

Estrés y ansiedad ante la muerte en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

Jaime Ernesto Vargas Mendoza, Alejandra Cervantes Aguilar, Jorge Everardo Aguilar Morales.

Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. / Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación en Oaxaca

Resumen:

En el presente trabajo se midieron los niveles de estrés y de ansiedad ante la muerte en un grupo de 10 pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Se encontró que los niveles de estrés eran superiores a los de ansiedad ante la muerte, interpretando este dato considerando que las preocupaciones de los pacientes tienen más que ver con problemas actuales de su vida y de sus familiares, que derivados de la posibilidad de su fallecimiento. Se concluyó con la recomendación de desarrollar programas de apoyopsicológico basados en el consejo clínico para la solución de problemas y la asertividad estructurada. También se sugiere contar con un curso de tanatología para ofrecer a los pacientes, a sus familiares y al personal médico que los atiende.

Palabras clave: insuficiencia renal, hemodiálisis, muerte, consejo clínico.

Stress and dead fear in patients with chronic renal failure submitted to hemodialysis treatment.

Abstract:

Levels of stress and death anxiety were taken in 10 terminal renal disease patients under hemodialysis treatment. Stress levels were superior to death anxiety levels. Data was considered as indicator of main patient distress respective to his actual living conditions and family needs and situations than respective to death proximity. Concluded recommendations point to the development of psychological support programs by means of counseling for problems solutions and structured assertion. Also recommended a brief course on tanatology for the patients, his family and medical caring team.

Key words: kidney failure, hemodialysis, death, counseling.

El riñón normal posee tres funciones principales: (1) excreción de los desechos del metabolismo nitrogenado (la urea), (2) regulación del balance hidrogenado (el potasio), y (3) funciones endócrinas y metabólicas. La insuficiencia renal crónica terminal (IRC) es una destrucción de tejido del riñón a un nivel grave o irreversible, que impide el desarrollo de las funciones. Los pacientes diagnosticados con esta enfermedad tienen dos alternativas: un tratamiento médico sustitutivo de la función perdida (llamado hemodiálisis) y uno quirúrgico que consiste en la posibilidad de un trasplante del riñón. De lo contrario, mueren en un plazo relativamente corto (entre uno y tres meses) (1).

Esta condición en sus estado tempranos es indolente, pero en estado avanzados (cuando la tasa de filtración glomerular (TFG) es <60%) aparecen una variedad de síntomas. Cuando la TFG esta entre el 10% y el 15%, el paciente necesita el tratamiento sustitutivo. Se trata del estado 5 de la IRC o de la enfermedad renal en estado terminal (ERET). Actualmente, >1.5 millones de personas en el mundo y 350,000 pacientes en los Estados Unidos son tratados con terapia de diálisis (2).

Así, por ejemplo, en España más de 5,000 personas inician cada año terapia sustitutiva renal, mientras que el número de pacientes sometidos a diálisis, según datos de la Fundación Renal, es de 20,000 y la media de edad se sitúa entre 40-50 años, aunque el rango posible va desde los 20 años a los 80. En cuanto a la sintomatología del paciente renal, la experiencia en las unidades de diálisis de la Fundación Renal durante el año 2002 refleja la siguiente distribución: Ansiedad 21%, Ansiedad+Depresión 18%, Alteraciones del estado de ánimo 12%, Problemas relacionados con el sueño 7%, Otros problemas conductuales 9%, Problemas familiares 8%, Pautas para el control de la ingesta de líquidos 12% y Problemas de pareja 11%.

En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50924 casos, con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100,000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud.

La hemodiálisis consiste en un intercambio, a través de una membrana semi-permeable, entre la sangre del enfermo y una solución de composición electrolítica similar a la del plasma normal. Permite la depuración de la sangre, eliminando las sustancias de deshecho y la normalización de los electrolitos plasmáticos. Su principal objetivo entonces es prevenir y tratar el síndrome urémico del paciente. En general, este tratamiento debe ser realizado tres veces por semana en una clínica u hospital, y dura alrededor de cuatro horas.

