

# «Problemática psicosocial en los enfermos renales: hacia una asistencia integral»

Mariano Caravaca. ATS nefrología  
Jesús Jiménez. ATS nefrología  
Antonio Granados. Psicólogo  
Centro de Hemodiálisis El Palmar, Murcia

Estamos asistiendo en nuestro país a un interés creciente por el cuidado y defensa de la salud, que se evidencia tanto a nivel de sensibilidad ciudadana como a nivel de preocupación política e institucional. Una prueba de ello son los intentos, cada vez más evidentes, aunque con tardanza, en las aplicaciones prácticas, de distintas reformas en diversas áreas de la Administración y de los Servicios. Una de esas Reformas, que más nos preocupa por estar imbuídos dentro de ese área, es la de la Sanidad, Y ello porque está perviviendo aún en nuestros días un modelo sanitario anacrónico, superpoblado, inadecuado y costoso, que tiene como objeto la «intervención en la enfermedad», que da absoluta prioridad a la asistencia hospitalaria, tecnificada, farmacológica, descuidando claramente otros aspectos de la Atención a la

**Estamos asistiendo en nuestro país a un interés creciente por el cuidado y defensa de la salud, que se evidencia tanto a nivel de sensibilidad ciudadana como a nivel de preocupación política e institucional.**

Salud no menos importantes.

Sin embargo, la medicina, consciente de su inadaptación a las exigencias de estos tiempos, sigue enfocando la enfermedad de un modo propio de la Ciencia Positiva desarrollada en el siglo anterior, amparada en los paradigmas y criterios de ciencia al estilo de NEWTON, de tipo mecánico o físico-químico, o lo que es lo mismo, siguiendo el «método anatómico-clínico» (enfermedad igual a lesión), el «método fisiopatológico» (enfermedad igual a alteración funcional) y el «método etiológico» (enfermedad derivada de la acción patógena de un factor extraño). Evidentemente, esto no implica, en nuestra apreciación, un desdén por estos planteamientos; muy al contrario, son perfectamente adecuados y válidos en la Medicina Actual, pero son insuficientes.

Conscientes de esa insuficiencia, ha surgido en los últimos años dentro de la Medicina una corriente, como consecuencia de la influencia recíproca de las ciencias biológicas y las de la conducta, que se ha configurado en una nueva área interdisciplinar, denominada MEDICINA CONDUCTUAL, que constituye la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y su aplicación «clínica». (Incluye la investigación de los factores ambientales que afectan, como sistema de respuesta del organismo a los aparatos

cardiovascular, respiratorio, digestivo, genito-urinario y otros más, con especial hincapié en el sistema nervioso central y autónomo y sus conexiones endocrinas).

Sin embargo, a pesar de este acercamiento entre Medicina y Psicología, aún parece estar la Medicina muy distante de asumir lo que verdaderamente implica la realidad social y psicológica del «ser humano» en su estado de bienestar y/o enfermedad. En muchos casos, para el médico, el hombre sigue contando a partir de estar enfermo, no antes, y el hombre enfermo viene a ser un «hombre sano estropeado», cuyas alteraciones morfológicas o de funcionamiento deben «arreglarse según los criterios de «curar»: criterios físico-químicos, mecánicos y anatomopatológicos. (Dr. GRACIA GUILLEN y Dr. BUSTAMANTE MURGA).

Se sigue manteniendo el culto al dato según el viejo y obsoleto sistema de entender la ciencia y se olvida el «tratamiento» al enfermo como ser global que vive su enfermedad de un modo individual y totalmente peculiar. Se amontonan fragmentos (datos, pruebas, cifras, átomos, moléculas...) acerca de la «enfermedad», y se le hace circular por trozos entre los múltiples Servicios del Hospital atendándole en sus síntomas, y eso está muy bien, pero se le ignora en su ser global dentro de cuya unidad a los «síntomas» parciales hay que añadir el «significado» de las

## **Medicina Conductual, que constituye la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y su aplicación «clínica».**

alteraciones o disfunciones en su modo de vivir. Sin olvidar tampoco que, con harta frecuencia, el enfermar humano viene condicionado en su etiología, desarrollo o remisión por la propia historia de la personalidad del sujeto, de su cultura y relación con el medio.

