

# Función del psicólogo clínico en un servicio de nefrología

Montserrat Martínez  
Psicóloga - Fundación Puigvert  
(Barcelona)

En un Servicio de Nefrología, se presentan enfermedades de distinta índole. Los pacientes que las sufren, viven situaciones sociales diferentes que a la vez ellos las sienten de muy distintas maneras. El grado de complejidad bio-psico-social abarca un gran espectro.

Habitualmente los esfuerzos asistenciales y de investigación han recaído en los componentes biológicos y esto tiene numerosas explicaciones. Sin embargo, en la actualidad, en la medida en que se pueden precisar y profundizar más en la utilización de diversos métodos, surge la necesidad de integrar y relacionar los datos de las distintas realidades (materias de estudio), pudiéndose realizar una mayor prevención de las combinaciones que podrían conducir a un inadecuado cuando no fatal desenlace.

Sólo así puede entenderse, tratarse e investigar aquella área: la enfermedad, que en un momento determinado de la vida sintetiza y expresa todas las fuerzas que con-

fluyen en ella creándose un desequilibrio. Podremos asistir mejor a los pacientes si podemos jerarquizar la premura de las necesidades que éstos tienen: el buen proceso de la adaptación a un tratamiento, en parte puede depender de la adecuada información, del tiempo y forma de escucha, así como en saber captar las ansiedades del enfermo adecuadamente y saberlas canalizar, lo cual dependerá de cómo se sepan trabajar las emociones (realidad psíquica).

También podremos disminuir las ansiedades depresivas favoreciendo una estructura hospitalaria que permita tener un número adecuado de visitas (realidad social), y todo esto dando por descontado la existencia de un buen diagnóstico y terapéutica médica (realidad orgánica).

Con Mardaras creo que un acto médico es un fenómeno bio-psico-social cultural que se integra a nivel biológico.

Desde esta perspectiva, pasaremos a comentar algunas de las problemáticas que se presentan en un Servicio de Nefrología.

## 1. El enfermo crónico

Toda enfermedad representa una crisis en la vida de una persona y en el seno de una familia. El grado en cómo esta crisis puede ser sostenida depende de numerosas variables. Incluso una enfermedad aguda (benigna) y de res-

**El grado y naturaleza de las tensiones varía al igual que la capacidad de las personas para resolverlas.**

puesta rápida puede ocasionar descompensaciones temporales.

El paciente que padece una enfermedad crónica ya no se vive como un ser sano, se considera un ser enfermo, diferente al grupo de personas al que pertenece, surgiendo sentimientos de extrañeza al grupo. Está viviendo una experiencia desagradable no percibida para la mayoría de la población por lo que se dificulta la comunicación (de una parte, al menos, de sus sentimientos) con la gente que le rodea, tendiéndose a desarrollar la creencia de que sólo otros enfermos que están pasando por lo mismo le comprenderán; por un lado pues se refugiará en personas enfermas, por otro anhelará la comunicación con grupos de personas que le permiten seguir permaneciendo en contacto con sus partes sanas.

Es decir, nos encontramos con sentimientos conscientes e inconscientes contradictorios.

Quizá podríamos acercarnos al problema (aunque siempre de forma esquemática) con la siguiente secuencia:

- Deseo de acercamiento y a la vez de huida del ser sano.

**El paciente que padece una enfermedad crónica ya no se vive como un ser sano, se considera un ser enfermo, diferente al grupo de personas al que pertenece.**

	ENFERMEDAD AGUDA (BENIGNA)	ENFERMEDAD CRONICA
Comienzo	repentino	repentino e insidioso, variable.
Duración	breve	constante.
Pronóstico	bueno	insatisfactorio.
Tratamiento	eficaz	paliativo.
Identidad en la crisis	elevada y corta	sufrimiento-alivio elevada, con defensas y permanente.
Duración crisis	breve	prolongada.
Reacciones familia	ansiedad stress y finalmente alivio	ansiedad, culpa, cansancio, pena y alivio en algunos momentos.
Reacciones del equipo	satisfacción, alivio	distintos niveles: gratificación pero insatisfacción; padecimiento cuanto más crónico es el enfermo.

