

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA A TRAVÉS DE UNA PRUEBA PROYECTIVA

M. P. Ortiz López, J. L. Martín Espejo

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCION

En este estudio se analizan los resultados obtenidos en el Test de la Figura Humana de K. Machover por una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) de nuestra población.

El Test de la Figura Humana de K. Machover (TFH) es una prueba proyectiva-expresiva de personalidad que se basa en el hecho de que una persona al dibujar una figura humana representa de una forma íntima su propia personalidad. Existen diversos sistemas de corrección de esta prueba, entre ellas la recogida por M. Xandró (1) que diferencia entre aspectos gráficos, como la situación del dibujo en la página o la fuerza del trazo, y aspectos formales o de contenido del dibujo tales como tamaño de la cabeza, presencia de los rasgos faciales, omisión de las manos, vestimenta, etc.

En la IRC encontramos alteraciones bioquímicas y fisiológicas, que requieren un tratamiento continuo y adecuado, la diálisis, y que condicionan el estilo de vida personal, las relaciones familiares y los aspectos sociales del paciente.

Cuando a una persona se le diagnostica la IRC, su estilo de vida se ve forzado a cambiar: restricciones alimenticias, de ingesta de líquidos, seguimiento de un control médico y/o farmacológico, incorporación a una de las modalidades de diálisis, falta de energía, anemia, preocupaciones o hiperprotección respecto al paciente dentro de la familia, baja laboral por enfermedad que suele ser definitiva, disminución del estatus socioeconómico, restricción de las relaciones sociales o dificultades para salir de vacaciones particularmente para los pacientes de hemodiálisis hospitalaria.

La toma de conciencia de estos cambios de estilo de vida y/o de la enfermedad en sí, puede generar complicaciones a nivel psicológico: ansiedad (2,3,4,5,6), trastornos depresivos (2,6,7,8,14,18), rasgos de dependencia (7,8,9), dificultades con la integración de la imagen corporal (6,8,13), pérdida de interés y de potencia sexual (10,11,12), inadaptación al tratamiento o desajustes comportamentales evidenciados por la falta de seguimiento del tratamiento.

En numerosos estudios se ha relacionado la existencia o intensidad de estas complicaciones con la modalidad de tratamientos de diálisis, debido a que cada una de ellas presenta características diferenciales en cuanto a las limitaciones que imponen al estilo de vida del paciente. Estas diferencias se refieren a la flexibilidad/rigidez del horario de diálisis, al tiempo invertido en el tratamiento, al sistema depurativo y a la modalidad de acceso, a la ubicación del tratamiento o a la necesidad de entrenamiento para efectuar la diálisis.

SUJETOS

La muestra está compuesta por 31 sujetos voluntarios, 15 varones y 16 mujeres, con IRC tratados dentro de un medio hospitalario, con edades comprendidas entre los 16 y 71 años y una edad media de 46,6 años. Ocho de los sujetos pertenecen a la modalidad de hemodiálisis hospitalaria (HDH), 14 al grupo de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y el resto, 9, realizan el tratamiento de hemodiálisis domiciliaria (HIDID).

MATERIAL Y METODOS

A todos los sujetos de la muestra se les aplicó el TFH dentro de una batería de tests (se le pide a cada sujeto que dibuje en primer lugar una figura humana, en segundo lugar una figura humana de distinto sexo a la que realizó antes y para terminar, que se dibuje a sí mismo). Esta prueba se aplicó siempre después de varios contactos con los sujetos de evaluación. Al grupo de HDH antes de entrar en diálisis y a los otros dos, cuando iban a las revisiones médica y/o de enfermería.

Para la corrección del TFH, se utilizó el sistema propuesto por M. Xandró, que se basa en la anotación de la presencia o ausencia de ciertos ítems gráficos y formales. Cada ítem está relacionado con distintos aspectos de la personalidad del sujeto o de la forma de relacionarse socialmente o de sus preocupaciones actuales.

RESULTADOS

Los ítems que contestan de forma más frecuente los sujetos de la muestra de pacientes con IRC son:

A) Entre 13 y 15 pacientes (41,9 %-51,6 %) repiten dentro del plano gráfico los siguientes ítems: dibujo pequeño (introversión, inhibición, reserva), dibujo centrado en la página (autocontrol, prudencia, frialdad), presión suficiente sin regularidad en el impulso (ansiedad, introversión, déficit de vitalidad), continuidad del trazo media (mezcla de intuición y lógica, de extraversión e introversión, inseguridad) y figura de menor edad (evasión de la situación actual). Dentro del plano formal: ojos enfatizados o destacados (cautela y sospecha), ojos sin pupilas (inmadurez emocional y egocentrismo) y ausencia de senos o sustitución de éstos por adornos (inmadurez).

