

Ansiedad y estrés de los pacientes en el período previo al trasplante renal

Anxiety and stress in patients during the waiting period for renal transplantation



Andresa Nascimento da Silva
Graduação-Psicologia, Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov, Doutorado-Saúde, Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/124951

Segunda edición, ampliada y corregida,
www.siicsalud.com: 2/12/2014

Enviar correspondencia a: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov, Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora-Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, 36025-290, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil
andresa_ans@hotmail.com

➕ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.

Abstract

Waiting for a renal transplant can be a source of anguish for patients who are submitted to dialysis treatment, because there are expectations of a better quality of life after surgery. The objective of the present study is to assess the emotional state of patients while waiting for the transplant, aiming to verify the presence of anxiety symptoms and stress in this population. A random sample of 50 patients was selected from the waiting list for renal transplant in the city of Juiz de Fora, MG. Beck's Anxiety Inventory and Lipp's Symptoms of Stress for Adults Inventory were used as research tools. Anxiety was found in 56% of the patients interviewed at mild, moderate and severe levels. Symptoms of stress were perceived in 60% of the patients in the alert, resistance, almost exhaustion and exhaustion phases. Of these, 42% had predominance of psychological symptoms. Among patients awaiting renal transplant an important percentage of anxiety was observed, besides a great presence of stress, which manifests itself mainly through psychological symptoms. These data strengthen the importance of psychological intervention during the preparation of these patients for surgery, for sorting, evaluation and accompaniment in the cases of psychic upheavals and as a form of ensuring success in post-transplant treatment.

Key words: anxiety, stress, transplant

Resumen

Esperar por el trasplante de riñón puede ser una fuente de angustia para enfermos sometidos a tratamiento de diálisis, pues consideran que hay mayores expectativas de calidad de vida después de la cirugía. El objetivo del presente trabajo fue evaluar el estado emocional de las personas en la espera de un trasplante de riñón, con el propósito de verificar la presencia de síntomas de ansiedad y estrés en esta población. Se seleccionó una muestra aleatoria de 50 pacientes que fueron inscritos en la lista de espera de trasplante renal en el municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Las herramientas de investigación utilizadas fueron el Inventario Beck de Ansiedad y el Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos de Lipp. Se observó ansiedad en niveles leve, moderado y grave en el 56% de los entrevistados. Los síntomas de estrés, que comprenden las etapas de alerta, resistencia, casi exhausto y exhausto, fueron observados en el 60% de los pacientes. De éstos, el 42% tenía un predominio de síntomas psicológicos. Entre los participantes en lista de espera para trasplante renal se observó un porcentaje significativo de ansiedad, además de una gran presencia de estrés, que se manifiesta principalmente a través de síntomas psicológicos. Estos datos refuerzan la importancia de la intervención psicológica en la preparación de estos pacientes para la cirugía, para el triaje, la evaluación y el acompañamiento en los casos de trastornos psíquicos y como un medio de obtener éxito en el tratamiento después del trasplante.

Palabras clave: ansiedad, estrés, trasplante

Introducción

En la actualidad, los trasplantes se convirtieron en una opción de tratamiento para pacientes con enfermedad crónica o en la etapa de insuficiencia funcional, lo que permite salvar vidas, en algunas modalidades, y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. Se estima que anualmente, en todo el mundo, 500 000 pacientes presentan insuficiencia renal crónica; 300 000, insuficiencia cardíaca, y 200 000, insuficiencia hepática. Si todas estas personas tuvieran acceso al tratamiento, la demanda llegaría a un millón de órganos para trasplantes.^{1,2}

La escasez de órganos para trasplantes es un grave problema de salud mundial. En el intento de aumentar el número de donaciones, se llevan a cabo campañas e investigaciones, dado que, según el último relevamiento realizado con todos los pacientes en lista de espera del país, 63 866 personas aguardaban por un órgano o tejido.³ Los números pueden variar en función de la salida de los pacientes de la lista por los siguientes motivos: ya fueron trasplantados, desistieron, hay una contraindicación posterior o por óbito.⁴

Particularmente, en el estado de Minas Gerais, según datos de 2010 del Ministerio de Salud, 2 017 personas se encontraban en lista de espera para trasplante renal.⁵ En el municipio de Juiz de Fora, conforme los datos obtenidos por la Central de Notificación, Captación y Donaciones de Órganos (CNCDO), región de la Zona da Mata, aproximadamente 330 personas están activas y semiacivas en la lista de espera para el trasplante y unas 150 están en espera por un riñón (información verbal).

