

## Efectos colaterales del desempleo en la Insuficiencia Renal Crónica, ¿qué papel puede jugar la Arteterapia?

*Telma Barrantes Fernández*  
*Docente en el Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Corporal*  
*y Plástica de la Universidad de Extremadura*  
[tbarrantes@unex.es](mailto:tbarrantes@unex.es)  
ORCID: 0000-0002-1552-8823

*Esteban Cruz Hidalgo*  
*Doctor en Economía y Empresa por la Universidad de Extremadura*  
*Departamento de Economía de la Universidad de Extremadura*  
[ecruzh@unex.es](mailto:ecruzh@unex.es)  
ORCID: 0000-0002-4374-4371

El objetivo de este artículo es presentar una alternativa laboral efectiva para los enfermos de Insuficiencia Renal Crónica (en adelante IRC), acorde a una reinserción laboral que se ajuste a las características de su enfermedad. Además, la rehabilitación vocacional asociada al tránsito hacia esta nueva perspectiva laboral requiere de una atención integral dados los efectos emocionales que la enfermedad y la reorganización de los distintos ámbitos de su vida causan en el paciente. En este punto entra en juego la Arteterapia. Hemos estructurado el trabajo de la siguiente forma. Primero, presentamos una breve introducción a la IRC. Tras ello, exponemos la relación entre la enfermedad, los factores socioeconómicos y los trastornos mentales que pudieran surgir, enfocándonos en las expectativas laborales del enfermo crónico. Seguidamente, explicamos cómo el Trabajo Garantizado y la Arteterapia pueden operar como herramientas funcionales para una rehabilitación vocacional efectiva. Por último, realizamos una reflexión al respecto a modo de conclusión.

### **1. Una breve introducción a la IRC**

La IRC es una patología que consiste en la incapacidad del riñón en depurar y filtrar la sangre del organismo, y que tiene un carácter irreversible (Alcázar *et al.*, 2008). Tanto es así que el órgano puede llegar a un estado terminal, obligando al individuo a llevar a un autocuidado extremo en su dieta que afecta incluso al control de la ingesta de agua para aliviar o prevenir la aparición de síntomas (Anes y Castro, 2011).

Cuando un paciente alcanza los niveles avanzados de la enfermedad es imprescindible someterse a tratamientos sustitutivos para poder suplir las funciones

dañadas del riñón y garantizar la vida del paciente. Podemos distinguir entre dos tipos de tratamiento de reemplazo sustitutivo renal para la IRC: el trasplante y la diálisis (Cabrera, 2004, p.30). Como primera opción el trasplante del órgano sería lo ideal, ya que es lo más eficaz (Rivera y Amenábar, 2007, p.201), pero esto no siempre es posible de forma inmediata. Mientras el paciente espera un órgano compatible y/o cumple los requisitos necesarios para recibir la donación debe someterse a un tratamiento de reemplazo artificial, conocido como diálisis. Dentro de este tratamiento podemos distinguir dos variantes., la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Para poder elegir entre estos dos tratamientos el equipo médico considera la existencia de otras patologías y las circunstancias vitales y sociales del paciente (Hernández-Herrera y Martín-Malo, 2007, p.859).

En el tratamiento de diálisis peritoneal la depuración de la sangre se produce en el abdomen, es decir dentro del organismo del individuo (García-Llana, 2013, p.21). Esta modalidad permite al paciente no renunciar a ciertos hábitos y actividades cotidianas y una mejor calidad de vida (Amenabar *et al.*, 2001, p.6), ya que este tipo de tratamiento se puede realizar en el domicilio del paciente, otorgándole una mayor independencia para organizar el resto de ámbitos de su vida (Hernández-Herrera y Martín-Malo, 2007, p.859). Como señalan Julián-Mauro, Molinuevo-Tobalia y Sánchez-González, (2012, p.442), una gran parte de los pacientes sometidos a este tratamiento no interrumpen su actividad laboral, si bien esta modalidad exige un sobre esfuerzo por parte del enfermo y familiares para conocer las técnicas de dializado y aplicar el tratamiento en el hogar (Hernández-Herrera y Martín-Malo 2007, p.859). No obstante, el tratamiento de diálisis hospitalaria, la hemodiálisis, es el más frecuente en la mayoría de países (Rivera y Amenábar, 2007, p.201). Éste consiste en un circuito que depura la sangre de forma extracorpórea (Fernández, 2009, p.671). A diferencia de la diálisis peritoneal, el paciente en tratamiento de hemodiálisis tiene que acudir al centro hospitalario para poder someterse al tratamiento con una regularidad constante de mínimo 3 días semanales y permanecer allí de entre 3h a 5h diarias conectados al monitor (Hernández-Herrera y Martín-Malo, 2007:860), desapareciendo así la independencia que aporta la posibilidad de recibir el tratamiento en casa.