Hay un conjunto de investigaciones sobre el estado psicológico del paciente con IRC, ya que la imprevista y repentina pérdida de su salud, los cambios en el estilo de vida y las alteraciones corporales pueden llevarlo a un estado de crisis, frustración o deterioro psicológico. En varios estudios se han mostrado altos síntomas de ansiedad, depresión, ideas suicidas y desprecio por ellos mismos (3, 4). Los pacientes sometidos a diálisis prolongada y sus familias son vulnerables a constantes crisis emocionales, sociales y médicas. Su

supervivencia y calidad de vida depende de la capacidad de afrontamiento del paciente y del equipo de tratamiento. Los programas de diálisis que estimulan la independencia del paciente y la realización de una vida normal reducen con más éxito los problemas psicosociales del paciente. Cuando el paciente deja de orinar y se reduce la energía física, se puede producir tensión, aunque también se genera tensión por la pérdida o alteración de la función sexual, los cambios del aspecto físico por la cirugía de acceso, los catéteres peritoneales, las marcas de punción, la enfermedad ósea u otras causas de deterioro físico y, en último término, por el miedo a la muerte.

Los altos niveles de estrés asociados al miedo a la muerte han sido observados como característicos de los pacientes mayores de 45 años y la investigación ha señalado que este factor puede ser considerado como predictor del fracaso para el tratamiento con hemodiálisis (5). Para supervisar el estado emocional de los pacientes sometidos a hemodiálisis se han utilizado diversos test psicológicos. Por ejemplo, un estudio que data de 1975 hizo uso de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS), del Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota (MMPI), de la Prueba de Manchas de Tinta de Rorschach, del Test de Apercepción Temática (TAT), de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Test de Dibujo de la Persona y del Test de Frases Incompletas de Rhode. Los pacientes estudiados fueron 84, 44 hombres y 40 mujeres (todos internos en el Hospital de Nueva York – Cornell Medical Center), en un rango de edades entre 18-71 años, con escolaridad que iba desde secundaria hasta doctorado, la mayoría provenían de clase media o de familias con bajo ingreso. Sesenta pacientes estaban casados y mantenían una familia estable, los otros eran solteros. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes, en promedio tenían una inteligencia más alta de lo normal y, como se esperaba, el puntaje del WAIS tendía a bajar con la edad. La mayoría de los pacientes conservaba intacta su personalidad, aunque se alcanzó a detectar algunos elementos de disturbios. Había señales de ansiedad, miedo, hostilidad, agresividad, negación, depresión y, en algunos casos, conductas suicidas. La ansiedad predominaba en los pacientes estudiados. Los constantes cambios en su condición clínica y lo impredecible de su estado de salud, parecía contribuir significativamente en su ansiedad. Se detectó así un Miedo a la Muerte en un gran número de pacientes. Este se acentuaba cuando el paciente llegaba a una clara consciencia de la seriedad de su enfermedad. Se observó la misma reacción cuando moría otro paciente que recibía diálisis o que había recibido un trasplante de riñón (6). Aunque no todos los reportes experimentales consignan que los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis presenten mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés que otros pacientes crónicos. En un estudio con una muestra de 19 pacientes españoles (7), se encontró una media de estrés del 16'37, muy por debajo del 40'3 obtenido por los pacientes con dolor crónico (8). De entre los estresores evaluados, los que presentaron mayor frecuencia fueron: Problemas en los desplazamientos (ambulancias) = 59%, Miedo al sufrimiento = 32%, Tener una enfermera nueva = 31%, Dolor = 27%, No tener vacaciones = 21%, Posturas molestas = 20%, Pasar mucho tiempo enganchado a la máquina = 19%, y Miedo a las complicaciones = 18.5%, del total de los enfermos.