La encuesta más reciente realizada por la Sociedad Brasileña de Nefrología, con los pacientes de diálisis en Brasil, data de 2009 y en ella se observó que 53 816 personas se encontraban en diálisis en el país, distribuidas en 412 centros (69.8%). Sin embargo, 214 unidades de diálisis renal no respondieron al censo, por lo tanto, se estima que alrededor de 77 000 personas se encontraban en diálisis en aquel período. De la población observada, 21 099 pacientes aguardaban en la lista de espera para trasplante renal, lo que corresponde al 39.2%, aunque se estima que ese número pueda superar los 30 000 individuos.⁶

Estados Unidos es el país con mayor número de trasplantes, seguido de Brasil, que presenta el mayor sistema público de trasplantes del mundo. Sin embargo, el número de donantes por millón es de 7.83 y el número de notificaciones también es bajo, cada seis posibles donantes sólo uno recibe la notificación a un centro de trasplantes.⁴

Con la creciente demanda de órganos en el país, surgió la necesidad de organizarse para garantizar que el proceso de donación de órganos fuera democrático y no privilegiara a algunas personas en detrimento de otras, por eso se creó una legislación específica para la regularización de los trasplantes.⁴

La legislación brasileña vigente referida a trasplantes y donaciones de órganos y tejidos define responsabilidades del Estado, de los servicios de salud y de los profesionales, resguardando los derechos de las personas involucradas, principalmente del donante, vivo o muerto, asegurando la gratuidad de los órganos o tejidos donados para fines de trasplante.⁷

La ley 9.434 fue publicada el 4 de febrero de 1997 (modificada por la ley 10.211 del 23 de marzo de 2002), que sustituyó a la ley 8.489 del 18 de noviembre de 1992 (sucesora de la ley 5.479 del 10 de agosto de 1968). Conocida como la Ley de trasplantes, se refiere a *"la extracción de órganos y tejidos del cuerpo humano para el trasplante y el tratamiento."*⁸

La ley fue reglamentada por el poder ejecutivo el 30 de junio de 1997, por el decreto 2.268, que creó el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT), el Centro Nacional de Notificación, Captación y Distribución de Órganos (CNNCDO), los Centros de Notificación, Captación y Distribución de Órganos y estableció la distribución de órganos y tejidos por medio de listas únicas regionales.⁹

La elaboración de esta ley, en un primer momento instituyó la presunta donación de órganos y tejidos. O sea, todos los brasileños eran obligados a donar, a menos que manifestaran formalmente lo contrario. Sin embargo, promovió lo contrario, el número de donantes disminuyó. La presunta donación nunca se cumplió en la práctica, y el 30 de diciembre de 1998 fue revocada por medio de una medida provisional, y la donación pasó a ser consentida y a depender de la autorización familiar.⁴

La tasa de donaciones en el país se mantuvo estable entre 1993 y 1998, alrededor de 3 por millón de personas (pmp). Entre 1999 y 2004 aumentó a 7.4 pmp. En 2005 se registró una caída progresiva, llegando a los 5.4 pmp en junio de 2007. La caída se debe a los cambios en el SNT. Por lo tanto, una serie de modificaciones y mejoras revirtió esta situación. En 2009, la tasa de donaciones alcanzó la meta propuesta de 8.6 pmp, lo que representó un aumento del 54% en el período. La meta para el año 2017 es de 20 pmp.¹⁰