B) Entre 16 y 19 pacientes (51,6 %-61,3 %) repiten dentro del plano gráfico: dibujo situado a la izquierda (dependencia, huida y temor, frustración afectiva) y líneas rectas abundantes (vitalidad, introversión, autocontrol, carácter autoritario, frialdad). Dentro del plano formal: cabeza grande, boca de frente redonda o cóncava y de perfil convexa y receptiva (dependencia, pasividad), ausencia de orejas (normal) y figuras vestidas sobriamente (introversión).

C) Entre el 61,3 % y el 70,9 %, entre 20 y 22 pacientes, coinciden dentro del plano gráfico: dibujo en la parte de arriba de la página (optimismo, idealismo, huida de la realidad), figura quieta (extraversión, confianza en sí mismo) y borraduras y sombreados (ansiedad) dentro del plano formal.

Para ver las diferencias entre los grupos de HDH, DPCA y HDD en cuanto a los ítems que aparecen más frecuentemente en un grupo que en los otros dos, presentamos la tabla 1 que representa la diferencia en porcentajes resultantes de la comparación de los grupos y los ítems que evidencian esta diferencia. La primera columna de la izquierda nos indica el intervalo en el que se encuentra la diferencia en porcentajes. G.O = Grupo de HDH. G.1 = Grupo de DPCA. G.2 = Grupo de HDD. PG = Plano gráfico. PF = Plano formal. Los números interiores representan los distintos ítems en los que se ha estructurado el Test de la Figura Humana. En primer lugar aparecen las diferencias con signo positivo, por ejemplo, el ítem 9 del PG (dibujo situado en la parte de arriba de la página) se encuentra más frecuentemente en el G.O que en el G1 en un porcentaje que se encuentra dentro del intervalo (20, 24.9) y los números entre paréntesis representan las diferencias negativas.

Como se aprecia, los ítems más diferenciadores son:

- 27-PF, 1 1-PG, 16-PF y 51-PF son más frecuentes en el grupo de HDD que en el de HDH y se presentan más frecuentemente en el grupo de HDH con respecto al grupo de HDD los ítems 23-PG y 34-PG.

- Los ítems 46, 3 y 9 del PG se presentan con más frecuencia en el grupo de DPCA que en el grupo de HDD, mientras que el ítem 27-PF se presenta más en HDD que en DPCA.

- Menos notorias aparecen las diferencias entre HDH y DPCA, se presentan principalmente en el ítem 73-PF y más secundariamente en el 46-PG y 24-PF a favor del grupo de DPCA. A favor del grupo de HDH de forma secundaria se observan en los ítems del PG: 5,23 y 28.

Por tanto, los sujetos de HDD son más dinámicos en el terreno activo, controlan mejor su afectividad racionalizando sus impulsos, muestran deseos y luchas interiores por ser socialmente fuertes sin conseguirlo siempre y además presentan indicios de dependencia, temor y regresión en mayor proporción que los sujetos de HDH, que parece que son más extravertidos y tienen más facilidad de contacto que los primeros.

Los pacientes de DPCA presentan confianza en sí mismos, mezclas de introversión y extraversión, optimismo e idealismo en mayor medida que los pacientes de HDD que se vuelven a mostrar más dinámicos y con mayor control afectivo que los de DPCA.

Menos significativo resultan el carácter autoritario y la confianza en sí mismos de las personas de DPCA con respecto a las de HDH que destacan más su dependencia, inseguridad, ansiedad y deseo de ocultación y facilidad de contacto y relación,

En resumen, del grupo de HDD destacaríamos su dinamismo, control de impulsos de mejorar, también la dependencia y el temor. Del grupo de DPCA, la confianza en sí mismos, optimismo. Parece que el grupo más extravertido es el de HDH, además se aprecia ansiedad y dependencia.

Como siguiente paso, para determinar si existe una tendencia a que ciertas características de personalidad aparezcan conjuntamente en los pacientes con IRC y si alguna puede estar relacionada con otras variables como la edad, el tiempo total de tratamiento en diálisis, el tiempo que lleva en modalidad actual de tratamiento y el número de familiares que conviven con el paciente, se han realizado correlaciones de estas variables. Se han agrupado los ítems en función de su pertenencia a determinadas categorías temáticas: Inadaptación. Indicios de problemas sexuales. Ansiedad/No ansiedad (aquí se incluyen determinados rasgos opuestos a la existencia de ansiedad, por ejemplo, seguridad). Dependencia/No dependencia. Depresión/No depresión. Falta de control emocional/Control emocional. Idealismo/No idealismo. Regresión/No regresión y Extraversión/Introversión. No se pudieron agrupar todos los ítems que presenta Xandró, pero sí la mayoría de ellos.

