

Síndromes depresivos y mecanismos de adaptación psicológica en la hemodiálisis

C. Carbonell Masiá, I. Calonge Romano, R. Campos Tullot *

Depressive syndromes and mechanisms of psychological adaptation in hemodialysis

Patients undergoing chronic hemodialysis find themselves in a biological and psychological situation which frequently produces psychopathological manifestations in them, in particular being of a depressive and anxious kind, as well as psychological mechanisms of adaptation and defence in all cases.

This report is the result of the study carried out, by means of clinical interviews and psychological tests, in a group of patients undergoing hemodialysis.

The depressive syndromes which have been observed correspond to the types of endosituative and endovivencial depression or to affective transition psychosyndromes.

Negation is the psychological mechanism of adaptation most commonly used, which often reveals itself as a paradoxical hyperadaptation.

In order to study these defence mechanisms, their particular manifestation in each patient and the weakness of such mechanisms, we employed the Rorschach test.

Contrary to other professional opinions, we do not think every form of negation is contraproductive. On the contrary, they are necessary in some cases to allow an adequate emotional stability.

Working activity is another important factor to maintain affective balance.

Introducción

En septiembre de 1945, el médico holandés Willem Kolff consiguió salvar la vida de una enferma por vez primera gracias al riñón artificial que él mismo había descubierto después de una serie de trabajos que inició en 1938. Desde entonces, la técnica de diálisis se ha desarrollado de una manera notable. La calidad de los filtros y de los aparatos en general se ha perfeccionado; las nuevas técnicas de fistulas externas e internas y la hemoconcentración, que permite una diálisis con menos brusquedad en los cambios

de osmolaridad de los fluidos durante el tratamiento, hacen que mejoren las condiciones biológicas de los enfermos sometidos a esta terapéutica.

Sin embargo, los aspectos psicológicos de la hemodiálisis siguen teniendo una gran importancia. Pocos tratamientos conllevan una servidumbre mayor y una mayor dependencia que la que tienen los enfermos renales en diálisis periódica.

Se trata de personas que sobreviven gracias a una máquina a la que tienen que conectarse dos o tres veces por semana, durante una serie de horas, y que además tienen que soportar otras limitaciones y pérdidas: materiales, corporales y psicológicas.

Pero dentro de este marco de condiciones y circunstancias negativas son aún seres privilegiados, son los elegidos dentro de un grupo de enfermos que llegan a alcanzar un tipo de tratamiento sin el que morirían en un corto plazo. De hecho, existen otros enfermos como ellos que no tienen la oportunidad de dializarse y que mueren por insuficiencia renal. Actualmente, todavía es mayor la demanda que la posibilidad de atender a todos los pacientes que necesitan ser dializados.

En estos enfermos, sometidos a una máquina para poder sobrevivir, se producen situaciones psicológicas y biológicas sin precedentes: haciendo una vida aparentemente normal, se ven obligados a acudir sistemáticamente al Hospital, donde conviven con otros enfermos en situaciones similares a las suyas, y, todos ellos, dependiendo de los médicos y de las enfermeras que les cuidan. Los que se dializan en sus casas están igualmente a merced del aparato y de las personas que les atienden, aunque libres de la rutina del Hospital y de otras condiciones negativas inherentes al mismo.

* Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico. Madrid.

Alteraciones psíquicas de los enfermos en hemodiálisis

Desde 1960, una serie de trabajos mencionan de pasada los problemas y dificultades de los enfermos en diálisis periódica. Scribner (1960) dice que uno de sus pacientes «carecía de energía y se fatigaba con facilidad». Gutch y cols. (1964) refieren de uno de sus enfermos que tenía «la moral alta y estaba activo y lúcido» fuera del Hospital en los periodos de interdiálisis. Una observación más detallada fue dada por Walker, Brown y cols. (1962) comentando las alteraciones emocionales y trastornos de la personalidad que, según estos autores, serían debidos a la uremia, a la enfermedad crónica y a las repetidas sesiones de diálisis.

Las primeras observaciones publicadas por psiquiatras sobre estos enfermos son las de Shea y cols. (1965) de la Universidad de Georgetown (Washington), y las de Wrigth y cols. (1966) de Seattle.

Shea y cols. (1965) describen su experiencia con 11 enfermos en hemodiálisis, a los que atendieron regularmente durante 2 ½ años. Según estos autores, las reacciones de los pacientes antes de las diálisis consisten fundamentalmente en irritabilidad, temores e insomnio; durante la diálisis, la ansiedad se polariza en la máquina, y constataron en ellos «ligeras depresiones reactivas».