Según estos autores, para aumentar el número de trasplantes en Brasil es necesario ajustar los cuatro pilares que sostienen el proceso de donación. El primero de ellos es el aspecto legislativo, es decir, la adopción de medidas legales, como el registro de donantes voluntarios, la prevención de cualquier forma de comercio de órganos y un mayor control de los trasplantes entre donantes que no pertenecen a la misma familia. Luego, el tema financiero, que incluye el aumento de fondos para la financiación de nuevos trasplantes y la adquisición de medicamentos inmunosupresores para los pacientes receptores de trasplante, y que los nuevos procedimientos de diagnóstico puedan ser incluidos en el sistema público de salud. El aspecto organizativo hace a la capacitación y motivación de

los médicos especialistas en cuidados intensivos y los neurólogos, con el objetivo de realizar el diagnóstico adecuado de muerte cerebral y el mantenimiento de los posibles donantes; además, los hospitales deben estar preparados para la captación y el trasplante de órganos las 24 horas del día. Por último, las políticas de educación: esenciales para los profesionales, los estudiantes en el área de la salud y la población en general.

Con las medidas legales, financieras, organizacionales y educacionales puestas en práctica habrá un aumento en el número de donaciones y, en consecuencia, una disminución del crecimiento de las listas de espera y, principalmente, de las muertes en la lista.²

Es importante destacar que existen tres modalidades de tratamiento para la insuficiencia renal: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante. Las dos primeras permiten al paciente con enfermedad renal crónica (ERC) una mayor supervivencia, mientras que el trasplante, a su vez, ofrece una mayor independencia de las restricciones impuestas por los otros tipos de tratamiento. Sin embargo, el paciente continúa viviendo con una enfermedad crónica y las visitas al hospital son frecuentes, especialmente en los primeros meses tras la cirugía.¹¹

La etapa de espera para el trasplante de órganos es, para la mayoría de los pacientes, un período de inestabilidad, pues los acontecimientos son impredecibles, teniendo en cuenta la disponibilidad del órgano o tejido y el tratamiento a seguir. El diagnóstico para el trasplante puede generar conflictos e inseguridad en el paciente: someterse o no a un procedimiento muy complejo, que implica riesgos y la posibilidad de fracaso.^{12,13}

El paciente vive momentos de esperanza y desesperanza, aguardando ansiosamente la resolución del problema, lo que puede llevar mucho tiempo. Ignora cuánto durará la espera, si encontrará un donante compatible, si sobrevivirá en la lista de espera para el trasplante, cuál será el resultado de la intervención quirúrgica a realizar, si su cuerpo aceptará o rechazará el órgano. La única certeza es la necesidad del procedimiento.¹²

El trasplante permite sustituir un órgano o tejido insuficiente por otro con las funciones fisiológicas conservadas y representa una alternativa de supervivencia y rehabilitación para los pacientes, que mejorará su calidad de vida (CV) y su funcionamiento biopsicosocial. En algunas modalidades, representa la única opción terapéutica para el tratamiento de enfermedades potencialmente mortales. Sin embargo, es un tema complejo en los aspectos éticos, sociales y legales, dado el aumento de las listas de espera en relación con el número de donaciones de órganos.^{1,13}

El trasplante renal representa un importante tratamiento para pacientes con ERC avanzada. La ERC, en la actualidad, es considerada un problema de salud pública debido a las altas tasas asociadas de morbimorbilidad. El trasplante está indicado en aquellos pacientes en los niveles de función renal se tornan incompatibles con la vida. Además, el trasplante representa el fin de la diálisis y garantiza una mayor calidad de vida.¹¹

De esta manera, el objetivo de este estudio fue evaluar el estado emocional de los pacientes candidatos a trasplante de riñón en el municipio de Juiz de Fora, en un intento de investigar la prevalencia de ansiedad y estrés en esta población. Como objetivos específicos se intentó verificar si existe una asociación entre el nivel de ansiedad y estrés; el tiempo de espera para el trasplante y los síntomas de ansiedad y estrés; el tiempo de tratamiento sustitutivo renal y el tiempo de espera por el trasplante;

además de relacionar los niveles de ansiedad y estrés encontrados con los datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, educación y profesión.