## **2. Enfermedad, depresión y factores socioeconómicos**

Cada paciente con IRC vive su enfermedad de forma particular, aunque nos encontraremos aspectos comunes entre pacientes. Según avanza la enfermedad aparecen sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia (Giacoletto y Bujaldón, 2007, p.879).

Son muchos los autores que afirman que los enfermos crónicos afrontan infinidad de cambios en todas las dimensiones de su vida, algunos de los cuales influyen directamente en su situación económica y laboral (Aparicio, 2004, p.28; Jiménez y Carrillo, 2018, p.276). Esto afecta también a su calidad de vida (López *et al.*, 2010, p.106). El desempleo es un factor muy presente en los adultos dializados. La pérdida de empleo es percibida por el individuo como una renuncia de su estructura social, generando sensaciones de derrota y fracaso. Incluso cuando cierto nivel de ingreso está garantizado la falta de empleo y de expectativas de retornar al mismo promueve el desarrollo de aspectos destructivos psicológicamente para el individuo (Buendía, 1990, p.22) pudiendo ello resultar en trastornos depresivos (Pothier, 1982 citado por Buendía, 1990, p.29). La inactividad laboral también influye en las relaciones sociales y familiares (Buendía, 1990, p.24), obligando a adaptarse a la enfermedad mediante la modificación de los roles familiares. Cuando la persona enferma es el principal sustento familiar estos cambios son más evidentes (Jiménez y Carrillo, 2018, p.276). La alteración de las dimensiones familiares, económicas y laborales del paciente también provocan la aparición de estrés, haciéndolo vulnerable a la depresión (Cassaretto y Paredes 2006). La depresión es uno de los trastornos más comunes en la IRC (García-Lana, 2013, p.23) Por esta razón Giacoletto y Bujaldón, (2007, p.881) aconsejan que es necesario que el paciente se incorpore a la actividad laboral cuando sea posible, ya que favorece a su autoestima y conserva sus redes sociales. Esto no es posible en muchos casos, pues la dependencia del tratamiento y de los cuidados requeridos por la IRC impone importantes barreras para reanudar la actividad laboral previa o en el sector privado.

Aparicio (2004, p.28-29) muestra que un nivel socioeconómico bajo implica mayores preocupaciones en relación a los factores económicos y laborales, y por lo tanto esto fomenta una estimulación menor en el terreno psicológico. Esto es un problema grave, debido a que la depresión perjudica la adherencia del paciente a su tratamiento pudiendo incluso interferir en el tiempo del tratamiento de diálisis (García y Calvanes, 2008; Alarcón, 2004). Un mal seguimiento de la dieta establecida implica un mayor deterioro en la enfermedad del paciente, y, por lo tanto, en su calidad de vida (Anes y Castro, 2011, p.19) la desatención ante sus cuidados médicos son comportamientos autodestructivos, pudiendo entenderse como conductas suicidas que, si son mantenidas por un periodo prolongado de tiempo pueden llevar a la muerte del paciente (Kimmel, 2001, p.1608)

Si bien en todas las enfermedades crónicas el factor económico es importante, pero en la IRC en tratamiento de diálisis resulta ser un factor esencial que limita las oportunidades de trabajo del paciente (Hernando, 2007, p.122). A pesar de que se han demostrado los beneficios que se producen en el paciente el mantenerse laboralmente activo, el tratamiento sustitutivo renal suele ser un hándicap para la realización de la actividad laboral (Julián-Mauro, Molinuevo-Tobalina y Sánchez-González, 2012, p.439). Se estima que entre el 45% y el 75% de los pacientes con tratamiento sustitutivo renal se encuentran en inactividad laboral; factor se ve contribuyen principalmente el estado físico y la actitud del paciente, su educación y la compatibilidad del tratamiento con la actividad que ejercen (Giacoletto y Bujaldón, 2007, p.881)