Robert G. Wrigth, Patricia Sand y G. Livingstone publicaron en 1966 un trabajo sobre los traumas psíquicos que sufrían los enfermos sometidos a hemodiálisis. Estudiaron 12 pacientes durante periodos que oscilaban entre 6 y 33 meses. Evaluaron los rasgos previos de la personalidad de los enfermos y sus reacciones en diversas circunstancias antes de la enfermedad renal.

Distinguieron tres clases de traumas psíquicos que inciden en ellos: 1.º: pérdida o amenaza de pérdida de «objetos psíquicos»; 2.º: perjuicios o amenaza de perjuicio; 3.º: frustración de tendencias e impulsos, o posible amenaza de frustraciones.

Entre los primeros, está la separación del paciente de su propio grupo, el fracaso de planes para el futuro, los cambios en el tipo de vida y la pérdida del hogar o de los bienes materiales, del empleo o de la ocupación. Entre los perjuicios reales o sentidos como probables, citan el dolor físico y la ansiedad en relación con el funcionamiento de la fistula arteriovenosa. Las frustraciones debidas a las restricciones alimenticias son importantes para algunos enfermos, así como la disminución o pérdida de la potencia sexual.

Las reacciones ante todos estos traumas psíquicos están en relación con el concepto de la propia imagen, que a su vez está determinada

por diversos factores, como la eficiencia en el trabajo, la situación económica, aspiraciones para el futuro, el aspecto físico y el atractivo personal.

Para Wrigth y cols., los cambios en la propia imagen condicionan reacciones de defensa tales como un cierto grado de negación o de proyección. La duración y las características de estos mecanismos de defensa están determinadas por la personalidad de cada enfermo.

W. P. Cramond, P. R. Knigh y J. R. Lawrence (1967) estudiaron un grupo de 21 enfermos tratados en la Unidad Renal del Hospital Queen Elizabeth de Adelaida, Australia. Refirieron en primer lugar problemas de adaptación en estos pacientes. Al principio, encontraron en ellos reacciones de gratitud hacia el equipo médico y una cierta tranquilidad al considerar que han salvado la vida en una situación de gravedad extrema. Esta salida, aunque implique un tratamiento complicado y molesto, les da un respiro momentáneo, sobre todo cuando se trata de enfermos que tienen una insuficiencia renal aguda o una descompensación de una insuficiencia renal crónica.

El problema de la adaptación surge cuando el enfermo toma conciencia de que las diálisis tienen que continuar. Comienzan las dudas, los temores en cuanto al futuro, las expectativas ante un posible trasplante, etc. Aparecen reacciones de intenso temor al ver fluir la sangre a través de los tubos. También aparecen mayores sentimientos de dependencia (hacia el Hospital, hacia el equipo que los trata) y, con frecuencia, una marcada ansiedad ante la posibilidad de un fallo de la máquina.

En esta situación, describen la aparición de mecanismos de defensa en forma de negación de la realidad, en cuanto a su enfermedad renal se refiere, y frecuentes reacciones de abatimiento y de aflicción. Cramond recalca la aparición frecuente de estas reacciones depresivas y la posibilidad de que se desborde la comprensible «reacción de pesadumbre» para convertirse en una depresión profunda, con peligrosas ideas de suicidio.

Cinco de los 21 pacientes de Cramond pasaron de la reacción de pesadumbre a una verdadera depresión. Recomienda, en estos casos, la amitriptilina a «las dosis habituales», añadiendo diazepam cuando existe un componente de angustia. Uno de sus enfermos fue encontrado muerto en su domicilio; descartaron el suicidio, y su muerte la atribuyó a un absoluto desinterés por seguir viviendo en las penosas circunstancias creadas por su enfermedad renal.

* * *

Resulta evidente, pues, que los enfermos en hemodiálisis tienen unas importantes facetas psicológicas y, a veces, psiquiátricas. Sin embargo, no todos los nefrólogos aceptan la colaboración del psiquiatra en el tratamiento de sus enfermos, y no por no reconocer los problemas psíquicos que tienen estos enfermos, sino porque, a veces, la intervención psiquiátrica no es demasiado eficaz, y en ocasiones resulta incluso inoportuna y perjudicial.

En el Hospital Hammersmith de Londres, un nefrólogo de tanto prestigio como Shackman prohibió la entrada de los psiquiatras a su departamento, y nosotros mismos hemos tenido ocasión de ver los efectos negativos de algún acercamiento psiquiátrico inadecuado. Por eso, pensamos que el psiquiatra debe formar parte del equipo médico que atiende a estos enfermos, y no debe aparecer como un elemento ajeno al mismo.

