

Comunicaciones presentadas en la VIII Jornada de Enfermería Nefrológica.  
Hospital de Sant Gervasi. Mayo 1988. Barcelona.

# ALTERACIONES PSICOLOGICAS DEL ENFERMO RENAL. ASPECTOS PSICOSOMATICOS Y ORGANICOS

## Forma en que colaboramos en equipo.

Esperanza López  
Silvia Alconchel  
Supervisoras

Fundación Puigvert-Barcelona

Mesa Redonda

Nuestro equipo está formado por médicos, enfermeras y psicólogos, nos reunimos con el objetivo de establecer un diálogo acerca de nuestros pacientes y su enfermedad.

Establecemos un diálogo, en el que intentamos conectar con los diversos niveles que inciden en su persona, afectándolo en la forma de vivir su insuficiencia renal: factores orgánicos, sociales, económicos, circunstancias vitales y peculiaridades psicológicas.

El equipo presenta libremente aquellos casos que más le afectan y que generan más ansiedades de diversa índole, dudas, tristezas, etc. Se observa la vivencia de enfermedad, su forma de ser, así como la dinámica de relación que establece con el equipo.

Se focalizan aquellos aspectos que estratégicamente conviene tratar prioritariamente para aliviar al enfermo y mejorar su relación con el equipo sanitario.

Paulatinamente y a través de la elaboración del material clínico, se forma al «equipo» en los siguientes aspectos:

- 1.- Identificar las ansiedades básicas del enfermo.
- 2.- Saber elaborar un proceso de «duelo», dado que estos pacientes tienen que afrontar diversas pérdidas.

3.- Tener conocimiento de las «Leyes de aprendizaje», por si es preciso reforzar alguna conducta.

4.- Tener una visión global del mundo interno del paciente.

Para todo ello, se entrena al equipo en:

– Saber observar con rigor, registrar los datos sistemáticamente y realizar un seguimiento continuado y constante de los pacientes.

Hemos elegido tres casos diferentes para ilustrar lo descrito anteriormente. En uno de ellos, hemos tratado, sobre todo las consecuencias psicológicas desencadenadas, en un paciente con insuficiencia renal a la que sobre-añadió un proceso oncológico.

Otro en que predominan ya previamente a su enfermedad, aspectos psicopatológicos, importantes.

Y en el último intentamos ver la forma más adecuada de manejar las ansiedades y complicaciones que se movilizaron al producirse

una intoxicación dialítica por Aluminio.

### Sra. «A».

#### MOTIVO DE CONSULTA.

Su depresión; permanecía largas horas en la cama, tenía gran tendencia a desvalorizarse y durante la diálisis, se encontraba mal y presentaba sobretodo, cefáleas y vómitos.

Las conversaciones que se mantenían con el marido, afectaban al equipo al observar la intensidad de tristeza.

Existían numerosas dudas, ante la incertidumbre de su futuro.

#### DESCRIPCION DEL CASO.

Paciente de mediana edad, con dos hijos, uno de 11 y otro de 13 años.

La enfermedad, apareció bruscamente. Al cabo de un mes de estar en HD, fué preciso extirparle un tumor efectuándosele Nefrectomía bilateral.

Difícil adaptación, con mala tolerancia a la diálisis, sufriendo mareos, vómitos e hipotensiones bruscas.

Al cabo de poco tiempo después, la muerte de un sobrino por

**Nuestro equipo está formado por médicos, enfermeras y psicólogos.**

una neo-cerebral, ensombreció todavía más toda su vida.

El proceso de enfermedad de su sobrino hizo que proyectase toda su ansiedad y depresión. Apareció también una época de cefáleas y dolores generalizados y persistentes.

Tenía buenas relaciones con su familia, pero al mismo tiempo, estaba muy preocupada por ella. Temía por la afectación del futuro de sus hijos, y el de su marido.

Comentaba con bastante frecuencia, que su vida no tenía sentido, y su sensación era de intenso cansancio. No podía ocuparse de sus tareas del hogar.

Emanaba tanta tristeza que la traspasaba a cuantos con ella se relacionaban.

Su marido temía mucho su muerte. Se realizó biopsia de algunos ganglios que se habían reproducido, confirmando que eran malignos.

A partir de la consulta realizada, se establecieron los siguientes criterios:

Ayudar a expresar a dicha paciente las ansiedades respecto a su enfermedad y a elaborar alguna de sus pérdidas vitales, al mismo tiempo que ayudarle a conservar la esperanza y mantener todos aquellos recursos que incrementan las relaciones más sanas con su medio ambiente.

Este primer acercamiento se realizó a través de la elaboración del duelo acerca de su sobrino, a través de éste mediador sería posible actuar sobre su psiquismo atenuando el sufrimiento y respetando el material que la paciente nos ofrecía para expresar que dificultades proyectadas en este familiar. Se le ayudó a conservar el recuerdo de su sobrino, acorde a la realidad disminuyendo la idealización y por tanto, la disociación.

Posteriormente exteriorizó un gran consuelo al sentir que habían estado cerca de él, tanto en los buenos, como en los peores momentos, produciéndose una lenta recuperación y comprensión de que para sus seres queridos era

conveniente estar cerca de ella, en lugar de aislarlos y separarlos.

Estratégicamente éste diálogo se procuró establecer anticipándose a los momentos observados y registrados previamente en que se iniciaba la sintomatología antes citada.

Ayudarle a disminuir sus sentimientos de que era una carga para su marido al entender que los familiares de su sobrino, les habían ido muy bien para superar los sentimientos que despertó su muerte el haberle ayudado.

