

## REVISIÓN

# ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

Lic. Pablo Kersner

«Quién no ha sido defraudado?»

No pensemos, sin embargo, que el culpable es un sistema, o la sociedad, o un estado, o una persona. Son nuestras ilusiones las que nos van defraudando. Todo comienza en el calor del vientre materno y el descubrimiento de que hace frío allá afuera.

Y acaso es culpa del frío que haga frío?».

Anthony Burgess

«El hospital es una extraña metáfora, que representa tanto la esperanza como la muerte».

Robin Cook

La hemodiálisis es un método sustitutivo de la función renal. Consiste en un intercambio, a través de una membrana semipermeable, entre la sangre del enfermo y una solución de composición electrolítica similar a la del plasma normal.

Permite la depuración de las sustancias de deshecho y la normalización de los electrolitos plasmáticos. Repetidas varias veces por semana (tres sesiones semanales), de ahí el nombre de hemodiálisis periódica, estas depuraciones permiten la supervivencia teóricamente ilimitada de pacientes portadores de riñones funcionalmente dañados.

Se debe subrayar que se trata de pacientes crónicos y no terminales. Terminal es la función del riñón, no la vida. Precisamente la enfermedad se llama Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), aludiendo a la función terminal de los órganos<sup>1</sup>.

Son varias las características y vicisitudes por las que atraviesa el paciente en hemodiálisis. La parafernalia tecnológica de las últimas décadas ha generado importantes progresos y nuevos modos de pensar nuestra práctica asistencial.

Como plantea en un artículo Anthony Reading<sup>2</sup>, las dos grandes contradicciones en medicina son: aliviar el sufrimiento y prolongar la vida.

Este debe ser el orden de prioridades para poder así cumplir con el más importante postulado médico: *Primum non nocere*.

«En su preocupación por resolver la enfermedad y prolongar la vida, la medicina moderna ha descuidado lo que sufre el paciente, y el enfermo es tratado como una máquina que debe funcionar el mayor tiempo posible»<sup>2</sup>.

Agregaría a este concepto que no sólo a los médicos y a los profesionales se ajusta esta descripción, sino que en muchas ocasiones es la familia del paciente la que demanda a cualquier costo prolongar la vida del enfermo.

Es sabido que la medicina es la ciencia que procura que los enfermos se mueran lo más sanos posible. En este sentido se instala el tratamiento de hemodiálisis.

Elisabeth Kubler-Ross describe cinco etapas en el paciente que sabe que va a morir. En mi experiencia clínica he observado que estas fases se repiten de igual modo desde el

momento en que el paciente recibe el diagnóstico de IRCT y el tratamiento a seguir (hemodiálisis).

Lo que cambia es que en la última fase, la de aceptación, no se trata de una aceptación de la muerte, «un dejarse morir en paz», sino que se trata de una aceptación de la vida, que incluye la esperanza de un futuro trasplante. Las fases son las siguientes: *Una primera etapa de negación y aislamiento*.

Momento que hará que el paciente escuche «lo que pueda escuchar» de la información que la brinde el



Infanta Margarita María. Las Meninas, Picasso.

médico. Escuchar todo lo que le dirá el médico conducirá a la posibilidad de tener que pensar en la muerte.

El paciente dirá: «no, yo no, no puede ser verdad».

La negación «parcial» es habitual en casi todos los pacientes y puede llegar a darse en distintas fases de la enfermedad. Habrá que ayudarlo al empleo de otros mecanismos defensivos menos radicales.

*La segunda etapa es de cólera, agresión y protesta.*

El paciente se pregunta por qué le tiene que pasar esto a él. Surgen sentimientos de ira, rabia, resentimiento y envidia. El paciente tiene la vivencia de estar padeciendo una injusticia. En esta fase, el médico pasará a ser el depositario de la agresión por parte del enfermo. En el pensamiento de este, se debate el enojo frente a la ciencia en la persona del médico por no solucionarle su problema, la enfermedad. Resulta ser una etapa sumamente difícil de afrontar para la familia y el equipo médico. La ira se desplaza y se proyecta en los objetos que rodean al paciente. Aquí se debe tener en claro que la ira no está dirigida a nuestra persona, sino que somos el blanco tangencial de un paciente que lucha con su propio mundo interno y las circunstancias que lo acompañan (como la enfermedad).