La investigación sobre la ansiedad ante la muerte cuenta ya con muchos estudios empíricos, aunque aún prevalecen diversas interrogantes debido a las limitaciones metodológicas y las dificultades inherentes en esta temática. A pesar de todo, una revisión crítica de la literatura nos revela algunas cuestiones interesantes: la mayoría de la gente reporta tener niveles bajos o moderados de ansiedad ante la muerte, las mujeres manifiestan niveles un poco más altos, las personas de mayor edad parecen tener menos ansiedad ante la muerte, quienes son portadores de trastornos emocionales tienen niveles más altos de ansiedad vinculada a la muerte y esta ansiedad, puede tener un incremento temporal en aquellas personas que se han expuesto a un evento traumático (9,10). Como consecuencia de este interés experimental, se han desarrollado diversos instrumentos psicométricos para evaluar la ansiedad ante la muerte (11) y en estas investigaciones se ha podido ver que las personas que alcanzan la aceptación de la muerte, son también capaces de reconocer alguna ansiedad ante ella, de manera que la ansiedad ante la muerte y la aceptación de la muerte, en lugar de ser rasgos opuestos o mutuamente exclusivos (con una alta correlación negativa), están moderadamente opuestos (tienen una correlación negativa baja) y no mantienen una oposición total (ortogonalmente) (12).

El propósito de este trabajo es el de medir los niveles de estrés y de ansiedad ante la muerte en la población de pacientes con IRC que reciben tratamiento con hemodiálisis en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Oaxaca.

MÉTODO:

Sujetos:

10 pacientes sometidos a tratamiento de sustitución de la función renal mediante hemodiálisis. Todos del sexo masculino y con una edad promedio de 53 años (rango entre 28 y 76).

Materiales:

Para medir el estrés, se utilizó la Escala de Estrés Percibido PSS-10 ítems, adaptada en su versión española por el Dr. Eduardo Remor (13) (Anexo 1). Para evaluar la ansiedad ante la muerte se empleó el Cuestionario de Ansiedad ante la Muerte (DAQ) elaborado por Conte y colaboradores (14) (Anexo 2).

Procedimiento:

Fase I.- Se aplicaron los cuestionarios de manera individual a los pacientes mientras se encontraban en su tratamiento de hemodiálisis, su participación fue anónima y voluntaria.

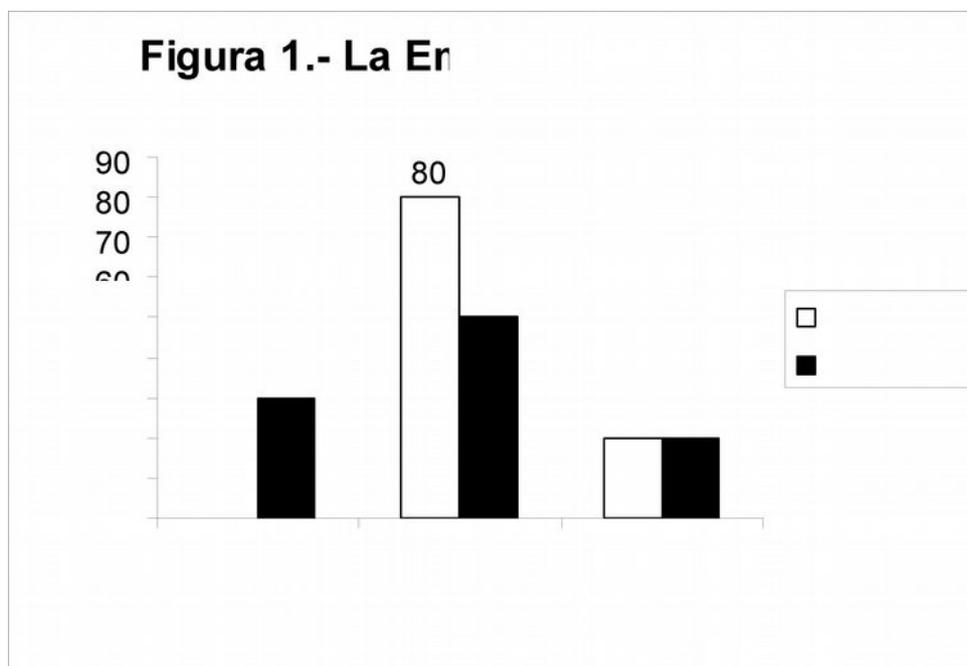
Fase II.- Se trataron los datos mediante estadísticas descriptivas y se graficaron para su presentación económica.