En España la gran mayoría de pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo renal obtienen la incapacidad laboral permanente al no poder trabajar, estableciéndose sus ingresos en relación con su cotización. En los casos en que la vida laboral de los individuos haya sido escasa o nula, pero puedan trabajar, suele facilitarse un Certificado de Minusvalía de un mínimo de grado del 33%. El objetivo es incentivar que los empresarios contraten a estas personas al otorgársele por ello una serie de bonificaciones y subvenciones que palien las ausencias y reducción de productividad causada por la enfermedad. Otra situación es la de aquellos pacientes que no han cotizado y no pueden trabajar, a quienes se les facilita un certificado de Minusvalía con un mínimo del 65% para acceder a una pensión no contributiva por invalidez. Pero una vez que el paciente es trasplantado y consigue el alta médica se considera que puede retomar su actividad laboral, desactivándose de inmediato la protección social sin evaluar las marcas que dejan años de inactividad laboral ni ofrecer rehabilitación vocacional para esta nueva etapa (Julián-Mauro, Molinuevo-Tobalina y Sánchez-González, 2012, p.440) Este factor de rehabilitación vocacional es importante ya que, como indican Cieza, Estremadoyro y Tenorio, (1995, p.6), las capacidades y habilidades de los pacientes se ven reducida por dos factores determinantes: la edad de los pacientes y la cantidad de tiempo recibiendo el tratamiento sustitutivo renal.

### **3. Trabajo Garantizado y Arteterapia: elementos para una rehabilitación vocacional efectiva.**

La atención emocional en personas que transitan por momentos vitales permite que la persona pueda afrontar los sucesos traumáticos, como los ocasionados por los cambios

provocados por la enfermedad y, en el caso que nos ocupa, la IRC. La Arteterapia es una disciplina que se encarga de atender y acompañar a personas con un alto grado de vulnerabilidad. La práctica arteterapéutica se caracteriza por fomentar el desarrollo personal para una mejor gestión emocional, un conocimiento profundo sobre sí mismo, fomenta el afrontamiento y la adquisición de habilidades para afrontar problemas, fortalece a la persona, al entorno familiar y permite una adaptación a los cambios (Mayo, 2018, p.115). Los pacientes con IRC pueden realizar esta terapia durante las horas de tratamiento en la unidad de diálisis. Aunque esta práctica es muy novedosa, ya podemos encontrar diferentes estudios que confirman sus beneficios (Nishida y Strobino, 2005; Johnson, 2008; Barrantes, 2016). La primera intervención de Arteterapia dentro de una unidad de diálisis tuvo lugar en el año 2003 en el Hospital de Harlem en Nueva York, donde se detectaron en los pacientes que esta terapia producía en los pacientes sentimientos de poder, control, actitudes positivas y libertad (Weldt, 2003).

Dadas las evidencias encontradas, creemos que una atención integral que incluye la Arteterapia puede ocupar un papel funcional en el proceso de rehabilitación vocacional de los pacientes con IRC, quienes afrontan cambios importantes en sus capacidades y habilidades; como parte del proceso emocional de adaptación y aceptación de las nuevas expectativas laborales a las que físicamente puede optar, ya sea durante el tratamiento sustitutivo renal o una vez sean trasplantados. Pero este proceso no puede ser exitoso si no se elimina la incertidumbre sobre los trabajos efectivamente disponibles para ellos. A pesar de los incentivos ofrecidos a los empresarios privados para la contratación de individuos con IRC, las posibilidades de inserción laboral son reducidas. La situación se ve agravada si después de ser trasplantados el grado de discapacidad del individuo con IRC es reducido por debajo del 33%, aun necesitando control médico y cuidados permanentes y estar sometidos a una medicación inmunosupresora y complicaciones médicas derivadas de su enfermedad. Además, el tiempo de inactividad o desempleo a largo plazo penaliza aún más en la oportunidad de encontrar un empleo (Farré *et al.* 2018, Reichard *et al.*, 2019), lo que influye en la salud mental, tan delicada en pacientes con IRC como se ha mencionado, y que puede agravar rápidamente su estado físico al descuidar voluntariamente sus autocuidados.

Dadas las necesidades y características de los pacientes con IRC que no pueden retomar su actividad laboral, hecho que afecta principalmente a aquellos con un bajo perfil educativo, es urgente diseñar una alternativa laboral efectiva ajustada a este tipo de

trabajadores. Los datos de inserción laboral nos dicen claramente que ello no puede dejarse al sector privado, los trabajadores con discapacidad son sistemáticamente penalizados en el acceso al empleo (Darity Jr, 2003; Smith *et al.*, 2017). Una opción flexible que cumpla en tiempo y forma con los condicionantes propios de estos trabajadores es el Trabajo Garantizado (Tcherneva, 2019).

