporation New York, P. 514.1976.
12. Basch, S.: Adaptation to dialysis and body image.- - Proc. 5th Int. Congr. Nephrol. México 1972, Vol. 3 pp. 211-215. Karger Basel 1974.
13. Kaplan, De-Nour A., and Czaczkes, J.W.: Emotional problems and reactions of the Medical team in a Chronic - Hemodialysis Unit. Lancet, 2: 987-991, 1968.
14. Halper, I.S.: Psychiatric Observations in a Chronic Hemodialysis Program.- Med. Clin. North. Amer. Vol. 55 p. 177; 1971.
15. Golstein, A.M. and Reznikoff M.: Suicide in Chronic - Hemodialysis Patients from an External Locus of Control Framework.- Amer. J. Psychiat. 127: 1204-1207, 1971.
16. Raimbault, G.: Psychological Problems in Haemodialysis and transplantation. (Unité de Recherches sur les maladies du métabolisme chez l'enfant. Pr. Royer, Hospital des Enfants Malades). Segundo Simposio Internacional de Nefrología; París, agosto 25-28, 1971. Ed. Sandoz, 1971.
17. Raimbault, G.: Psychological Aspects of Chronic Renal Failure and Haemodialysis.- Nephron 11: 252, 1973.
18. Moretti, G., Gilli, G., Gusmano, R., y Perfumo, F.: -- Psychological aspects of chronic Haemodialysis in - -- Children.- 2o. Symposium International Nephrologie - Pédiatrique, Sandoz Editions. Paris 25-28, agosto 1971 .
19. Shea, A.J., Bogdan, D.F., Freeman, R.B., and Schreiner, G.E.: Hemodialysis of Chronic Renal Failure. Annls of Internal Medicine 62:558-563, 1965.
20. Khan, A.V., Herndon, C.H., and Ahmadian, S.Y.: Social and Emotional Adaptations of children with transplanted kidneys and Chronic Hemodialysis.- Amer. J. Psychiat. 127:1194-1198, 1971.

21. Abram, H.S., Hester, L.R., Eptein, G.M. and Sheridan, W.F.: Sexual activity and renal failure.- Proc. 5th. Int. Congr. Nephrol., México 1972, Vol. 3, pp. 207 - 210.
22. Levy, N.B., Wynbraudt, G.D.: The quality of life on -- maintenance haemodialysis.- The Lancet, June 14, 1975. pp. 1328-1330.
23. Aguilar, A., López Uriarte, A.: Aspectos emocionales - de los niños en hemodiálisis periódica. VII Reunión - de Nefrólogos Mexicanos, Mayo 1973, Veracruz, Ver.
24. Schreiner, G.E.: Mental and personality changes in the uremic syndrome.- Med. Ann. D.C. 28: 316. 1960.
25. Abram, H.S.: The psychiatrist. The treatment of chronic renal failure and the prolongation of life.- II -- Amer. J. Psychiat., 126; 157, 1969.
- 26.- Aman U. Khan.: El manejo de la depresión en niños en - Hemodiálisis prolongada.- Proc. 5th. Int. Congr. - - - Nephrol. México 1972, Vol. 3 pp. 216-219.
27. Gordillo, G., Mota, F., Velázquez, L.: Insuficiencia - Renal Crónica en Nefrología Pediátrica.- Cap. VII.- Ed. Med. Hosp. Inf. Mex. 1976, pp.405-476.
28. López Uriarte, A., Santos Atherton, D.: Insuficiencia Renal Crónica en Pediatría.- Medicina, Rev. Mex. Núm. 1197, pp. 161-171.
29. De-Nour, A.K., and Czaczkes, J.W.: Emotional problems and reactions of the medical team in a chronic hemodia lysis unit.- Lancet, 2:987-991, 1968.
30. McKegney, F.P., Lange, P.: The decisión to no longer - live on chronic hemodialysis.- Amer. J. Psychiat. 128: 269, 1967.
31. Cravioto, J.: Influencia de la Nutrición sobre el desa- rrollo mental del niño.- Gaceta Médica de México. Vol. 97 Núm. 12 pp. 1540-1553.