Métodos

Participantes

Participaron como sujetos de este estudio 50 pacientes inscriptos en lista de espera para trasplante renal en la CNCDO, Zona da Mata/Juiz de Fora, de dos centros de hemodiálisis del municipio de Juiz de Fora (Hospital Universitario de la Universidad Federal de Juiz de Fora y Nefroclin). Este centro comprende 135 municipios que integran cinco Gerencias Regionales de Salud (GRS): Barbacena, Juiz de Fora, Leopoldina, Sao João del Rey y Ubá, y su sede está ubicada en la GRS de Juiz de Fora. La CNCDO/Zona de la Mata dispone de la lista única de receptores de riñones y córnea, ya que las unidades de trasplante de la región fueron acreditadas para estos dos tipos de trasplantes.¹⁴

El cálculo de la muestra se realizó con la ayuda de un profesional en el ámbito de las estadísticas. La elección de los pacientes se llevó a cabo de forma aleatoria, pero debían estar inscriptos para la realización del trasplante renal con donante fallecido y en tratamiento renal sustitutivo.

Los criterios para la inclusión de los pacientes en el estudio fueron: estar inscriptos en la lista única de receptores de trasplante, tener una edad igual o mayor de 18 años, sin distinción de sexo, estar de acuerdo con el estudio, acordar y firmar el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Los criterios de exclusión fueron la edad menor de 18 años, haber sido sometido previamente a un trasplante y, una vez iniciada la investigación, estar incapacitado para responder las preguntas.

Instrumentos

Los datos sociodemográficos, el tiempo de espera para el trasplante y el tiempo para el tratamiento sustitutivo renal fueron recolectados de los registros de los pacientes. Para la investigación de los síntomas de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, *Beck Anxiety Inventory*), que establece los niveles de ansiedad: mínima, leve, moderada y grave. La escala consta de 21 ítems, cada uno de los cuales describe un síntoma común de la ansiedad. Se le pide al evaluado que califique qué tanto ha padecido cada uno de los síntomas durante la semana anterior, en una escala de 4 puntos en la que 0 = nada, 1 = poco, 2 = moderado, y 3 = grave. La puntuación va de 0 a 63 puntos y sirve como instrumento de evaluación de síntomas de ansiedad, en pacientes psiquiátricos y en la población general.¹⁵

Para la evaluación de los síntomas de estrés se utilizó el Inventario de Síntomas de Estrés para adultos de Lipp (ISSL, por sus siglas en portugués), que permite identificar la fase de estrés en la cual se encuentra la persona (alerta, resistencia, casi exhausto y exhausto), además de la presencia de síntomas físicos o psicológicos. Se compone de tres cuadros relacionados con las cuatro etapas de estrés, y el cuadro dos evalúa la resistencia y la condición de exhausto. Se trata de un autorrelato donde los síntomas que aparecen corresponden a cada fase. El cuadro 1 se compone de 12 síntomas físicos y tres psicológicos, y evalúa los síntomas experimentados en las últimas 24 horas. El cuadro 2 tiene 12 síntomas físicos y cinco síntomas psicológicos, y evalúa los síntomas de la semana anterior. El cuadro 3 se compone de 12 síntomas físicos y 11 psicológicos,

y evalúa los síntomas durante el último mes.¹⁶ Ambas encuestas se aplicaron individualmente en forma de lectura, con el tiempo que varía de 10 a 15 minutos para cada escala. La corrección se realiza en conformidad con las recomendaciones específicas para cada instrumento.

Procedimientos

Como primer paso de esta etapa, el proyecto fue enviado al Comité de Ética en Investigación del Centro para la Educación Superior de Juiz de Fora, de acuerdo con las directrices que regulan las investigaciones con seres humanos en el Brasil,¹⁷ y fue aprobado en octubre de 2010 con el n° 312.31.08.2010.

La aplicación de los instrumentos y la recolección de datos fueron obtenidas durante las sesiones de diálisis y todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

Análisis de los datos

Este estudio se refiere a un relevamiento de datos con finalidad descriptiva, de corte transversal, con utilización de instrumentos estandarizados, y presenta como objetivo principal describir, determinar la prevalencia y la asociación de las variables encontradas.

Para la verificación estadística se utilizó correlación de Pearson, análisis de regresión, estimación de una proporción y prueba de *chi* al cuadrado.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar y frecuencia.

