

## **ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS ENFERMOS EN DIALISIS**

*M.D. Pérez Castillo, M. Sol Martínez, G. Moreno*

H. U. Gral. de Guadalajara. Guadalajara

### **INTRODUCCION**

Dadas las características y circunstancias especiales de los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C) que precisan Hemodiálisis periódicas (HDP), creo conveniente introducir en el equipo asistencial la figura del psiquiatra y/o psicólogo que nos permitan un abordaje psicosomático de la problemática de este tipo de pacientes, nos ayude al mejor conocimiento de sus características psicológicas así como a mejorar nuestra relación asistencial y a conocer las actitudes del enfermo con su familia, con el equipo asistencial y viceversa.

La mayor o menor incidencia de características psicopatológicas en los enfermos en HDP van a venir marcada por su personalidad previa, madurez emocional, autocontrol, relaciones sociofamiliares, laborales y asistenciales. Muchas actitudes frente a la enfermedad son adaptativas y tratar de eliminarlas sería perjudicial para su equilibrio psicosomático.

### **OBJETIVOS**

Conocimiento y recuerdo de las principales características psicológicas de; paciente en IRC sometido a HDP, de las actitudes del personal sanitario y de la familia.

### **MATERIAL Y METODOS**

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante 1990, de la documentación existente en el ámbito nacional, para ello utilizamos diversas fuentes de información.

### **ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL**

Están marcadas por motivaciones conscientes e inconscientes. Las actitudes más positivas son las reparadoras debiendo evitarse las sobreprotectoras y estandarizadas. A veces las relaciones de; equipo asistencia; con el paciente y la familia son dolorosas por ambas partes y se toman actitudes de defensa evitando hablar y tratar determinados temas. Esto que es perjudicial en un principio puede ser beneficioso si sirve para ir tomando conciencia de la realidad paulatinamente.

El personal asistencial debe ayudar a evitar el sufrimiento a sus pacientes detectándolo, abordándolo y ayudándole a que pueda ir asumiéndolo. Debe facilitar la elaboración de; trabajo de; duelo que afecta al paciente en Hemodiálisis y que va a condicionar las posteriores adaptaciones. Debe ayudar a elaborar la angustia que producen las situaciones de pasividad. El manejo de agresividad y la envidia, así como el conocimiento de la dinámica familiar.

### **ACTITUDES DE LA FAMILIA**

Las relaciones familiares suponen un factor determinante a la hora de la adaptación de; enfermo en Hemodiálisis periódicas. Se han encontrado altos niveles de dependencia de ella, siendo necesaria la elaboración del duelo que supone la presencia de un miembro gravemente enfermo, también

se dan con frecuencia descompensaciones psicológicas en los miembros del grupo familiar que van a dar lugar a alteraciones de la dinámica familiar reactivando conflictos anteriores, sentimientos de culpa, rivalidades, etc.

Así pues, cuanto más ricas o estables sean las relaciones afectivas más fácil es para todos adaptarse a los cambios que se van produciendo. Lo mismo sucede a nivel relacional con los amigos y a nivel laboral.

#### ACTITUDES DEL ENFERMO EN HEMODIALISIS PERIODICA (HDP)

A menudo la afectividad se encuentra bloqueada. Son personas con un desarrollo emocional lábil, egocéntrico que reprimen sus emociones y sus manifestaciones. Otras veces aparecen evoluciones infantiles y regresivas, o actitudes de subjetivización, reiativización, disociación, intelectualización, etc.

A nivel social, las relaciones suelen estar bloqueadas, en gran parte de estos pacientes existiendo temor al contacto y miedo al rechazo debido a las pérdidas y limitaciones que experimenta en cuenta a su salud, autonomía, pulsiones sexuales, esto hace disminuir la posibilidad, sobre todo entre los más jóvenes, de establecer relaciones de pareja estable sin olvidarnos de que muchas veces a todo ello se une otra pérdida importante, la de la fertilidad real o no viable, dadas las condiciones.

#### MECANISMOS DE DEFENSA

Sirven para manejar la angustia y posibilitar la adaptación. Ayudan a mantener el equilibrio psicológico preciso ante las nuevas situaciones. Estos mecanismos de defensa van a reforzar distintos rasgos caracteriológicos o a desencadenar situaciones neuróticas, psicóticas o psicósomáticas, ya que van a depender en gran parte de la personalidad del individuo y de su estado emocional que suele cursar con sintomatología depresiva y ansiosa en mayor o menor medida.

Los más frecuentes suelen ser:

##### *AGRESIVIDAD:*

Los niveles de agresividad conscientes e inconscientes son muy altos pues se trata de pacientes crónicos de alto riesgo, en los que entre otras muchas situaciones frustrantes se encuentra el miedo premonitorio hacia la muerte, exista o no presente la posibilidad de un trasplante. La agresividad suele expresarse a través de verbalizaciones directas, o posicionismo o autodestrucción.

##### *AISLAMIENTO:*

Es un proceso de entrenamiento defensivo, que también se da en las personas que están a su alrededor como proyección de los propios sentimientos de uno mismo en relación con la enfermedad y la muerte de forma consciente e inconsciente.