Se trata de buscar en el significado global e integrado de los datos la «comprensión de la dimensión psicológica», no ya de la enfermedad, sino de la personalidad que sufre esa enfermedad, cómo la vive o soporta, qué significado tiene para él, qué alteraciones comporta en su cuerpo o en su relación y readaptación al entorno.

No se puede obviar que todo PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD es la resultante de la interacción compleja de factores biológicos-psicológicos y sociales. Por tanto, un plan de Salud debe atender conceptual y técnicamente a estos tres niveles y ser abordado por tanto de forma interdisciplinaria.

Por otra parte, nos hallamos ante un creciente interés por la consulta psicológica dentro de la población media ciudadana (derivado de la mayor sensibilidad por parte de ésta a la necesidad de humanización de la consulta y de la asistencia clínica), interés que no encuentra el correspondiente eco dentro de las Instituciones Públicas dedicadas a la Sanidad de la Población. La Seguridad Social,

aún no parece tomar en consideración Las Psicoterapias, las Entrevistas de Orientación y Consulta Psicológica, etc. Han tenido que venir los Ayuntamientos Democráticos —más cercanos a la necesidades del pueblo— a poner una «pica en Flandes», aportando con sus Centros de Salud Mental un derecho de todos los ciudadanos tan primordial como la Asistencia Sanitaria.

EL SERVICIO DE PSICOLOGIA, dentro del Hospital o Centro de Salud tendría como misiones fundamentales entre otras:

a) Responder a la demanda de consulta, diagnóstico y tratamiento psicológico, no sólo en los aspectos patológicos, sino también en los preventivos y profilácticos.

b) Asegurar la atención psicológica al enfermo allí donde éste se encuentra, o bien formando parte de los equipos que le tratan, vinculándose de forma permanente a ello, o bien atendiendo la demanda de estos Servicios como consultas. Aquí estaría encuadrada la Intervención Interdisciplinaria. (La atención a la Salud es un derecho de todos los Españoles. Art. 43 de la Constitución, al que deben tener acceso con absoluta igualdad como Servicio Público gratuito, integrado y coordinado en sus diferentes Niveles).

## **La asistencia psicológica, o que es un Psicólogo Clínico:**

El Psicólogo Clínico se define como un Profesional de la Salud, que según palabras de la O.M.S. busca el «bienestar físico, psíquico y social» de la persona. Es un especialista o experto en el psiquismo, en su dimensión cognitiva, afectiva y relacional, en los aspectos individual, familiar y socio-comunitario. Procede a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones

psíquicas o manifestaciones psicósomáticas, sus consecuencias en la conducta de los individuos y la relación de éstos con su entorno, en la infancia, adolescencia, madurez y vejez.

En otras palabras, el objetivo fundamental del Psicólogo Clínico es la reeducación y modificación de la conducta de aquellas personas en que sus problemas provienen de un desajuste serio entre sus recursos humanos y sus necesidades, que ofrece una dificultad grave para su integración personal. La persona suele padecer alteraciones en su conducta que deben corregirse o problemas emocionales graves que requieren tratamientos psicoterapéuticos.

## **Se trata de buscar en el significado global e integrado de los datos la «comprensión de la dimensión psicológica», no ya de la enfermedad, sino de la personalidad que sufre esa enfermedad.**

Por eso, la dimensión psicológica del «enfermar» y de la enfermedad (cómo vive el enfermo su enfermedad), así como el seguimiento del enfermo desde otra óptica complementaria a la estrictamente médica facilita una valiosa ayuda tanto para la recuperación como la prevención de futuras recaídas, con la consiguiente economía para el paciente y para el Hospital.

Esta colaboración con otros Servicios implica también y, sobre todo, una esencial sensibilización psicológica de progresiva humanización en el tratamiento médico del paciente; una mejor relación de colaboración y coordinación entre las distintas Unidades y

miembros de los Servicios, al participar el Psicólogo en las reuniones de discusión y presentación de casos más problemáticos; designación de modo más preciso de quién pueda ser el más indicado para hacerse cargo del paciente y qué modalidad seguir en el tratamiento.