El Trabajo Garantizado puede definirse como la institucionalización de la figura del Estado como Empleador de Último Recurso (Mosler, 1997-1998; Cruz, Ehnts y Tcherneva, 2019). El Estado establece el precio que va a pagar en los diversos programas de Trabajo Garantizado que ofrece y los trabajadores deciden si participar en los mismos. Estos empleos no compiten con los del sector público ni con el sector privado, tampoco están guiados por el ánimo de lucro. Están dirigidos a cubrir servicios comunitarios sin cubrir apuntados por el conjunto de los agentes sociales, y no requieren ninguna capacitación o habilidad específica, y son flexibles en cuanto a técnicas, tecnología y características del puesto de trabajo (Forstater, 1998, Kaboub, 2008). Esta política es fundamentalmente un mecanismo automático de estabilización del ciclo económico, operando a través de la contratación de trabajadores en una recesión y dejándolos ir ante las ofertas de empleo privadas que reciben en un auge económico (Mitchell y Mosler, 2002; Cruz y Parejo, 2018). Pero es fácil ver cómo estos programas de Trabajo Garantizado pueden diseñarse para ajustarse a las necesidades y limitaciones de los trabajadores con IRC cubriendo la demanda de empleo que el sector privado no cubre.

#### **4. Conclusiones**

Como señalan Alcázar *et al.* (2008, p.273), la IRC es una enfermedad sujeta a intensos cambios y cargada de un impacto emocional muy fuerte. La situación se complica cuando el cabeza de familia es la persona enferma y la inactividad laboral y las limitaciones en sus capacidades provocan que la situación económica de la familia se vea afectada, pudiendo derivar su estado emocional en depresión. Esto no solo perjudica a su calidad de vida, sino que también agrava el deterioro producido por la propia enfermedad e incluso promueve la dejadez en sus cuidados. Las expectativas sobre su empleabilidad agravan las perspectivas sobre su enfermedad, aun cuando en la etapa de tratamiento sustitutivo renal le sean garantizados unos ingresos mínimos.

En cuanto la incapacidad laboral permanente es retirada, las posibilidades de encontrar un empleo para este grupo de población, tengan o no certificado de minusvalía

de algún tipo, son escasas. Por este motivo, se requiere que haya empleos disponibles para los enfermos con IRC adaptados a los cuidados necesarios que requieren y sus circunstancias, algo que es incapaz de ofrecer el sector privado. La disponibilidad de este empleo es un elemento fundamental para el éxito de un proceso de rehabilitación vocacional donde la Arteterapia puede jugar un papel fundamental para la adaptación y aceptación de estos trabajadores a esta nueva vía de empleo a la que pueden optar si así lo desean. La razón de ello es que la intervención arteterapéutica capacita al individuo para adquirir los recursos que le permiten afrontar los cambios y adaptarse esta nueva situación a través del autoconocimiento de uno mismo, tratando las preocupaciones que van aflorando durante todo el proceso y previniendo los estados traumáticos. Este suceso vital que es la enfermedad no debería empujar a los enfermos con IRC a una discriminación laboral sistemática. El Trabajo Garantizado y la Arteterapia son instrumentos que, en colaboración, pueden ayudar de manera efectiva a reducir la incertidumbre, afrontar los cambios, y abrir nuevos caminos para estas personas en la montaña rusa emocional en que están inmersos. La enfermedad no debe ser un obstáculo para una vida plena. Siguen siendo útiles para la sociedad y para ellos mismos, y esta es una vía para reconocérselo.

## Referencias

- Alcázar, R; Orte, L.; González Parra, E.; Górriz, J.L.; Navarro, J.F.; Martín de Francisco, A.L.; Egocheaga, M.<sup>a</sup> I.; y Álvarez Guisasola, F. (2008). *Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrología*, 28(3), 273-282
- Amenabar, J.J.; Gómez Ullate, P.; Lampreabe, I.; Gainza, F.J.; Zárraga, S.; Muñiz, M.L.; y Erauzkin, G.G. (2001). Valoración del tratamiento sustitutivo integrado en pacientes en insuficiencia renal terminal: selección vs elección. *Nefrología*, 21, 4-13.
- Anes, E.M.; y Castro, F.V. (2011). Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 9-20.
- Aparicio, M.C. (2004). Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Barrantes, T. (2016). Arteterapia en una unidad de diálisis pediátrica. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 11, 309-324.
- Buendía, J. (1990). Psicopatología del desempleo. *Anales de Psicología*, 6(1), 21-36.
- Cabrera, S. S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24, 27-34.