- Necesidad de dependencia, no siempre tolerada bien, de los seres que no padecen una enfermedad.

- Cierta grado de conflicto con éstos, agradecimiento y por otro lado agresividad y culpa al tornarse más difíciles las relaciones debido a la enfermedad.

- Ello puede incrementar un círculo vicioso de depresión, aumentando las sensaciones de ser rechazado y de estar rechazando; se tiende también a la negación de los sentimientos dolorosos aumentándose el sistema de defensas neuróticas, que pueden, en algunos casos, deteriorar mucho las relaciones.

El paciente no se siente dentro de una relación intergrupala, sino como observador de ésta, aumentando las posiciones críticas (algunas neuróticas) que pueden crear en el paciente resentimiento contra aquellos seres queridos, quizá en el momento en que más los necesita y también contra sí mismo.

Esta sensación de «sentirse distinto al grupo» aumenta cuando el paciente por causa de la enfermedad (disminución de energías, sensación de disgusto) ha de disminuir sus actividades (profesionales o hobbies), estímulos vitales

que son alejados de su vida y que contribuían a mantener un adecuado tono vital.

A consecuencia de ello también pueden disminuir los ingresos económicos, sintiéndose el paciente desvalorizado por sí mismo y por los demás. Todo ello lleva a una nueva organización de la propia vida a partir de la enfermedad, pero se siente acosado por un futuro incierto y a veces renuncia a hacer proyectos y planes por la inseguridad de perspectiva de vida, del mismo modo que puede llegar a truncar o evitar muchas relaciones con el sexo opuesto, sobre todo en los individuos más jóvenes. Si esto se produce se crearán fuertes sentimientos de soledad y de depresión.

Es poco a poco y cuando ha de enfrentarse a todo ello cuando percibe que vivir es difícil y aparecen a la vez que el deseo de

**Aprender a vivir de esta forma es difícil, por lo que se aumentan los mecanismos de defensa.**

vivir, el deseo a la muerte. Dinámicamente sabemos que muchas veces el deseo suele transformarse en miedo y así se incrementa el ya tan consabido y natural miedo, hasta poder convertirse en temor o pánico a la muerte.

Nota el salto que ha efectuado su vida; aprender a vivir de esta forma es difícil, por lo que se aumentan los mecanismos de defensa (negación, rechazo, anestesia, culpa, disociación, vergüenza y agresividad).

### El enfermo que acude a un programa de diálisis periódico

Si al hecho de la enfermedad, le sumamos que el paciente afectado de insuficiencia renal crónica necesita para sobrevivir entrar en un programa de diálisis periódica (actualmente 4 ó 5 horas, tres veces por semana) iremos entendiendo cómo el paciente va sintiéndose dependiente. Está fuertemente ligado a una máquina dializadora, al lugar donde ésta está, al equipo que le maneja y al horario establecido, siendo algo que se sitúa por encima de cualquier otro valor. A partir de este momento, todo se organizará y funcionará en función de este riñón (lugar de vivir, horario laboral, transportes, vacaciones). Cuanto más cambios tenga que hacer el paciente, más vivirá la enfermedad.

Existen además una serie de cambios biológicos constantes, que varían en relación a la diálisis (urea, sodio, tensión, etc.); éstos suben antes de la diálisis y bajan después encontrándose mejor el enfermo en el espacio de tiempo intermedio entre diálisis y diálisis). El paciente se encuentra realizando adaptaciones constantes: «quizás si me encuentro bien podré acudir a la reunión...»

Muchas veces estos cambios biológicos afectan a la imagen de su cuerpo: puede hincharse, tener variaciones de peso de un día a otro, algunos adquieren una tonalidad amarilla. Estos cambios y su falta de estabilidad para poder

adaptarse a ellos, les hacen retraerse del contacto social.

Pueden manifestar también, tanto por los cambios biológicos como por la depresión subyacente, dificultades sexuales que pueden oscilar desde la inapetencia total a la impotencia en los hombres o la inorgasmia en la mujer.