Resultados

Las características de los pacientes entrevistados pueden ser observadas en la Tabla 1. La muestra de este estudio fue integrada por 50 pacientes, 54% mujeres y 46% hombres. La media de edad fue de 50 ± 11.66 años. En cuanto a la educación, se observó que el 4% de los participantes eran analfabetos, 46% tenían educación primaria, 34% educación secundaria y 16% educación superior.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Datos	Media \pm desviación estándar y frecuencia
Edad	50 \pm 11.66
Sexo	
Femenino	54%
Masculino	46%
Nivel de estudios	
Analfabetos	4%
Educación básica	46%
Educación secundaria	34%
Educación superior	16%
Estado civil	
Casados	46%
Solteros	32%
Divorciados	8%
Viudos	14%
Jubilados	66%
Tiempo de tratamiento sustitutivo	78.64 \pm 54.34
Tiempo de espera por el trasplante	71.8 \pm 53.3
Uso de ansiolíticos	14%

El 46% de los encuestados eran casados, 32% solteros, 14% viudos y 8% se habían separado. En cuanto a la situación ocupacional, se constató que el 66% eran jubilados y sólo el 14% tenían algún tipo de actividad profesio-

sional. Respecto del tiempo de tratamiento sustitutivo renal, las respuestas fueron muy variadas (media de 78.64 ± 54.34 meses). El tiempo de espera para el trasplante fue de 71.8 ± 53.3 meses. Otro tema evaluado fue el uso de ansiolíticos, y se constató una prevalencia del 14% en la población estudiada.

En la Tabla 2 se pueden observar los niveles de ansiedad de los pacientes. Fue verificado que el 56% presentaba síntomas de ansiedad, ya que el grado mínimo es considerado el valor de corte. De éstos, el 30% presentaba un nivel leve, 10% un nivel moderado, y 16%, nivel grave.

Tabla 2. Niveles de ansiedad

Grados	Frecuencia
Mínimo	44%
Leve	30%
Moderado	10%
Grave	16%

En el grupo estudiado se verificó que el 60% de los pacientes presentaba síntomas de estrés. De éstos, el 6% estaba en la fase de alerta, el 36% en la fase de resistencia, un 6% en la fase de casi exhausto y el 12% en la fase de exhausto. Además, se halló que entre los pacientes que tenían síntomas de estrés, el 42% tenía como predominantes los síntomas psicológicos, el 12% síntomas físicos y el 6% síntomas físicos y psicológicos.

Tabla 3. Síntomas de estrés.

Grados	Frecuencia
Sin estrés	40%
Fase de alarma	6%
Resistencia	36%
Casi exhausto	6%
Exhausto	12%
Predominio de síntomas físicos	12%
Predominio de síntomas psicológicos	42%
Predominio de síntomas físicos y psicológicos	6%

Se preguntó a los encuestados si creían que el tiempo en la lista de espera del órgano puede tener un impacto en el estado emocional y se halló que el 62% de los pacientes en el período pretrasplante cree que el tiempo de espera influye en el estado emocional, lo que resulta en síntomas de ansiedad y estrés.

Se observó que existía una correlación positiva entre el tiempo de espera por el trasplante y el estrés en la última semana ($p = 0.04$), o sea que cuanto mayor sea la espera, mayor es el nivel de estrés en la semana anterior a la aplicación de la prueba. Además, la ansiedad se correlacionó en forma positiva con nivel de estrés en la última semana, las últimas 24 horas y el último mes ($p = 0.00$), es decir, que cuanto mayor es la ansiedad, mayor es el estrés. También hubo una correlación positiva entre la duración del tratamiento sustitutivo renal y el nivel de estrés en la última semana ($p = 0.05$), de manera tal que aquellos pacientes que presentaban los mayores niveles de estrés eran los que llevaban más tiempo en diálisis. También se registró una correlación positiva entre el tiempo de espera por el trasplante y el tiempo de diálisis ($p = 0.001$).

Este estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad y estrés, en comparación con el sexo, la edad, la ocupación y el estado civil.

Discusión

La muestra de este estudio estuvo integrada por una población heterogénea en cuanto a sexo, edad, estado

civil y nivel de educación de pacientes registrados para el trasplante durante el tratamiento sustitutivo renal.