Por otra parte, el Psicólogo es un especialista en el análisis de la comunicación humana (esa comunicación que tantos quebraderos de cabeza nos plantea en nuestras relaciones cotidianas) y debe hacer uso de esta preparación profesional para facilitar y mejorar la calidad general de las relaciones humanas del equipo sanitario y de éste con el enfermo. Para ello se sirve de las técnicas específicas de Análisis en Grupo para afrontar y facilitar la elaboración del stress emocional que suele darse en toda Unidad de Insuficiencia Renal, conflictos entre roles, angustias en el cuidado o atención del enfermo, tensiones entre los distintos miembros o secciones del Servicio, dificultades en la comunicación jerárquica, problemas en la comprensión y abordaje de determinadas sintomatologías del paciente, etc.

Este tipo de Grupos (Grupos Operativos, Grupos Balint, Grupos de Discusión...) pueden hacerse con enfermos, con enfermeras, auxiliares, médicos, familias de los enfermos, etc. y su finalidad no es psicoterapéutica en sentido estricto, puesto que suponen una técnica y encuadre muy distinto de la Psicoterapia, sino como instrumento de análisis e higiene mental en el ámbito de trabajo clínico asistencial.

Otra función de los Psicólogos es la de hacerse cargo de la enseñanza de la Psicología Clínica en los cursos médicos y paramédicos (ATS, Auxiliares, Monitores, etc.) que imparte el Hospital. Igual que no sería nada superfluo que los ATS, especializados en nefrología, fuesen reciclados en los conocimientos actuales sobre Psicología y Medicina Conductual, en lo que pueden

aportar ambas disciplinas a los Enfermos Renales. Ellos —los ATS— son los que más continuado contacto tienen con los pacientes, y unos conocimientos sólidos en el tema presupondrían una mejor adaptación e integración positivas hacia el proceso terapéutico.

## **El Psicólogo Clínico busca el «bienestar físico, psíquico y social».**

El Psicólogo Clínico también cuenta con una serie de técnicas y conocimientos para abordar con éxito muchos aspectos que surgen en el ambiente sanitario: rechazo por parte del paciente a las indicaciones dietéticas necesarias para su mantenimiento; abandono irracional de la medicación con lo que de descontrol supone para el médico, (ya en 1979 afirmaba GONZALEZ DURO, apoyado en diversas investigaciones, que entre un 30% y un 40% de las medicaciones recetadas no son tomadas por los pacientes, aparte del despilfarro económico que tal porcentaje representa en cifras); reducción de vómitos durante diálisis sin causas aparentes fisiológicas; preparar al enfermo renal para una posible intervención de Trasplante que aminore o elimine los miedos o expectativas desbordantes que muchas veces se tienen ante este tratamiento haciéndoles ver el riesgo y el índice de probabilidades con que esperanzadamente hay que abordar esta situación tan crítica, etc.

A pesar de todo este racimo de aportaciones válidas y terapéuticas que puede ofrecer la Psicología, sin embargo nos topamos día a día con un claro absentismo hacia estas aportaciones, que lleva a adoptar por parte del médico un

tratamiento psicofarmacológico que en muchos casos, no causa el efecto terapéutico deseable. En otros casos se opta, por parte del médico, por un tratamiento psicoterapéutico sin ninguna preparación adecuada que lejos de producir una influencia favorable en el enfermo, resulta, por el contrario, claramente nociva. Intimamente ligado con lo anterior estaría el llamado «Consejo Improcedente». Este no se emplea por lo común como una técnica psicoterapéutica propiamente dicha, sino como una sugerencia tan bien intencionada como ineficaz cuanto menos, o, cuanto más, nociva. Me referiré al caso más común: apelar a la voluntad y al esfuerzo del enfermo (sin tener en cuenta que ya no tiene ni voluntad ni fuerzas) para que «se quite esas manías de la cabeza», «procure distraerse», «procure estar ocupado, salir a la calle, porque eso de no hacer nada y estar todo el día encerrado en casa...», etc, etc. ¿Dudará alguien que ambos factores, la psicoterapia mal entendida y el consejo improcedente son pura YATROGENIA (toda alteración del estado del paciente producida por el médico, ya sea en su estado afectivo o no-afectivo).

Conocer el trastorno anímico que acompaña al sujeto enfermo,

**El Psicólogo es un especialista en el análisis de la comunidad humana y debe hacer uso de esta preparación profesional para facilitar y mejorar la calidad general de las relaciones humanas del equipo sanitario y de éste con el enfermo.**

así como el carácter de esta faceta del sufrimiento humano, es de extraordinaria importancia para el ejercicio médico de todos los profesionales.