El estudio psíquico de estos pacientes debe hacerse mediante entrevistas que aborden, al principio, problemas relacionados con su estado somático (molestias físicas, cefaleas, dolores en diversas partes del cuerpo, prurito, cansancio, insomnio, etc.) y sólo después de establecer una relación de confianza, cabe abordar temas que se refieran a los aspectos afectivos, emocionales, de su situación familiar y laboral, y otros posibles síntomas relacionados con la esfera sexual.

Material y método

La presente comunicación se basa en la revisión de los aspectos psiquiátricos y psicológicos, evaluados mediante entrevista y el test de Rorschach, de un grupo de 16 enfermos que están en tratamiento en el Departamento de Regulación Humoral y Diálisis del Hospital Clínico de Madrid.

Algunos de estos enfermos han sido estudiados y tratados a requerimiento de los nefrólogos, que observaron en ellos anomalías psíquicas, y en todos ellos el estudio psicológico y psiquiátrico se lleva a cabo dentro de un plan de asistencia integral, somática y psíquica, establecido en el Departamento de Diálisis de este Hospital. Por ello, nuestro grupo de enfermos es muy heterogéneo en cuanto a edad (entre 21 y 69 años), sexo (10 varones y 6 mujeres), profesión, educación y tiempo de estancia en el programa de diálisis (de 4 meses a 8 años).

Hemos observado lo que sucede en un contexto natural sin introducir manipulaciones experimentales y sin emplear un grupo control de enfermos. Hemos preferido la observación a la intervención, haciendo un estudio correlacional frente al más extendido estudio experimental.

El enfoque de nuestro trabajo ha sido eminentemente clínico.

Alteraciones depresivas y mecanismos de adaptación

En las historias clínicas, se ha prestado un interés particular a los aspectos afectivos, a través de las vivencias expresadas por los propios enfermos y contrastadas con los datos aportados por los familiares, así como por los médicos del Departamento de Regulación Humoral.

Al comienzo de la hemodiálisis, son frecuentes las reacciones angustiosas o de ansiedad, pero a medida que pasa el tiempo la respuesta más frecuente es la tristeza y abatimiento. Este síndrome depresivo tiene las características de los desarrollos psicorreactivos, con unas motivaciones comprensibles y con los que fácilmente se empatiza.

La biografía y la situación familiar de los enfermos juegan un papel importante en la adaptación y en la respuesta anímica que presentan durante el tratamiento de diálisis.

Uno de nuestros pacientes, G.G.P., de 69 años, casado, sin hijos, jubilado, sin más parientes que su mujer, sin relaciones personales en Madrid, encuentra en el Hospital cuando viene a dializarse una serie de compensaciones afectivas, de trato cordial con médicos, enfermeras y compañeros, de las que carece en su vida extrahospitalaria.

En contraposición, otro enfermo, J.S.M., de 21 años, que tuvo una grave y brusca insuficiencia renal durante el servicio militar y que empezó a dializarse hace 4 meses en Madrid, tiene su casa y su familia en Palencia. La diálisis supone para él una pérdida casi total de relaciones familiares y de trato con amigos, en parte por sus necesarios desplazamientos, y en parte por las restricciones que su régimen de tratamiento le imponen. La alteración depresivo-angustiosa de este enfermo es muy intensa.

La interacción de estos factores biográficos y de situación familiar con los rasgos de la personalidad determina reacciones diversas.

Como ejemplo de estas distintas respuestas de adaptación, figura la de una enferma, E.R.B., de edad similar a la del caso anterior, con las mismas restricciones impuestas por el régimen, pero con otras circunstancias positivas que sirven de compensación, como es el tener a su familia en Madrid y aficiones que no se interfieren por la diálisis, así como una personalidad sumisa que se adapta con facilidad.

La actividad laboral y el nivel sociocultural tienen importancia en la respuesta afectiva de los enfermos en hemodiálisis. En un trabajo an-

terior, uno de nosotros pudo observar cómo los pacientes con profesiones altamente cualificadas toleran peor este tratamiento, tienen reacciones de pesadumbre y cuadros depresivos más intensos. ¿Se debe a que la selección que implica una profesión específica determina un horizonte y una expectativa de independencia, que se hace más intolerable cuando la libertad queda muy limitada por el tipo de vida a la que ha de supe- ditarse el enfermo en hemodiálisis? ¿Influyen otros mecanismos, como una visión más realista de las expectativas de vida que tienen?