Es el momento de mayor hostilidad por parte del paciente. En la hostilidad y la depresión debemos operar. En la hostilidad, el paciente arma un proceso paranoico. Arma un estado de desamparo. Entra en posiciones paranoides, se desarma. Puede matarse o atacar afuera.

*La tercera etapa es la de componendas.*

El paciente se establece objetivos a corto plazo. Por ejemplo se dice; «que llegue con el tratamiento hasta el cumpleaños de quince de mi hija», o «hasta que pueda ser abuelo».

La componenda debe ser interpretada como el modo de establecer un plazo. Debe interpretarse como la fase del pacto. En algunos casos, las «promesas» que se propone el paciente están asociadas con sentimientos de culpa.

*La cuarta etapa es la depresión.*

Surgen sentimientos de vacío y de impotencia acompañados de sensación de pérdida. A veces, estos síntomas son el correlato de una serie de prolongadas internaciones e intervenciones médico-quirúrgicas que debilitan la organización psíquica del paciente. Así también como pueden aparecer tales signos luego de la pérdida de la posición económica y laboral que tenía el enfermo hasta el momento de declararse la enfermedad.

Es una etapa en la que pueden surgir conductas encubiertas de suicidio como por ejemplo, la transgresión dietética, las ausencias reiteradas al tratamiento de la hemodiálisis y otras. Es importante en este momento trabajar conjuntamente con la familia.

*La quinta etapa es la de aceptación.*

He hecho referencia a esta etapa en la primera parte del trabajo, y he diferenciado el dejarse morir que plan-

tea la autora del aceptar una enfermedad crónica de estas características.

En esta fase, el paciente traslada aquella primera pregunta que se formuló frente al diagnóstico, ¿por qué a mí?, a una nueva pregunta: ¿por qué a mí no?

Para enfermedades incurables y terminales es equiparable al estado de resignación. En el caso del paciente con IRCT, la aceptación le permite pensar que la enfermedad es una parte, si bien importante, sólo una parte de su vida.

A esto apunta un trabajo psicoterapéutico. Rescatar los aspectos que hacen a la subjetividad de la persona. El paciente no sólo es un riñón enfermo, es un sujeto con historia, proyectos y un entramado de vínculos que hay que buscar y traerlos nuevamente para que pueda sostenerse desde allí.

Tan cierto es que el enfermo no es reductible a la enfermedad, como que el acto médico no es reducible a una acción técnica.

Diversos autores han descripto la influencia que tiene la IRCT sobre la personalidad de estos pacientes. Podemos mencionar que las situaciones generadoras de conflicto para una adecuada adaptación serían las siguientes: pérdida de parte del cuerpo o de una función determinada del organismo; pérdida social y profesional; dificultades en planificar la vida; cambios en la vida y en la forma de vivir; pérdida de una posición económica y pérdida de un trabajo u ocupación<sup>3</sup>.

Los pacientes que se adaptan mejor al tratamiento presentan un nivel intelectual alto, una mejor adaptación a la ansiedad y a las dificultades emocionales, menor tendencia al *acting*, participación en actividades vinculadas a la problemática que padecen, como campañas de transplante de órganos y además cuentan con la continencia familiar adecuada.

Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo.

Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad. Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos. Entre ellos, cobrará relevancia la posibilidad de un futuro transplante.

En el trabajo de la interconsulta médico-psicológica, una de las claves a tener presente es el papel del psicólogo. Y en este punto, el rol del psicólogo debe apoyarse en dos principios: la práctica asistencial y la tarea docente con los demás miembros del equipo de salud. «Generar voluntad de vocación en el equipo médico»<sup>4</sup>.