- Cassaretto, M.; y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de psicología*, 24(1), 109-140.
- Cieza, J.; Estremadoyro, L.; y Tenorio, A. (1995). Influencia de la hemodiálisis sobre la capacidad laboral de pacientes en hemodiálisis crónica intermitente. *Revista Médica Herediana*, 6(1).
- Cruz, E.; Ehnts, D.H.; y Tcherneva, P.R. (2019). Completing the Euro: The Euro Treasury and the Job Guarantee. *Revista de Economía Crítica*, 27, 100-111.
- Cruz E., Parejo, F.M. (2018). La concepción del «dinero moderno» y su contribución a un nuevo marco político monetario-fiscal. *Revista de estudios políticos*, 181, 167-186.
- Darity Jr, W. A. (2003). Employment discrimination, segregation, and health. *American Journal of Public Health*, 93(2), 226-231
- Farré, L.; Fasani, F.; y Mueller, H. (2018). Feeling useless: the effect of unemployment on mental health in the Great Recession. *IZA Journal of Labor Economics*, 7(8).
- Fernández, J. (2009) "Hemodiálisis". En G. Gordillo, R. Exeni, y J. De la Cruz, J. (eds.), *Nefrología pediátrica* (pp.671-683). Barcelona: Elsevier.
- Forstater, M. (1998). Flexible full employment: structural implications of discretionary public sector employment. *Journal of Economic Issues*, 32(2), 557-563
- García, H.; y Calvanes. N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-16.
- García-Llana, H. (2013). Evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (tesis doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Giacoletto, S.G; y Bujaldón, M.I (2007). "Aspectos psicológicos de los enfermos en técnicas sustitutivas de la función renal, de sus familiares y del equipo tratante". En L. Hernando (ed.), *Nefrología clínica* (pp.879-886). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Hernández-Herrera, G. y Martín-Malo, A. (2007). "Aspectos clínicos de la hemodiálisis". En L. Hernando (ed.), *Nefrología clínica* (pp.858-863). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Hernando, L. (2007). "Enfoque y valoración clínica del enfermo con patología renal". En L. Hernando (ed.), *Nefrología clínica* (pp.121-129). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez, Y.F.; y Carrillo, G.M. (2018). Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal: un abordaje fenomenológico. *Enfermería Nefrológica*, 21(3), 275-283.
- Johnson, A. (2008). Art Therapy and Pediatric Hemodialysis: Creating Therapeutic Space in an Open Unit Medical Setting (tesis de maestría). Canadá: Concordia University.
- Julián-Mauro, J.C.; Molinuevo-Tobalina, J.Á.; y Sánchez-González, J.C. (2012). La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología*, 32(4), 439-445.

- Kaboub, F. (2008). Elements of a radical counter-movement to neoliberalism: Employment-led development. *Review of Radical Political Economics*, 40(3), 220-227
- Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney international*, 59(4), 1599-1613.
- López, C.A.; Escribano, A.F.; Cantanero, G.G.; de Pablos, A.L.; y García, E.I. (2010). Desarrollo de un cuestionario en español de medida de calidad de la vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 30(2), 168-176.
- Mayo, E. (2018). Vulnerabilidad, ruptura social y arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 13, 103-117.
- Mitchell, W.; y Mosler, W. (2002). Fiscal policy and the job guarantee. *Australian Journal of Labour Economics*, 5(2), 243-259.
- Mosler, W. (1997-1998). Full employment and price stability. *Journal of Post Keynesian Economics*, 20(2), 167-182.
- Nishida, M.; y Strobino, J. (2005). Art Therapy with a Hemodialysis Patient: A Case Analysis. *Art Therapy: Journal of the AATA*, 22(4), 221-226.
- Prada, A.A. (2004). La depresión en el paciente renal, *Revista colombiana de psiquiatría*, 33(3), 298-320.
- Reichard, A.; Stranksy, M.; Brucker, D.; y Houtenville, A. (2019). The relationship between employment and health and health care among working-age adults with and without disabilities in the United States. *Disability and rehabilitation*, 41(19), 2299-2307.
- Rivera, F. y Amenábar, J.J. (2007). "Epidemiología de las enfermedades renales en España". En L. Hernando (ed.), *Nefrología clínica* (pp.196-201). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Smith, D.L.; Atmatzidis, K.; Capogreco, M.; Lloyd-Randolfi, D.; y Seman, V. (2017). Evidence-based interventions for increasing work participation for persons with various disabilities: A systematic review. *OTJR: occupation, participation and health*, 37(2\_suppl), 3S-13S.
- Tcherneva, P.R. (2019). The Federal Job Guarantee: Prevention, Not Just a Cure. *Challenge*, 0(0):1-20.
- Weldt, C. (2003). Patients' Responses to a Drawing Experience Hemodialysis unit: A Step Towards Healing. *Art Therapy. Journal of the AATA*, 20(2), 92-99.