RESULTADOS:

En la Figura 1, podemos observar los niveles emocionales de los pacientes. Para la Escala de Estrés, se consideró como nivel Bajo un puntaje entre 0 y 13, el nivel Medio correspondió a un puntaje entre 14 y 27, y para el nivel Alto el puntaje fue de 28 a 40. En el caso del Cuestionario de Ansiedad, el nivel Bajo correspondió con un puntaje de 0 a 10, el nivel medio de 11 a 20 y el nivel Alto de 21 a 30.

Se puede apreciar que son más altos los niveles de Estrés en los pacientes que los de Ansiedad ante la Muerte. La mayoría de los sujetos mostraron, sin embargo, un estrés de nivel medio, otros un estrés alto y ninguno un estrés bajo.

La Ansiedad ante la Muerte fue alta solo en 2 de 10 pacientes y también 2 de 10 pacientes mostraron altos niveles de Estrés.



DISCUSIÓN:

Los datos obtenidos son diferentes a los previamente investigados por la Fundación Renal, la edad promedio de los pacientes entre 40 y 50 años, en nuestro caso fue de 53 años y el 21 % de pacientes con ansiedad, en nuestro caso fue de 100 %, distribuido en nivel bajo (30 %), medio (50 %) y alto (20 %).

Consideramos, siguiendo la línea de pensamiento de Richmond (5) que para evitar un posible fracaso del tratamiento con hemodiálisis, los pacientes que ostenten una combinación de estrés y ansiedad ante la muerte en un nivel alto, requieren de un manejo especializado en el área psicológica con objeto de aprender a confrontar adecuadamente sus estresores y proponemos para ello el consejo clínico (counseling) en solución de problemas y en asertividad

estructurada. Sus problemas pueden ser tan variados como los que se refieren a alteraciones en el estado de ánimo, en el sueño, problemas familiares, de pareja, económicos, etc. y necesariamente requieren de un trato individualizado y flexible. La asertividad estructurada se basa en las propuestas de E. L. Phillis y su teoría de la interferencia en la psicoterapia, que nos habla de una terapia no profunda basada en los descubrimientos de la teoría del aprendizaje o de la psicología experimental. Con objeto de modificar la conducta de las personas, es necesario interferir en sus actividades, sus suposiciones, en toda la base de decisión, conduciendo al paciente hacia otro conjunto de probabilidades sobre las cuales estructurar su vida y su comportamiento. La psicodinámica involucrada no es la de los mecanismos de defensa inconscientes, sino la inteligencia y la decisión, empleada para vivir constructivamente (15).

Igualmente, sería deseable contar con un curso o un conjunto de breves conferencias sobre tanatología, a fin de ofrecer este paquete de capacitación tanto a los pacientes, como a sus familiares y al personal médico involucrado en su cuidado. Constituiría una oportunidad interesante para el intercambio de experiencias y puntos de vista. No debemos olvidar que nuestra confrontación ante la muerte es un fenómeno esencialmente cultural que involucra costumbres y valores compartidos, así como conocimientos derivados de la filosofía, la religión, etc.