A pesar de que el proceso neoplásico era de naturaleza maligna, el trabajo previamente descrito, permitió que pudiera ser aliviada y así sus familiares de las intensas ansiedades que su cercana muerte despertaba.

Las niñas no resistirían la tristeza de recuerdo de una separación prematura.

Cuando la paciente, llegó a un estado terminal, la dureza que implicaba el aceptar su inminente pérdida y su sufrimiento, incrementaba la ansiedad del marido de tal forma que todo el núcleo familiar se desorganizaba. Se estableció una conducta que observamos que aliviaba y contenía la ansiedad y depresión familiar. La enfermera, cada día que acudía a diálisis hablaba con el marido, le explicaba como la veía y como se manejaban para tratarla; como aliviaban su dolor y a través de contacto físico la hacíamos sentir que estábamos cerca de ella. Ante el caos que produce la pérdida de un ser querido y su sufrimiento, éste marido, agradecía y buscaba enormemente el contacto con la enfermera que sentía que le organizaba y la que le permitía afrontar la pena y el dolor de sus hijos y el propio.

## Sr. «B».

### MOTIVO DE CONSULTA.

Este paciente, mostraba una seria serie de conductas anómalas; arañaba las paredes, ingiriendo los

## Sra. «A».

### Motivo de consulta.

Su depresión, permanecía largas horas en la cama, tenía gran tendencia a desvalorizarse y durante la diálisis presentaba cefáleas y vómitos.

fragmentos de yeso que se desprendían de ella, mostraba actitudes de desafío, iba muy sucio, etc. Su actitud en general era pedante, gozaba alardeándose de ciertas conductas callejeras que más bien llenaban de preocupación al equipo.

### DESCRIPCION DEL CASO:

Paciente de 17 años, huérfano de madre, con dos hermanos menores. Fueron abandonados por su padre a partir de la solicitud de una donación de riñón por parte del «Equipo de T.R.». Fue un tío carnal el que se hizo cargo de los tres hermanos.

Habitaba en un área marginal de una gran ciudad.

Mostraba una mala adaptación a la HD, con frecuencia presentaba náuseas y vómitos. Se tapaba la cara con una toalla y requería con frecuencia evacuar durante las sesiones.

Resultaba difícil encontrar un tema de conversación que le interesase.

Clínicamente se estudió la posibilidad de un trastorno del metabolismo del Ca y del P.

A través de la consulta con Psicología, se estableció la estrategia a seguir.

Creímos importante establecer un diálogo que nos permitiera conocer algunos intereses ó aficiones, con el propósito de analizar la atención del equipo hacia una

conducta más constructiva.

– Se observó su afición hacia la música y su interés por los animales, sobre todo los peces.

– Se realizó un registro de las frecuencias de la aparición de los síntomas: mareos, vómitos, etc. Así como de las conductas anómalas descritas previamente.

– La enfermera procuraba en la medida que podía, anticiparse a ésta clínica descrita anteriormente. Procuraba conversar acerca de sus intereses y reforzar positivamente aquellas conductas más evolucionadas del enfermo.

Poco a poco, mejoró la comunicación con la enfermera, también mejoró la tolerancia a las HD, así como desapareció la conducta de arañar las paredes. En general fué normalizándose.

Un día nos sorprendió gratamente, había iniciado un curso de música.

De la conducta anómala caminamos hacia la conexión con intereses positivos, aunque sencillos, posteriormente pudo expresar ya sentimientos más amplios al sentirse escuchado y valorado.

Expresó sus dificultades en la pandilla de su calle y sus problemas vitales de intentar luchar biológica y socialmente con tan pocos recursos.

En la medida que podrá expresarse y sentirse acompañado por el equipo disminuyendo su actitud hostil y desafiante ante muchas normas.

**Sr. «B».**

**Motivo de consulta.**

Este paciente, mostraba una serie de conductas anómalas: arañaba las paredes, ingiriendo los fragmentos de yeso que se desprendían, mostraba actitudes de desafío, iba muy sucio.

**Sra. «C».**

**MOTIVO DE CONSULTA.**

Persona obsesiva y controladora, hacía sentir muy incómoda a la enfermería, controlaba todos sus movimientos, conversaciones y llegando incluso a registrar con fechas y nombres problemas durante las HD que se comprobó no eran ciertos, tenía temores de que podían envenenarle con la medicación.

**DESCRIPCION DEL CASO:**

Paciente de 61 años, diabético y con una hija.

Con el tiempo éstas anomalías fueron agudizándose. En varias hospitalizaciones mostró disconformidad absoluta con la dieta, medicación. Les angustiaba no poder controlar todo aquello que habitualmente controlaba en su casa.

Periódicamente surgían anomalías en su carácter y en su conducta, pero con el paso del tiempo ésta, se agravó tanto, que nos parecía desproporcionada en relación a la realidad; en éstos últimos años no había tenido que afrontar pérdidas nuevas significativas.

Por ello, se sospechó que había

**Sr. «C».**

**Motivo de consulta.**

Persona obsesiva y controladora, hacía sentir muy incómoda a la enfermería, controlaba todos sus movimientos, conversaciones y llegando incluso a registrar con fechas y nombres problemas durante las HD.

algún otro tipo de problemática, más allá de lo emocional.

Posteriormente fué catalogado de «Síndrome Delirante Orgánico», por intoxicación de Aluminio, causándole encefalopatía aluminica, diagnóstico que se confirmó analíticamente.

Sufrió varias crisis convulsivas y a pesar de haber sido tratado por los médicos y el psiquiatra, falleció debido a un paro cardio-respiratorio. Se realizó labor de apoyo con los familiares más allegados.