Sólo considerando en todo momento al hombre como una unidad bio-psicosocial, podemos llegar a comprender al paciente, y de esta forma llevarle al alivio que precisa para su continuidad como ser humano. La influencia de los factores psicológicos, cognitivos o emocionales, tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud, constituye un hecho bien establecido, aún cuando los mecanismos a través de los cuales dicha influencia se produce, son todavía poco conocidos. En la actualidad puede afirmarse que las VARIABLES PSICOLOGICAS inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa en todos los trastornos y enfermedades —y no sólo en los denominados psicósomáticos— desde el dolor crónico al cáncer, así como el mantenimiento y fortalecimiento de los estados de salud.

A la vista de todo lo expuesto hemos podido observar cómo los seres humanos somos un complejo vital de interrelaciones de fuerzas biológicas, psicológicas y sociales. Cualquiera que haya trabajado con Enfermos Renales Crónicos sabe que es difícil tasar el grado de malestar físico y a veces es casi imposible separar las variables psicológicas de las fisiológicas y de las psicosociales. El problema humano con el que nos encontramos en los pacientes renales crónicos puede comprenderse con la interrelación comportamiento-cerebro, como se ilustra en las siguientes preguntas. El Enfermo Renal:

— ¿Es apático o indiferente debido a que su cerebro, músculos y vísceras no funcionan y no se siente bien, o lo es porque tiene poca esperanza de que toda empresa

que quiera emprender en su medio —incluyendo su trabajo— pueda ser una empresa satisfactoria?

— ¿Deben la importancia y la reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales entenderse como desórdenes funcionales del sistema nervioso autónomo, como resultado de una disminución de la salud general, como expresiones de desamparo y bajo amor propio, o como resultado de la percepción del paciente de que la relación con su cónyuge ha cambiado?

He intentado plasmar a grandes rasgos algunas de las vivencias por las que pasan muchos de los Enfermos Renales Crónicos. Vivencias y sentimientos que tienen que quedar «aparcados» en la mayoría de los casos, por falta de atención o de un tratamiento específico por personal cualificado, en este caso el Psicólogo, y que están retrasando todo indicio de recuperación por parte del enfermo, que se supone es el objetivo primordial de todos los que protagonizamos una asistencia integral al Enfermo Renal.

**La dimensión psicológica del «enfermar» y de la enfermedad (cómo vive el enfermo su enfermedad), así como el seguimiento del enfermo desde otra óptica complementaria a la estrictamente médica facilita una valiosa ayuda tanto para la recuperación como la prevención de futuras recaídas.**

Deberíamos pensar muy seriamente, tanto la Administración como los Sanitarios —y en éstos últimos tengo más esperanzas a pesar de los necesarios cambios de mentalidad que ello conlleva, etc.— que a pesar de aportar a nuestros pacientes exploraciones y remedios cada vez más completos y sofisticados, gran parte de las veces no llegamos al fondo de la cuestión: la vertiente humana y social del enfermo.

Queremos reivindicar desde esta ponencia, la necesidad de un Equipo Interdisciplinario en el que la presencia del Psicólogo-Psiquiatra o del Asistente Social sea tan rutinaria como la de otros consultores, no es una «ensalada» corporativa, sino simplemente llamar la atención sobre el ahorro de sufrimiento y de complicaciones que presupondría el abordaje psicológico y social, junto al médico, enfermeros y A.T.S., no solamente en las Unidades de Nefrología y Diálisis, sino también en todos aquellos Servicios en lo que se ha demostrado hasta la saciedad que los pacientes sufren en mayor medida el impacto psicológico de su enfermedad (Unidades Coronarias, Servicios de Neurología, Asmatología, Reumatología, etc.).

Es evidente que ante un panorama tan complejo, pero tan poco alentador para toda persona que padece la I.R.C. todos los implicados en este tema: Insalud, Inser-so, Servicios de Nefrología, Unidades de Diálisis, Sanitarios, Asociaciones de Enfermos... no podemos hacer oídos sordos a una problemática tan lacerante para estas personas. Su demanda está ahí.

Éticamente, por ser conocedores de esta problemática, estamos obligados a satisfacer esta demanda de asistencia humana-psicológica, proporcionando a dichos enfermos la asistencia adecuada. Profesionalmente, para los que trabajamos con ellos, nuestra responsabilidad es aún mayor, pues estamos «pringados» en esta problemática.