Se observó que la mayoría de los pacientes (56%) tenían síntomas de ansiedad. Este dato está de acuerdo con la investigación cualitativa con los pacientes en hemodiálisis y que están a espera del trasplante renal. En este estudio, los autores evaluaron las principales percepciones de los pacientes. La ansiedad se destacó como una de las categorías presentes, debido a la incertidumbre acerca de la realización del procedimiento y la demora en la lista de espera.¹⁸ Una investigación cuantitativa con 60 pacientes inscriptos en la lista de espera para trasplante renal en la Santa Casa de São Paulo, San Pablo, reveló, a través del BAI, que el 50% de los pacientes presentaba síntomas de ansiedad, con niveles de leve a grave.¹⁹

Una investigación con quince pacientes en hemodiálisis durante más de tres meses constató, a partir de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*), que el 47% de la muestra presentaba síntomas de ansiedad.¹³ Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más comunes en niños y adultos, con una prevalencia estimada durante a lo largo de la vida del 9% y el 15%, respectivamente.²¹

Los síntomas más comunes de ansiedad de los participantes en este estudio fueron: entumecimiento u hormigueo, incapacidad para relajarse, sensación de ahogo, nerviosismo, miedo a morir, palpitaciones o taquicardia.

Los síntomas de estrés estaban presentes en el 60% de esta muestra, con predominio de los síntomas psicológicos (42%). Cabe señalar que estaba previsto encontrar estrés en esta población, ya que, como se señala en el marco teórico, la enfermedad renal, la fase de espera de un órgano y el tratamiento representan para el paciente un factor de inestabilidad y estrés.¹²

El estrés necesariamente debe ser estudiado, tanto en el aspecto físico como en el psicológico. En los aspectos emocionales, el estrés puede producir apatía, depresión, desánimo, hipersensibilidad emocional, ira, irritabilidad y ansiedad, y puede desencadenar, en las personas con predisposición, crisis neuróticas y episodios psicóticos. En los aspectos físicos, el estrés puede contribuir a la etiología de muchas enfermedades físicas graves y afectar la calidad de vida. Las enfermedades más estudiadas en la que el estrés aparece como un factor contribuyente o desencadenante son la hipertensión arterial, las úlceras gástricas y de duodeno, el cáncer, la psoriasis y el vitiligo, entre otras.²¹

Los síntomas psicológicos mencionados por los participantes en esta investigación fueron: sensibilidad excesiva, pensar constantemente en un tema, sensación de incompetencia en todas las áreas, incapacidad para trabajar, ganas de alejarse de todo, angustia y ansiedad cotidiana.

La fase de estrés que se destacó en esta investigación fue la resistencia, seguida por la fase de agotamiento. En la fase de resistencia se intenta encontrar un nuevo estado de equilibrio, por lo que hay un uso importante de energía. Esto puede generar sensación de desgaste generalizado sin causa aparente y dificultades con la memoria, entre otras consecuencias. En la fase de agotamiento se produce una caída en la resistencia, con agotamiento psicológico (en forma de depresión) y físico (en forma de nuevas enfermedades). Estos procesos pueden asociarse con la mortalidad.²¹

Al considerar a la ocupación como un desencadenante de estrés, debe tenerse en cuenta que la enfermedad renal provoca discapacidad a mediano y largo plazo. Ade-

más, se asocia a menudo con otras enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión arterial. Debido a la realización de la hemodiálisis tres veces por semana, en promedio por cuatro horas diarias, muchos pacientes no pueden desempeñar actividad laboral alguna. Una encuesta realizada con pacientes en tratamiento sustitutivo renal mostró que el 87% estaba jubilado o no tenía actividad laboral.¹³ El resultado de nuestro estudio justifica esta afirmación, ya que reveló que el 66% de los pacientes eran jubilados y el 20% no tenía actividad laboral.