REFERENCIAS:

1. Uldall R. Patología Renal. Madrid: Acribía.1975.
2. Novak M. Psychonephrology: An Emerging Field. Primary Psychiatry 2008; 15(1): 43-44.
3. Livesley W. Factors associated with psychiatric symptoms in patients undergoing chronic hemodialysis. Canadian Journal of Psychiatry 1982; 26: 262-266.
4. Kutmer N, and Paul L. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. Journal of Psychosomatic Research 1985; 29: 23-3.
5. Richmond J. M., Lindsay R. M., Burton H. J., Conley J., and Wai L. Psychological and physiological factors predicting the outcome on home hemodialysis. Clin Nephrol. 1982; 17(3):109-13.
6. Isiadinso O. A., Sullivan J. F., and Baxter J. E. Psychological adaptation to long-term hemodialysis: a study of 84 patients. Bulletin of the New York Academy of Medicine 1975; 51(7): 797-804.
7. Barba A, Pérez E, Gómez G, Barba S y Machi M. La evaluación del estrés en la insuficiencia renal crónica: una aproximación multidisciplinar. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 1998; 1:22-26
8. Barba Tejedor A. A. La evaluación psicológica del dolor crónico en el medio hospitalario: propuesta de un sistema de análisis evaluativo. Universidad Pontificia de Salamanca.1985.
9. Kastenbaum R. Anxiety and Fear. Encyclopedia of Death and Dying 2007. Disponible en www.deathreference.com/A-Bi/Anxiety-and-Fear.html
10. Thorson J. A., and Powell F. C. Psychodynamics and Psychopathology Elements of death anxiety and meanings of death. Journal of Clinical Psychology 1988; 44(5): 691-701.

11. Durlak J. Measurement of fear of death: An examination of some existing scales. *J. Clin. Psych.* 1972; 28(4): 545-547.
12. Ray J. J., and Najman J. Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *Omega* 1974; 5(4): 311-315.
13. Cohen S., Kamarck T., and Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983; 24: 385-39.
14. Conte H. R., Weiner M. B., and Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *J Pers Soc Psychol* 1982; 43(4): 775-785
15. Phillis E. L. *Orientación y Psicoterapia*. México: Editorial Limusa. 1980.

ANEXO 1.
PSS-10

Escala de Estrés Percibido-10 ítems

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale 10 ítems (PSS-10)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE. (DAQ)

Conte, H. R., Weiner, M. B., and Plutchik, R. (1982)

Instrucciones: Para cada uno de los siguientes reactivos, indique cual es su respuesta, de acuerdo con la siguiente escala.

0 = nada

1 = un poco

2 = mucho

- _____ 1. ¿Le preocupa la muerte?
- _____ 2. ¿Le molesta que usted pueda morir antes de llevar a cabo todo lo que había planeado?
- _____ 3. ¿Le preocupa pasar mucho tiempo enfermo antes de morir?
- _____ 4. ¿Le molesta pensar que otros lo vean sufrir antes de morir?
- _____ 5. ¿Se preocupa porque la muerte pueda ser muy dolorosa?
- _____ 6. ¿Le preocupa que las personas cercanas a usted no quieran estar presentes al momento de su muerte?
- _____ 7. ¿Le preocupa estar solo en el momento de morir?
- _____ 8. ¿Le molesta pensar que pudiera volverse loco antes de morir?
- _____ 9. ¿Le preocupa que los gastos de su muerte puedan ser una molestia para alguien más?
- _____ 10. ¿Le preocupa que no sigan su última voluntad respecto a sus pertenencias, luego de su muerte?
- _____ 11. ¿Le aterra que pudiera ser enterrado, sin estar verdaderamente muerto?
- _____ 12. ¿Le preocupa abandonar a sus seres queridos cuando muera?
- _____ 13. ¿Le preocupa que aquellos que usted cuidó, no se acuerden de usted, una vez que haya muerto?
- _____ 14. ¿Le preocupa pensar que una vez muerto, se habrá ido para siempre?
- _____ 15. ¿Le preocupa no saber qué pasará después de morir?

Traducción: Ps Jaime E Vargas M
IMSS – HGZ1 – OAXACA.