Sienten cansancio en exceso, en momentos difíciles pueden manifestar conductas autodestructivas, como alteraciones muy marcadas en las dietas o no atender a cuidados médicos necesarios para mantenerse adecuadamente.

Con el tiempo pueden surgir complicaciones en algunos enfermos que les hacen la vida más difícil, dificultades en el acceso vascular, trastornos neurológicos, pueden padecer calambres, hipertensión, teniendo un mayor riesgo vital. Sin embargo, con un cuidado psico-social adecuado y permanente suelen reducirse muchísimo dichos trastornos.

Todo ello hace que a veces sea imposible no caer en los beneficios secundarios inconscientes que toda enfermedad conlleva, lo

**En momentos difíciles pueden manifestar conductas autodestructivas, como alteraciones muy marcadas en las dietas o no atender a cuidados médicos necesarios.**

cual no contribuye a potenciar los aspectos sanos que el enfermo posee.

De todos modos hemos visto que la incidencia de la enfermedad varía considerablemente según los siguientes factores:

**Edad:** Se adaptan mejor los seres más adultos, es decir aquellos pacientes que cuando aparece

la enfermedad ya han organizado su vida sólidamente (trabajo, relaciones, pareja, hijos, etc.).

**Inteligencia:** Entienden mejor la enfermedad, la viven con menos culpa y saben cuidarse y adaptarse mejor.

**Personalidad:** Cuando más equilibrados y con menos defensas neuróticas se encuentren el paciente y la familia, existirá más tolerancia a los límites de la enfermedad.

## 2. Reacciones familiares

Aquellos pacientes que no les es posible continuar con sus proyectos vitales anteriores, bien por circunstancias externas al paciente, bien por alteraciones de personalidad, internas, tienden a expresar sentimientos de nulidad y desvalorización contrastados en general por el nuevo rol de la esposa/o, que asume una serie de responsabilidades que la sociedad asigna al hombre/mujer, siendo necesario un reajuste para obtener un nuevo equilibrio en la pareja y en los hijos.

Es lógico pues, que la familia también reaccione a un diagnóstico de enfermedad crónica; ésta se ha de enfrentar a una serie de tensiones excesivas y demandas, que serán una carga a las relaciones dentro de la unidad familiar y más allá de las mismas.

El grado y naturaleza de las tensiones varía al igual que la capacidad de las personas para resolverlas, aunque hay unos factores que pueden influir sobre ello.

1. Gravedad. Posibilidad de muerte.

2. Carácter congénito o adquirido de la enfermedad.

Culpa de los padres de haberle transmitido la enfermedad y miedo de éste de poderla generar. Lo que aumenta la depresión.

3. Edad del comienzo de la enfermedad: niño, adolescencia, adulto.

Especialmente crítico en la adolescencia, en que es muy doloroso, si la enfermedad supone una privación de las supuestas libertades que se suponen del estado adulto.

4. Presencia de la alteración emocional previa dentro de la familia.

**Es necesario un reajuste para obtener un nuevo equilibrio en la pareja y en los hijos.**

5. Naturaleza y efecto de la propia enfermedad.

El malestar que resulta de la propia enfermedad (fatiga, mareos, debilidad, dolor, etc.) pueden causar en el paciente alteraciones de su carácter, volviéndose irritable, puede sentirse incómodo, depresivo, exigente, en ocasiones autosuficiente, originándose presiones adicionales y sentimientos de resentimiento y culpa por parte de la familia, en especial de la madre y de la esposa/o.

– Alteraciones del esquema corporal o imagen de sí mismo, que pueden producir reacciones inconscientes o conscientes de disgusto y aversión; puede haber una disminución de la atracción erótica que disminuye la ya escasa reacción sexual (por razones psíquicas y psicológicas).