En lo asistencial, un aspecto importante a considerar es acerca de los límites de la función

interpretativa frente a pacientes en estado de desvalimiento. Aquí debe destacarse que la mejor interpretación es el acompañamiento.

No vamos a interpretar el Edipo. Vamos a intentar que no haya una muerte primera, la muerte psíquica del paciente, que se expresará a través de la supresión de lo anímico. A través de la retracción (los afectos perderán cualificación) y de la desconexión. Esta retracción y desconexión psíquica se observa en la clínica cuando contratransferencialmente uno siente que el paciente es tragado por el sillón en la diálisis. Hay órganos en lugar de sujeto. Habrá sujeto en la medida en la medida en que cargue lividinalmente al otro. Allí cobrará relevancia la palabra. De este modo, el paciente se permitirá construir un texto más cercano al drama que a la tragedia. Por lo tanto, se abrirá el camino, para que Eros triunfe sobre Tanatos.

Otro aspecto a destacar son los efectos que producen, en el equipo de salud, el trabajo con pacientes de unidades o áreas cerradas. Algunos autores lo han llamado síndrome de *Burn Out*\*. A mi entender es consecuencia, entre otros factores, de confundir el «comprometerse» con el «involucrarse» en el conflicto doloroso por el que transita el paciente.

Muchas veces esta errónea interpretación de los términos es originada por cierta familiaridad generada a consecuencia de las largas horas que debe pasar el paciente en el hospital (el personal de enfermería es aquí el de mayor exposición).

La cronicidad de la enfermedad y la cronicidad del tratamiento genera efectos de «hospitalización» en el paciente y efectos «tóxicos» en el equipo de salud.

La tarea docente debe apuntar a la reflexión de estos temas a partir de la comprensión de la problemática psicológica por la que atraviesa el enfermo.

El trabajo en grupos (grupo de reflexión, también

conocidos como grupos Balint), sirven para pensar en equipo acerca de la tarea y de temas afines a la misma: la muerte del paciente, la propia muerte, el dolor, el sufrimiento, las demandas del paciente y su familia, además de los problemas que surgen en todo equipo de trabajo (relaciones con otros miembros, relación con la institución y problemática salarial).

Para concluir, siguiendo el pensamiento de Leguil y Uzorskis<sup>5</sup>, para trabajar como psicólogo en urgencias, donde el dolor humano y la muerte conviven a diario, no es preciso estar «de vuelta de la vida», pero sí es preciso estar «de vuelta» de las propias urgencias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Martorelli A. *Asistencia psicológica del paciente adulto tratado con hemodiálisis periódica. Revista Psicólogo Argentino 1992; 4:5-9*
2. Bares C, Rodo J. *Seguimiento psicossomático de pacientes renales crónicos transplantados. Acta Psiquiátrica. América Latina 1981,27:139-45*
3. Fahrer RD, Magaz A. *Aspectos psicossociales de la relación médico-paciente en hemodiálisis crónica 1998. CM Impresiones.*
4. Ulloa F. *Cuerpo, lenguaje y personalidad. Aspectos biológicos y psicossociales. Conferencia dictada en el XVI Congreso Argentino de Psiquiatría y I Congreso Internacional de Salud Mental. Mar del Plata, marzo-abril de 2000*
5. Uzorskis B. *La clínica psicoanalítica en territorio médico. Psicoanálisis y Hospital 1995;4,7:64-8*

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo, Barcelona 1975*
- Ferrari H, Luchina J, Luchina N. *La interconsulta médica-psicológica en el marco hospitalario. Ediciones Nueva Visión 1971*
- Ricón L. *Algunos comentarios sobre mi experiencia con pacientes que padecían enfermedades incurables, ¿qué verdades hay que decirles?. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires 1989;IX:1*
- Jungers P, Zingraff J. *Lo esencial de la hemodiálisis. Colección Tardieu. Ed. Marban 1979*
- Maldavsky D. *Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Amorrortu Editores. 1992.*

\* *Quemarse, fundirse, extinguirse*