Por otra parte, el que los enfermos tengan una ocupación es un factor muy positivo para mantener un buen nivel de estado de ánimo. Entre nuestros enfermos varones sólo uno de ellos, S.G.T., de 36 años, casado y con ocho años de diálisis, tiene un trabajo de cierta regularidad vendiendo libros; precisamente este enfermo es el que mantiene un estado de ánimo más compensado y equilibrado de todos ellos.

En cuanto a las mujeres, tres de ellas realizan diariamente las labores de su casa y su estado de ánimo puede calificarse como satisfactorio. Otra de ellas, E.R.B., joven y soltera, vive con su familia; no realiza ningún trabajo sistemático, pero tiene aficiones artísticas, pinta y mantiene una vida de relación social activa; también su estado de ánimo es adecuado. Finalmente, S.S.F., que lleva 4 meses de diálisis, tiene un cuadro depresivo que comenzó hace 14 años y que ha evolucionado fásicamente; no realiza actualmente ninguna actividad laboral ni doméstica.

Algunos de los síndromes depresivos de estos pacientes alcanza una intensidad y una duración desproporcionada con respecto al motivo que los ha desencadenado. En otros casos, se produce una mutación cualitativa en el sentimiento depresivo que forma la base del cuadro clínico; la tristeza se independiza de las circunstancias que la han motivado y adquiere autonomía, se corporaliza, tomando así las características de los sentimientos vitales, cualitativamente distintos de los sentimientos psíquicos o reactivos. De esta manera, los cuadros clínicos se transforman en depresiones endosituativas o endovienciales, al vitalizarse los sentimientos que las sustentan.

Entre nuestros casos, destaca el de J.S.M., que ya hemos citado anteriormente, y que representa un ejemplo característico de los síndromes mencionados en el párrafo anterior.

Pero no todos los cuadros depresivos son de naturaleza psicorreactiva o de naturaleza vital. Con alguna frecuencia, hemos podido observar enfermos con manifestaciones de tristeza, pesimismo y desánimo, que además se mostraban quejumbrosos, con un desmadejamiento irrita-

ble e hipersensibilidad a los estímulos sensoriales; también destacaba en estos pacientes la labilidad de su estado de ánimo y una cierta perplejidad, probablemente como expresión de dificultades en su memoria de evocación. Esta descripción corresponde al cuadro clínico denominado «estado de debilidad hiperestésico-emotivo», que es una de las manifestaciones del síndrome exógeno o reacción exógena de Bohnoeffer. Empleando otra terminología, estas manifestaciones depresivas pueden considerarse como psicodrome de transición afectivos.

En el grupo actual de enfermos, solamente 1 caso (A.M.C.) de 69 años, que llevaba 1 mes de diálisis, coincidiendo con un proceso febril, presentó un cuadro depresivo con frecuentes oscilaciones en su estado de ánimo y con irritabilidad y numerosas quejas corporales; mejoró paralelamente a la remisión de su cuadro febril. Este caso es un ejemplo típico de psicodrome afectivo.

Sólo 2 de nuestros enfermos, J.P.F. y I.A.S., se muestran bien adaptados y sin ninguna alteración depresiva de su estado de ánimo. El test de Rorschach confirma esta observación clínica.

En muchos de nuestros enfermos, las manifestaciones depresivas se imbrican con mecanismos de defensa, de manera que sobre su estado de ánimo depresivo muestran un especial retraimiento, un empobrecimiento en sus expresiones y, en su lenguaje, un alejamiento y un desinterés por el mundo que les rodea. Esta tendencia a la desconexión del mundo en el que viven no es simplemente una manifestación depresiva, sino que es utilizada también como una barrera de protección.

La aparición conjunta de los signos de depresión y de mecanismos de defensa es aún más evidente en el test de Rorschach; aquí es característico este cuadro de retraimiento, muy difícil de explicar exclusivamente como mecanismo de defensa o como rasgo depresivo; se encuentra en la mayoría de nuestros enfermos y más ostensiblemente se aprecia en tres de ellos: E.L.C., C.C.P. y E.R.D. Así, se observa una clara disminución del número total de respuestas, disminución e incluso ausencia total de respuestas de contenido humano, con el correlativo aumento de respuestas de contenido animal, estereotipia de contenido que coincide con la de expresiones; incluso aparición de contenidos referentes al mundo vegetal.