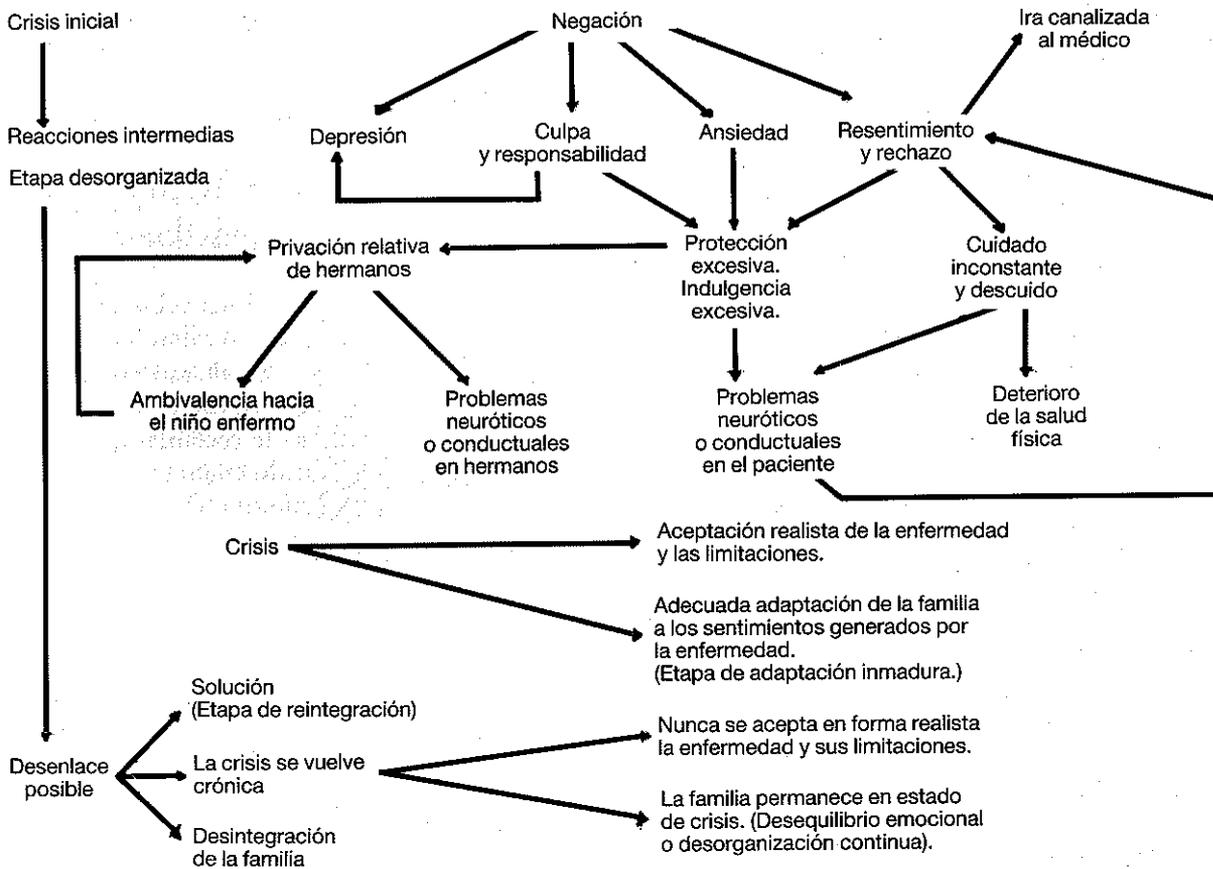
– Efectos del programa del tratamiento en casa y restricciones en la vida familiar.

A través de esto se entra en batalla con los demás, tendiéndose a canalizar o desplazar la agresividad a través de:

– Las dificultades económicas. Estas pueden aumentar y el enfermo tornarse al mismo tiempo reivindicativo.

– Hospitalizaciones. Son una fuerte fuente de ansiedad tanto

## REACCIONES DE LA FAMILIA A LA ENFERMEDAD CRONICA GRAVE



por parte de la familia como del paciente (resurgen temores olvidados, medio ambiente habitual).  
Surgen diferencias de criterios.

En todas las familias hay sentimientos inevitables de:

- Negación o rechazo, que interfieren en la capacidad de aprendizaje, de adaptarse a sus respuestas o a las del enfermo. Este rechazo está íntimamente conectado con la necesidad de esperanza que puede hacer que se interprete mal lo que digan los médicos, y se den a ellos mismos y al paciente falsas esperanzas.