Los resultados más significativos obtenidos de las correlaciones («r» entre .70 y .54; $p = .001$) indican que existe una correlación positiva entre la falta de vitalidad y la introversión ($r = .70$), la dependencia y la ansiedad ($r = .63$), la edad y la falta de control ($r = .56$), el idealismo y la inadaptación ($r = .54$) y entre la ansiedad y la introversión ($r = .54$).

Otras correlaciones con menor nivel de significación estadística ($p = .01$) nos evidencian que la falta de vitalidad está correlacionada directamente con la edad ($r = .51$), con la depresión ($r = .42$), la falta de control emocional ($r = .46$), la introversión ($r = .53$) y la ansiedad ($r = .41$). Además, la ansiedad correlaciona de forma positiva con la dependencia ($r = .53$) y la introversión ($r = .42$). La falta de control emocional está directamente relacionada con la introversión ($r = .45$) y la edad ($r = .56$). Por último, se relacionan la dependencia y el idealismo ($r = .49$).

DISCUSION

El estudio de Kutner y cols. en 1985 (15) utilizando las Escalas de Autovaloración de la Ansiedad y de la Depresión de Zung, confirma que más de la mitad de las muestras tienen niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión. Nuestros datos sólo confirman la parte concerniente a los síntomas ansiosos, ya que entre el 61,3 % y el 70 % presenta un claro indicador de ansiedad (borraduras y sombreados) y algunos sujetos menos presentan índices de huida y temor, relacionados con la ansiedad. Por el contrario, no se encuentran síntomas depresivos en la mayoría de los sujetos, tal como confirman Devins, Binik y cols. en 1986 (16), explicando este hecho por la utilización por parte de los sujetos de la negación como defensa o por la confusión de los síntomas urémicos con los depresivos, postura por la que se inclinan.

La contradicción de los datos de Kutner y los nuestros podría ser explicada por el carácter específico de las pruebas utilizadas: el TFH es una prueba proyectiva de personalidad que no explora aspectos prefijados como las Escalas de Zung para la Valoración de la Ansiedad y la Depresión, además estas últimas son autoinformadas. Los mismos autores explican la prevalencia de estos síntomas por la posible incidencia de síntomas somáticos en las Escalas de Valoración, que más que trastor-

nos ansiosos o depresivos indicarían simplemente los trastornos ocasionados por la retención de toxinas urémicas, que disminuirían la tolerancia al ejercicio o la potencia sexual (17), y que serían agravados por la anemia. Al valorar el funcionamiento psicológico de los sujetos, Kutner observó un ánimo y funcionamiento positivos.

Los síntomas vegetativos de la depresión son menos útiles para discriminar entre los pacientes con y sin depresión en la población de sujetos con IRC, que los síntomas psicológicos tales como ideas de suicidio, ánimo deprimido o desaliento (18). Son numerosos los estudios que indican la necesidad de valoración e intervención psicológica (19) hacia los pacientes con IRC, algunos (20, 21, 22), con gran trascendencia, evidencian que los pacientes con condiciones de funcionamiento psicológico adecuadas reaccionan más favorablemente al trasplante que aquellos con dificultades psicológicas. El trasplante es, para muchos sujetos, la única solución válida.

En este sentido se reconoce (23) la importancia de determinar los eventos psicológicos tales como dependencia/ independencia, actividad/pasividad y control/dominio, para la comprensión del estrés crónico de la IRC y su tratamiento, que para algunos se manifiesta por la pérdida de control emocional y altos niveles de depresión (24).