Pero también puede ser usado como autoagresión, castigo, o como defensa frente a evidencias de envidia de los sanos, etc.

##### *REGRESION:*

Es un mecanismo adaptativo o no. Es adaptativo si con ello busca su identidad en el pasado o por el contrario supone una desestructuración del «yo». Predominan actitudes pasivo dependientes y vuelta a formas de conducta infantiles.

##### *PROYECCION DE LOS EFECTOS:*

Se traducen en desconfianzas, suspicacias, los demás pacientes están peor, siempre alguien tiene la culpa, a él no le pasa a otro sí, ira, apatía, angustia, depresión, etc.

#### **NEGACION:**

Es positiva desde el punto de vista que posibilita la relación de dependencia-independencia protegiendo al paciente de la angustia que le producen las pérdidas presentes y futuras.

Es perjudicial si a través de ellas se producen inhibiciones y bloqueos que potencian la autodestrucción y que se traducen en transgresiones severas de dietas, tratamientos, etc.

Otros mecanismos de defensa son:

- Disociación.
- Intelectualización.
- Desplazamiento.

#### **EVALUACION DEL ESTADO DE ANIMO**

##### **I. FASE AGUDA DE 2 A 6 MESES**

Predominan síntomas eufóricos de bienestar y optimismo, pues la máquina le soluciona muchos trastornos físicos. En un primer momento aumenta la angustia ante el miedo-duelo a la muerte, futuro y dependencia a la máquina.

##### **II. FASE INTERMEDIA**

Se presenta a los 3-12 meses, después de la anterior. En ella es frecuente el desencanto, desesperación y tristeza.

##### **III. FASE**

Es una fase de adaptación paulatina a las múltiples pérdidas que experimenta y por tanto de larga duración. Comienzan a aceptarse las limitaciones debidas a la enfermedad y a la dependencia de la máquina-diálisis.

Aparecen muchas variaciones en el estado de ánimo y en la elaboración de duelos más o menos patológicos. Aparecen los mecanismos de defensa que irán actuando con mayor o menor eficacia. Esta última fase puede verse potenciada bien por el progreso de la enfermedad, problemas con la fístula, con los médicos, en las relaciones familiares y asistenciales si no son capaces cada uno a su nivel de responder a sus necesidades y llamadas de atención.

#### **CONCLUSIONES**

De todo esto se deduce la preparación psicológica del personal asistencial. En otras unidades se han puesto en marcha reuniones semanales tipo Balint, dirigidas por personal adecuado y que intervienen por un lado dirigiendo los grupos Balint del personal y por otro abordando los problemas emocionales de los enfermos y su familia.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Más allá del Rol de ATS en hemodiálisis. Estrés y variables secundarias. Libro: Comunicaciones del XII congreso Nacional de Enfermería Nefrológica, Pp. 131. Oviedo. 1983.
- (2) III Curso de Introducción a la Nefrología para ATS. Una experiencia en grupos terapéuticos con el personal de una Unidad de Hemodiálisis. Pp 91. 1983.
- (3) Comunicaciones presentadas a la Vffl Reunión Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Experiencia del grupo Balint en la Unidad de Hemodiálisis. Pp 77. Oviedo. 1983.
- (4) XI Reunión de actualización de Enfermería para ATS y DUE. Pacientes en diálisis con problemática especial, problemas médicos y psicológicos. Pp. 65.
- (5) La diálisis en casa y otras formas de diálisis extrahospitalaria. Trastornos psicológicos. Pp. 64.

- (6) Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería. Relación con el paciente. La comunicación. Revista ROL de enfermería Pp. 31.
- (7) Comunicaciones del XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Pp. 131. Oviedo. 1983.
- (8) Algunos aspectos de la relación médico enfermo en una Unidad de Diálisis. El enfermo y el personal asistencia. S. Nefrología y Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz 1976.
- (9) Relación médico enfermo. Reuniones periódicas del personal asistencia en una Unidad de Hemodiálisis. Departamento de Psiquiatría y Neurología. Fundación Jiménez Díaz 1977.
- (10) Comportamiento sexual de los enfermos en Diálisis. Centro especialidades Nefrológicas. San Sebastián 1976.
- (11) Aspectos psicológicos y psiquiátricos en una Unidad de Hemodiálisis. S. de Psiquiatría y nefrología. Fundación Jiménez Díaz. Valencia 1976.
- (12) Ponencia presentada en las Mesas Redondas sobre Problemas que plantea la asistencia en las Unidades Especiales en el medio hospitalario. Organizada por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y psicoterapia. Madrid 1976.
- (13) Aspectos psicológicos de la adaptación a la Hemodiálisis. S. Psiquiatría H. ,12 de Octubre, Madrid 1978.
- (14) Síntomas psiquiátricos en enfermos en Hemodiálisis y sus familiares. Hospital «12 de Octubre». Madrid 1977.
- (15) Psicoprofilaxis y psicoterapia en una Unidad de Hemodiálisis y Trasplante. S. Psiquiatría H. «12 de Octubre». Madrid 1980.
- (16) Síntomas psiquiátricos en enfermos en Hemodiálisis y sus familiares. Fundación Jiménez Díaz. 1981,