- Ansiedad, ésta será mayor si hay posibilidad real de muerte o por hiperreacción neurótica.

- Sentimientos de culpa.

- Depresión.

- Resentimiento y rechazo.

Que puede transformarse en amargura dirigida contra otras personas, amigos, médicos, etc...

El rechazo encubierto se puede

expresar de maneras indirectas, descuidos o excesos de cuidados.

- Reacciones de otros miembros de la familia respecto al enfermo: celos, somatizaciones, si no se expresan aumenta la agresividad y la culpa encubierta que neurotizan las relaciones.

En ocasiones en las familias surge una cierta conspiración del silencio acerca de la enfermedad que aísla al enfermo y se le hace más dolorosa su soledad, al no poder compartir sus dificultades, pues en ocasiones, más que el enfermo, es la familia la que no aguanta un determinado diagnóstico o pronóstico.

### 3. Reacciones en el equipo médico

En general, el personal suele observar y reaccionar ante distin-

tas fases en el proceso de la enfermedad.

1) Una primera fase en que suelen encontrar un alivio considerable al asistir a diálisis. La etapa previa al ingreso a la unidad de hemodiálisis el enfermo suele encontrarse bastante mal; así pues, vive el equipo como salvadores y genera como respuesta una reacción bastante adecuada en el equipo, estableciéndose una buena relación equipo-paciente.

El equipo suele sentirse cómodo proporcionando alivio, información, así como aquellos elementos que pueden ayudarle a adaptarse.

Por otro lado, en una unidad de crónicos, las nuevas caras siempre son bien vistas, siendo una fuente de estímulos.

2) Una segunda fase en que predomina la depresión. El enfermo se encuentra mejor pero es a costa de una rutina que le exige una

dependencia constante a una máquina y a un personal.

Surge la conciencia de las dificultades y aparecen las reivindicaciones desplazadas de lo que el equipo aunque quiera no puede dar: la vuelta a la normalidad, la ausencia de enfermedad.

En esta fase pueden presentarse alteraciones funcionales o psicosomáticas sobreañadidas.

Si el equipo no está formado por personas que toleran bien sus limitaciones, puede producirse una herida narcisista profesional que puede provocar respuestas agresivas inconscientes hacia el enfermo, obstaculizando su adaptación.

3) Tercera fase de «aceptación real». Hay una adaptación con oscilaciones depresivas. Puede aceptar mejor sus limitaciones y las del equipo, al mismo tiempo que agradecer la ayuda que se le presta, sobre todo en momentos difíciles.

El equipo ha aceptado al enfermo y suele vincularse de una forma bastante realista. El enfermo se siente reconocido en una ayuda real no idealizada y disminuyen las reivindicaciones. En general, el equipo aprende lo que puede pedir al enfermo sin situarlo por encima o por debajo de sus posibilidades.

Sin embargo, el paciente inmerso ya en la enfermedad crónica anhela una salvación: el trasplante.

Cuando las situaciones se hacen difíciles y el trasplante se retrasa o no se lleva a cabo, el equipo, al igual que la familia, puede padecer sentimientos de culpa inconscientes, por lo que puede involuntariamente recurrir a mecanismos defensivos que no benefician ni al propio personal asistencial ni al enfermo.

**El paciente inmerso ya en la enfermedad crónica anhela una salvación: el trasplante.**

## 4. El trasplante

No es fácil conseguir un riñón adecuado para un trasplante a un determinado enfermo.

Existen listas de enfermos esperando el anhelado riñón, situación que se hace harto difícil dada la dificultad de conseguir órganos, puesto que éstos sólo pueden proceder de un cadáver o un familiar compatible.

La recepción de un riñón tanto en un caso como en el otro no es fácil y moviliza sentimientos ambivalentes contradictorios, tendiéndose muy a menudo a una simplificación que no favorece la clarificación del problema.

Saben también, porque legalmente se les debe informar (tanto al enfermo como a la familia), que hay un 5% de riesgo de mortalidad y que durante las 24 primeras horas del postoperatorio y quizá también después, puede sobrevenir el rechazo del órgano recién trasplantado y también la muerte.