BIBLIOGRAFIA

- (1) XANDRO, M. (1976) Test de *Machover, pareja y familia*. Madrid. DIGESA.
- (2) CUMMINGS, K.N.; BECKER, M.H.; KIRSCH, J.P. y cols. (1982) Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Med. Care* 20 (6), 54-67.
- (3) GUTMAN, R.A. y cols. (1981) Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N. Eng. J. Med.* 304, 309-13.
- (4) MIÑARRO LOPEZ, J.; SIMON PEREZ, V. y CASTAÑO LINARES, D. (1985) Estudio de la ansiedad en hemodiálisis y trasplantados. *Rev. Psicol. Gen. Apl.* 40(2), 317-29.
- (5) ZAHONERO, M.C. y POLAINO LORENTE, A. (1986) Hemodiálisis, ansiedad y variables demográficas. *SEDYT* 8(4), 137-42.
- (6) GINER UBAGO, J.; GONZALEZ INFANTE, J.M. y FERNANDEZ ARGÜELLES VIENTEÑO, P. (1983) Consideraciones psicológico-psiquiátricas en torno a las unidades de atención especial (unidad de diálisis y regulación humoral, unidad de cuidados intensivos generales y unidad de oncología). *Actas Luso-Espa. Neurol. Psiquiatr.* 11 (5), 363-72.
- (7) RHODES, L.M. (1981) Social climate perception and depression of patients and staff in a chronic hemodialysis unit. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1169(3), 169-75.
- (8) LEVY, N.B. (1984) Psychological and psychopathological reactions in relation to chronic hemodialysis. *Bull. Menninger Clin.* 48(3), 237-50.
- (9) TUCKER, C.M.; ZILLER, R.C.; CHENNAULT, S.A., SOMER, E. y cols. (1987) Adjustment to hemodialysis treatment through behavioral controls. *J. of Psychopathol. and Behav. Ass.* 9(2), 219-27.
- (10) PROCCI, W.R. y cols. (1982) Sexual dysfunction in male uremic patients: a reappraisal. *Kidney Int.* 19, 317-23.
- (11) PROCCI (1983) Impotence in uremia: preliminary results of a combined medical and psychiatric investigation. En N. B. LEVY 8ed.). *Psychonephrology Two* (Psychological problems in kidney failure and their treatment series). 235-46. New York. Plenum.
- (12) PROCCI, W.R. y MARTIN, DJ. (1985) Effect of maintenance hemodialysis on male sexual performance. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1173(6), 366-72.
- (13) BECK, A.L.; NETHERCUT, G.E.; CRITTENDEM, M.R. Y HEWINS, J. (1986) Visibility of handicap, self concept, and social maturity among young adult survivors of end-stage renal disease. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 7(2), 93-6.
- (14) CRAVEN, J.L.; RODIN, G.M. y LITTLEFIELD, C. (1989). The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patient. *Int. J. Psychiatry Med.* 18(4), 365-74.
- (15) KILITNER, N.G., FAIR, P.L. y KUTNER M.H. (1985) Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J. Psychosom. Res.* 29(1), 23-31.
- (16) DEVINS, G.M., BINIK, Y.M., MADIN, H. y cols. (1986-87) Denial as defense against depression in endstage renal disease: an empirical test. *Int. J. Psychiatry. Med.* 16(2), 151-62.
- (17) NISSENSON, A.R. (1989) Recombinant Human Erythropoietin: impact on brain and cognitive function, exercise tolerance, sexual potency and quality of life. *Semin. Nephrol.* Mar 9 (1 Suppl 2): 25-31.

- (18) HIRICHSEN, G.A., LIEBERMAN, J.A., POLLACK, S. y STEINBERG, H. (1989) Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics*. 30(3):284-9.
- (19) SCH ELLEN BE RRG, J. y U H L, H. (1989) Zu r psychologischen arbe it i n d ialysezentren. *Z. Urol. Nephrol*, 82(7), 387-92.
- (20) SURMAN, O.S. (1989) Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am. J. Psychiatry* 146(8), 972-82.
- (21) POMMER, W., DIEDERICHS, P.; HUMMEL, M.; KRATZER, P.; OFFERMANN, G. y MOLZAHN, M, (1985) Patients expectattions from renal grafting and trasplantation outcome. *Psychother. Psychosom.* 44(82), 95-102.
- (22) MUTHNY, F.A. (1984) Postoperative course of patients during hospitalization following renal trasplantation. *Psychother. Psychosom.* 42(1-4), 133-42.
- (23) RUSK, G. H. (1983) Treatment decisions for patients and end-stage renal disease: psychological considerations. *Clin. Exp. Dial. Apheresis*. 7(4), 313-24.
- (24) PETRIE, K. (1989) Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. *Br. J. Med. Psychol.* 62 (Pt I), 91-6.

Tabla I: DIFERENCIAS POSITIVAS y (DIFERENCIAS NEGATIVAS)

		G.O - G.1	G.1 - G.2	G.2 - G.0	
20,	24.9	9,31	16, 26, 28, 33, 42	30, 35, 37, 47	PG
		(29,37,66)	2,24,64,87(9)	15,21,26,39,57,101(2)	PF
25,	29.9	4,11,13,17(3) ,23,49		24,27(5,36,49)	PG
		42 (16,71)	31(53,57)	17(25,30,46,52,65,87)	PF
30,	34.9	5, 23, 28 (46)	34, 36 (25)	2,14,25	PG
		(24)	30, 79 (42,51)	53,71(1)	PF
35,	39.9		(2)		PG
		(73)	73 (17)		PF
40,	44.9		3,9	11 (42)	PG
				16,51 (78)	PF
45,	49.9		46		PG
			(27)		PF
50,	54.9			(34)	PG
					PF
60,	64.9			(23)	PG
					PF
65,	69.9				PG
				27	PF