Entre los participantes de la investigación se observó un bajo nivel educativo: el 67.3% de los pacientes sometidos a hemodiálisis tiene tan sólo escolaridad inferior a cuatro años. En un estudio similar en pacientes en hemodiálisis, se verificó que el 40% tenía educación primaria, el 40% educación secundaria y el 20% no tenía estudios.¹³

El 46% de los participantes eran casados, lo que puede estar relacionado con un mayor apoyo social. Las relaciones sociales próximas afectan positivamente los sistemas biológicos, salud mental y el bienestar psicológico de los pacientes, promoviendo la adaptación a la enfermedad crónica.²² El apoyo social recibido y percibido por el paciente renal crónico es fundamental para lograr la adhesión al tratamiento, ya que esta variable es un indicador del comportamiento del paciente ante la situación de estrés que causa la enfermedad.²³

De acuerdo con los datos de este estudio, no parece existir una asociación significativa entre el tiempo de espera para el trasplante y los niveles de ansiedad. Estos resultados pueden estar relacionado con una mayor adaptación del paciente a los cambios en el estilo de vida a lo largo del tiempo de espera, contrariamente a aquellos que están hace poco tiempo en la lista de espera, y que por lo tanto pueden no haber asimilado aún lo que significa ser portador de la enfermedad, que necesitarán tratamiento por el resto de sus vidas y que podrán ser sometidos a una cirugía en la que tendrán que recibir un órgano de otra persona, viva o muerta.²⁴ Sin embargo, 62% de los pacientes de esta muestra creían que el tiempo de espera por el trasplante tiene relación directa con los síntomas de ansiedad y estrés.

La relación entre la exposición a eventos estresantes y la aparición de los síntomas y trastornos de ansiedad en general ha sido poco investigada en los enfermos renales crónicos en espera de trasplante.

Los síntomas de ansiedad pueden surgir antes de un trastorno definido y completo, en respuesta a acontecimientos estresantes, y son corresponsables por el surgi-

miento de trastornos mentales en el corto, el mediano y el largo plazo.

Antes de la instalación de un trastorno de ansiedad definido y completo, pueden describirse síntomas de la enfermedad en respuesta a acontecimientos estresantes. Estas manifestaciones son corresponsables del surgimiento de trastornos mentales a corto, mediano y largo plazo. En un estudio previo en el cual se evaluó una cohorte de adolescentes de ambos sexos durante cuatro años, se analizó la relación entre los desacuerdos entre padres e hijos (como un acontecimiento de vida estresante), los síntomas de ansiedad y la aparición de trastornos de ansiedad. La presencia persistente o creciente de desacuerdos fue un factor predictivo de los síntomas y de los trastornos de ansiedad en el corto plazo, o sea, cuanto mayor era la exposición al factor de estrés, más intensos los síntomas. Estos datos concuerdan con los resultados de esta investigación, que demostró que cuanto mayor es la ansiedad, mayor es el estrés.²⁵

El presente estudio tuvo como objetivo una evaluación transversal, lo que no permitió establecer relaciones de causa y efecto, o sea, afirmar si los síntomas presentados son causados por el tiempo de espera para un trasplante, los factores de tratamiento, la enfermedad o por otros factores. Sin embargo, se verificaron importantes asociaciones, especialmente entre la ansiedad y el estrés, así como entre el tiempo de espera por la cirugía y el aumento de los niveles de estrés.

Conclusión

A partir del relevamiento realizado con pacientes en lista de espera para el trasplante renal en el municipio de Juiz de Fora, se pudo confirmar la hipótesis de este estudio, ya que constató la presencia significativa de síntomas de ansiedad y estrés en la muestra evaluada, con predominio de los síntomas psicológicos. También se verificó la relación entre la ansiedad y el estrés, además de constatar que cuanto más tiempo en lista de espera para el trasplante, mayor es el nivel de estrés.