Por otro lado, debe enfrentarse a una operación en un momento imprevisible lo que aumenta aún más las ansiedades de todo tipo: confusionales, paranoides, depresivas, que siempre existen en un acto quirúrgico.

En el trasplante, el postoperatorio es difícil, pues el paciente lo vive en la cámara estéril (habitación aislada para prevenir infecciones a lo que son propensos los trasplantados) y en la que sólo podrá mantener contacto con la enfermera. No hace falta mencionar que del adecuado tono afectivo de ésta depende en gran medida la regulación del proceso emocional. Es conocido cómo los fenómenos de privación, son generadores de trastornos psíquicos.

En el caso que el riñón pudiera proceder de un familiar, a éste se le plantea el tipaje inmunológico, enfrentándole a una situación nada fácil; acceder a la donación de uno de sus órganos o negarle al enfermo algo que desea y necesita para poder salir de un programa de diálisis.

**En ocasiones en las familias surge una cierta conspiración del silencio acerca de la enfermedad que aísla al enfermo y se le hace más dolorosa su soledad.**

En el caso que el riñón proceda de un cadáver, a la familia de éste se le reclama un órgano del fallecido en un trance muy doloroso y aunque ésta lo conceda, se siente muy ambivalente pues en nuestra cultura como en otras existe un gran temor y respeto a los muertos.

El equipo vive con gran «stress» el ejercicio de su profesión, pues son siempre situaciones difíciles.

Si el trasplante fracasa hay que ayudar al enfermo o readaptarle a diálisis, lo que no es siempre fácil.

En ocasiones puede sentirse el riñón como algo extraño a sí mismo, aunque por supuesto el estado emocional depende mucho también del estado orgánico del paciente y viceversa.

## 5. Situaciones menores de enfermedad crónica

— La hipertensión (origen y consecuencia de algunas enfermedades renales):

Es una enfermedad que suele ser, con bastante frecuencia, asintomática, pero conjuntamente con el cáncer tiene un elevado índice de mortalidad.

El paciente no se siente enfermo y resiste a tratarse, creándose fácilmente conflictos entre el médico conocedor de su enfermedad y el paciente que puede vivirlo como un intruso al no sentir la necesidad de ayuda.

Existen ciertas características en la dinámica emocional interna del paciente hipertenso, que si bien no sabemos en qué grado participan en la etiología de la enfermedad, sí pueden agravarla considerablemente, aumentando el riesgo vascular y aumentando el índice de mortalidad, por lo que es conveniente tratarlas, siendo recomendable un tratamiento psicoterapéutico.

Es importante atender también a los enfermos funcionales o a las complicaciones psicósomáticas sobreañadidas que pueden existir en enfermedades orgánicas.

● Diálisis, trasplante e hipertensión, son las tres grandes áreas en que se hace imprescindible para una buena asistencia, la creación de equipos interdisciplinarios compuestos por médico, enfermeras, psicólogo, asistente social adecuadamente integrados, donde sea posible hablar y elaborar los conflictos que genera la enfermedad en la vida del paciente, en la familia, y en la relación asistencial, enfocando dinámicamente aspectos tan dolorosos como las dificultades en tolerar los límites que impone la enfermedad, las pérdidas afectivas, las profesionales, los estímulos vitales que disminuyen, sentirse una carga, etc.

● Es importante pues, para todas

**Diálisis, trasplante e hipertensión, son las tres grandes áreas en que se hace imprescindible para una buena asistencia, la creación de equipos interdisciplinarios compuestos por médico, enfermeras, psicólogo, asistente social.**

las personas implicadas en el proceso de la enfermedad (enfermo, familia, equipo), disponer de una ayuda mutua y de una contención en el seno del equipo donde sea posible elaborar los distintos procesos de duelo que toda enfermedad conlleva, especialmente en lo más trágico, cuando no es posible ganar la batalla a la muerte, lo que implica grandes dosis de sufrimiento y depresión, tanto en la familia como en el equipo (siendo en éste último mucho más inconsciente).

Este drenaje psíquico cotidiano es necesario para poder establecer relaciones sanas con los otros familiares, colegas, enfermos.