En otros enfermos aparecen distintos recursos defensivos aislados o mezclados con los anteriormente citados. Algunos enfermos se muestran adaptados en la entrevista y no manifiestan ninguna queja en relación con las muchas limitaciones y sufrimientos derivados de este tratamiento; su estado de ánimo lo describen como normal; no suelen referirse al futuro incierto

que condiciona su enfermedad. Paralelamente, en el test de Rorschach se refleja una «hiperadaptación» representada por el aumento de respuestas vulgares y contenidos habituales.

Sin embargo, al analizar más detenidamente los datos del test puede encontrarse una ruptura de esa aparente normalidad; así en el caso de E.R.B. que sigue en las seis primeras láminas un esquema de respuesta semejante, equilibrado, equivalente a su conducta en la entrevista: paciente, tranquila, sonriente. Pero ante el estímulo afectivo representado por las láminas de color, el cuadro se altera: aumenta el tiempo de reacción y de respuesta, vacila, interroga; se ha hundido su aparente equilibrio.

En otros pacientes hay fracasos en láminas significativas, fuertes choques al color y al rojo, respuestas anatómicas referidas a pelvis, riñones, sangre, etc. Estos datos permiten suponer lo precario de los mecanismos de adaptación de muchos de estos enfermos que fácilmente pueden venirse abajo en determinadas circunstancias.

Tal suposición se confirma en la clínica cuando alguno de estos enfermos vive un acontecimiento traumático que le acerca a la realidad, que habitualmente se ocultan a sí mismos mediante la negación. Por ejemplo, cuando alguno de sus compañeros fallece o cuando una exploración psicológica inadecuada saca a relucir imágenes que hacen más viva la proximidad de la muerte.

La frecuencia de las alteraciones de la afectividad en estos enfermos y la presencia constante en ellos de mecanismos psicológicos de defensa contra la angustia, por otra parte necesarios para mantener un adecuado equilibrio psíquico, aconseja tener en cuenta estas facetas en cualquier programa de hemodiálisis.

Resumen

Los enfermos tratados en programas de hemodiálisis se encuentran en una situación biológica y psicológica que determina en ellos con frecuencia manifestaciones psicopatológicas, especialmente de tipo depresivo y angustioso, así

como, en todos los casos, mecanismos psicológicos de adaptación y defensa.

La presente comunicación es el resultado del estudio mediante entrevistas clínicas y tests psicológicos de un grupo de enfermos sometidos a hemodiálisis.

Los síndromes depresivos que hemos observado corresponden a los tipos de depresión endosituativa, endovivencial o a psicosis de transición afectivos.

El mecanismo psicológico de adaptación más empleado es la negación, que se manifiesta frecuentemente como una paradójica hiperadaptación.

Hemos empleado fundamentalmente el test de Rorschach para estudiar estos mecanismos de defensa, su peculiar manifestación en cada enfermo y la fragilidad de dichos mecanismos.

En contra de otras opiniones, no pensamos que todas las formas de negación sean contra-productivas. Por el contrario, son en algunos casos necesarias para permitir una adecuada estabilidad emocional.

La actividad laboral es otro factor importante en el mantenimiento del equilibrio afectivo.

Bibliografía

- Carbonell Masiá, C.: Trastornos psiquiátricos de los enfermos en hemodiálisis periódica. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, Vol. VI, núm. 3, 4 y 6, 1978.
- Cramond, W. A.: The psychological problems of renal dialysis and transplantation. *The Modern Trends Series. Modern Trends in Psychosomatic Medicine 2*, págs. 278-297. Edited by Oscar W. Hill, Appleton Century-Crofts.
- Cramond, W. A.: Psychotherapy of the dying patient. *Brit. Med. J.* Vol. 3, págs. 389-393, 15 August 1970.
- Cramond, W. A.; Knight, P. R., and Lawrence, J. R.: The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic haemodialysis and renal homotransplantation. *British J. Psychiat.* 113, 1021-1212, 1967.
- Cramond, W. A., and Knight, P. R.: Psychological aspects of management of chronic renal failure. *Brit. Med. J.* Vol. 1, págs. 539, n.º 5591, 1968.
- Shea, S. J.; Bogdan, D. F.; Freeman, R. B., and Schreiner, G. E.: Haemodialysis for chronic renal failure, IV, Psychological Considerations. *Ann. Inter. Med.*, 1965.
- Wright, R. G.; Sand, P., and Livingstone, G.: Psychological stress during haemodialysis for chronic renal failure. *Ann. Inter. Med.* 64, pág. 611, 1968.