Los resultados obtenidos sugieren que los pacientes que se hallan en el período pretrasplante necesitan ser evaluados, diagnosticados y tratados para evitar complicaciones posoperatorias y la falta de adhesión al tratamiento. La realización de otras investigaciones es de fundamental importancia para una mejor comprensión de los cuidados necesarios para los pacientes con ERC. El control por un equipo multidisciplinario es esencial en todas las etapas del trasplante, lo que pone de relieve la importancia de la intervención psicológica.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siic.salud.com

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

IRC, insuficiencia renal crónica; CNCDO, Central de Notificación, Captación y Donaciones de Órganos; SNT, Sistema Nacional de Trasplantes; CNNCDO, Centro Nacional de Notificación, Captación y Distribución de Órganos; pmp, por millón de personas; ERC, enfermedad renal crónica; CV, calidad de vida; GRS, Gerencias Regionales de Salud; BAI, Inventario de Ansiedad de Beck; ISLL, Inventario de Síntomas de Estrés para adultos de Lipp; TCLE, Término de Consentimiento Libre y Esclarecido; HADS, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

Cómo citar este artículo

Nascimento da Silva A, Rossi dos Santos Grincenkov F. Ansiedad y estrés de los pacientes en el período previo al trasplante renal. *Salud i Ciencia* 21(1):45-50, Nov 2014.

How to cite this article

Nascimento da Silva A, Rossi dos Santos Grincenkov F. Anxiety and stress in patients during the waiting period for renal transplantation. *Salud i Ciencia* 21(1):45-50, Nov 2014.

Autoevaluación del artículo

En la actualidad, los trasplantes se convirtieron en una opción de tratamiento para pacientes con enfermedad crónica o en la etapa de insuficiencia funcional, lo que permite salvar vidas, en algunas modalidades, y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

¿Cuál es la nación iberoamericana con mayor número de trasplantes, en especial en el ámbito del sistema público de salud?

A, México; B, España; C, Brasil; D, Argentina; E, Colombia.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/124951

Bibliografía

- Neto MLS. Factores de riesgo para infecciones en trasplante renal. 92f. [Dissertação] Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.
- Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. Revista AMRIGS 50(4):313-20, 2006.
- Ministério da Saúde. Lista de espera. In: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lista_de_Espera_2009.pdf. Acessado em: 21 de maio 2010.
- Moraes BN. Perfil, crenças, sentimentos e atitudes de familiares doadores e não-doadores de órgãos. 107f. [Tese] Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- Ministério da Saúde. Lista de espera. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/listadeespera_200411.pdf. Acessado em: 30 de maio 2011.
- Sesso RCC, et al. Censo brasileiro de diálise 2009. J Bras Nefrol 32(4):380-4, 2010.
- Cardoso MA, Matos AN. Aspectos legais e éticos. In: Pereira, WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- Ministério da Saúde. Lei nº 9.434 (04-02-1997). Dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- Ministério da Saúde. Decreto nº 2.268 (30-06-1997). Regulamenta a Lei nº 9.434 (04-02-1997). Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- Fernandes PMP, Garcia VD. Estado atual do transplante no Brasil. Diagnóstico e Tratamento 15(2):51-2, 2010.
- Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Estud Psicol 12(2):177-84, 2007.
- Castro EEC, Fonseca MAA, Castro JO. Dimensões psicológicas e psiquiátricas. In: Pereira, WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 565-91, 2004.
- Oliveira TFM, Santos NO, Lobo RCMM, et al. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. Psicólogo Informação 12(12):9-32, 2008.
- Daibert MC. Recusa familiar na doação de órgãos na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos- CNCDO/ Regional Zona da Mata/ Minas Gerais. 132f. [Dissertação] Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.
- Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.
- Lipp MEN. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- Flores RV, Thomé EGR. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. Rev Bras de Enferm 57(6):1-6, 2004.
- Kioroglo PS. Benefício da avaliação psicológica em situação de transplantes. Simpósio apresentado no III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, 05 Set 2010.
- Castillo ARG, Recondo R, Ashbar FR, et al. Trans-tornos de ansiedade. Rev Bras Psiquiatr 22(1):01-11, 2000.
- Lipp MEN, Malagris LN. Manejo do estresse. In: Rangé B (org). Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas, Editorial Psy, 1995.
- Rodrigues MA, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Padeia 18(40):279-88, 2008.
- Pedroso RS, Sbardelloto G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde 4(7):32-5, 2008.
- Barros PMR. Depressão e qualidade de vida em pacientes no pré e pós- transplante renal. 76f. [Dissertação] Recife, Universidade Federal do Pernambuco, 2008.
- Margis R, Picon P, Cosner, AF et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev Psiquiatr 25(1):65-74, 2003.