Sin embargo, cada día se presentan innumerables situaciones (de enfermos no crónicos) en un Servicio de Nefrología, en que podría requerirse el equipo interdisciplinario, pero sobre todo es necesario la actitud interna interdisciplinaria, pues siempre que haya un ser humano que luche contra la enfermedad y la muerte, se mueven un conjunto de elementos pertenecientes a distintos campos de estudio, y de sus combinaciones podrá generarse salud o enfermedad.

Por lo que es fundamental el estudio de las unidades vinculantes básicas: médico-paciente, médico-enfermera, paciente-enfermera y la manera de integración del psicólogo y el asistente social en el equipo.

Algunas veces será necesario entrar en una relación individual paciente-psicólogo a través de una psicoterapia para clarificar procesos internos del sujeto, pero en muchas ocasiones a través de lo anterior se habrá realizado una labor preventiva que evite la creación de graves conflictos.

De nuestra capacidad de profundización en cada uno de los campos, de la manera de vincularlos e integrarlos, dependerá el grado de salud y conciencia de nuestros enfermos, así como la calidad de la prevención y progreso asistencial.

## Bibliografía.

- ABRAM, H.S.: «The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life». *Am. J. Psychiatry* 126: 157-167.
- ALEXANDER, F. et al.: «La médecine psychosomatique: ses principes et ses applications». París, Payot 1952 (libro).
- BALINT, E. y NOVELL: «Seis minutos para el paciente». Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979 (libro).
- BALINT, MICHAEL: «El médico, el paciente y la enfermedad». Editorial Libros básicos. Buenos Aires, 1961 (libro).
- BEARD, B.A.: «Fear of death and fear of life». *Arch Gen. Psychiat.* 21: 373-380 (1969).
- BINGER, C.A. et al.: «Personality in arterial hypertension». New York. Brunner (1945).
- BLEGER, J.: «Psicohigiene y psicología institucional». Ed. Paidós. Buenos Aires (1965) (libro).
- Council de Europe de Santé Publique. COMITE EUROPEËN DE SANTE PUBLIQUE: «Les problèmes concernant la mort». Strasbourg (1981).
- CRAMOND, W.A., KNIGHT, P.R., LAWRENCE, J.R.: «The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic haemodialysis and renal homotransplantation». *Br. J. Psychiatry* 113: 1201-1212 (1967).
- DE-NOUR, A.K., SHALTIEL, J., CZACZEK, J.W.: «Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis». *Psychosom Med.* 30: 521-533 (1968).
- MARDARAS, Platas: «La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Psicoprofilaxis quirúrgica». Ediciones Rol, S.A. Barcelona. Primera edición Mayo 1980. (libro).
- MENZIES y JAQUES: «Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad». Ediciones Hornie. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2.ª ed. 1980.
- MINGOTE, J.C. y col.: «Aspectos psicológicos y psiquiátricos de una unidad de hemodiálisis». Servicio de Psiquiatría y Nefrología. Fundación Jiménez Díaz.
- PAUL, D., STEINHAEUER et al.: «Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica». Publicaciones de la Universidad de Toronto. Departamento de Psiquiatría. Ontario MSG 1 x 8.
- REICHSMAN, F. y col.: «Problems in Adaptation to Maintenance Hemodialysis. A four-year study of 25 patients». *Arch. Intern. med.* / Vol. 130, Dec. 1972, pág. 859-865.
- SALZBERGER, I.: «La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis Kleniano». Amorrotu Editores, Buenos Aires, 1980 (libro).
- SHEA, E.J. et al.: «Hemodialysis for chronic renal failure: IV. Psychological considerations». *Ann. Intern. Med.* 62: 558-563. (1965).
- TIZON, J.L.: «Apuntes para una psicología basada en la relación». Ed. Hora. Barna. 1982.
- WEINER, H.: «Psychosomatic researchs in essential Hypertension: retrospect and Prospect». Karger, Basel, München, New York: *Bibl. Psychiat.* 144 pp. 58-116.
- WRIGHT, R.G. et al.: «Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure». *Ann. Intern. Med.* 64: 611-621. (1966).