

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Vicente Pérez Balseiro

ENFOQUE CONDUCTUAL DEL ENFERMO CON I.R.C. (Previo a su entrada en programa de HD)

Se realiza una revisión de los estudios del enfermo con I.R.C. desde el punto de vista no conductual en el que puede constatarse la existencia de escasos estudios sobre la problemática psicosocial de este tipo de enfermos, adjetivando las consecuencias pero no buscando los motivos. Como inicio de una posible alternativa a estos estudios se realiza un análisis funcional que intenta buscar el por qué de algunas conductas típicas de este tipo de pacientes. Con la consecución del análisis funcional estaremos en disposición de establecer unas pautas de actuación que permita una mejor adaptación del enfermo a su nueva situación.

ENFOQUES NO CONDUCTUALES

Desde la primera mitad de este siglo empezó a tratarse el FRA (fracaso renal agudo) como una enfermedad susceptible de ser controlada con métodos artificiales. El perfeccionamiento de éstos ha llevado a tratar la I.R.C. con notables éxitos. Estos progresos han posibilitado el mantener con vida a estas personas durante muchos años, con unas características peculiares tanto físicas como de su entorno y su régimen de vida, lo que hace considerarles como enfermos crónicos con la carga cultural que estos dos términos <enfermo> y <crónico> conlleva, para ellos y la sociedad.

Las actuaciones en estos enfermos, desde el punto de vista no médico, han sido hechas la mayoría por profesionales no psicólogos, los cuales, al no disponer de ellos de técnicas psicológicas, recurren constantemente a otros tratamientos de escasos resultados, por lo que más adelante propondremos algunas alternativas para atender a estos pacientes.

Los grandes cambios que se producen en el enfermo renal crónico (físicos, sociales, familiares, etc.) hacen que la actividad social de los mismos disminuya, siendo más notable en personas trabajadoras que lleven una vida activa fuera de casa, sean hombres o mujeres, que en personas cuya vida está centrada de forma rutinaria en labores domésticas.

Muchos enfermos y profesionales achacan su depresión y apatía a problemas de cansancio, sed, cefaleas y alteraciones gástricas y óseas. Al principio de la entrada en programa hay ansiedad, depresión, y negación de la enfermedad, que en parte queda paliado por la mejora que el enfermo experimenta en la calidad de vida, una vez que empieza a dializarse respecto de los días previos a la primera diálisis y en parte también por la posibilidad que tienen algunos de ser trasplantados, aunque no a todos se les pueda trasplantar ni a todos los trasplantados les vaya bien.

PUNTO DE VISTA CONDUCTUAL

Aunque el enfermo renal tiene unas claras características diferenciadoras respecto de otras personas y por ello debería ser objeto de estudio por parte de la Psicología Científica, ésta ha permanecido al margen del estudio por dos causas fundamentales y muy difíciles en la actualidad de salvar. Por un lado está el hecho de la inexistencia de Psicólogos en el hospital y por otro, caso de haberlos, han sido siempre un instrumento en manos del Psiquiatra, quien ha sido inexcusablemente el que tomaba la última decisión.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA I.R.C.

La I.R.C. es la enfermedad a la que se llega por múltiples causas, bien sean congénitas o adquiridas (traumatismos, hipertensión, medicamentos, etc.) No se extenderé en este punto de la etiología pues escapa de la finalidad de este artículo y hay suficiente bibliografía y experiencia profesional para que se sepan esas causas. A esta situación suele llegarse tras un deterioro

progresivo que requiere revisiones periódicas en ambulatorio u hospital o bien por un fracaso renal agudo que precisa hospitalización.

Cada uno de estos procesos, agudización y cronicidad, tienen características diferenciales que convienen estudiar por separado.

El proceso de agudización o fase previa a la cronicidad tiene como respuesta, problema fundamental, el deterioro físico de la función renal. Sea cual sea la causa por la que se llega a la cronicidad, todo pasa por la anulación renal. Así pues Respuesta Incondicionada (R.I.) sería la anulación de la función renal. A esta anulación se llega por múltiples causas como expuse anteriormente, las cuales podrían considerarse Estímulo Incondicionado (E.I.), siendo su R.I. el cese de la función renal.

Según va perdiendo el riñón sus propiedades funcionales la persona se va encontrando paulatinamente peor físicamente. La sintomatología es variada, calambres, mareos, vómitos, cefaleas, cansancio, dolores generalizados, etc. Todo esto en parte se palia por la medicación que se les da, y también hay que decir que no todos los enfermos tienen porqué presentar síntomas. También el hecho de acudir al médico de forma periódica y las constantes analíticas y revisiones y el saber que está abocado a la I.R.C. es algo negativo para la persona. Todos estos síntomas podemos considerarlos funcionalmente como estimulación consecuenta aversiva (C-) Según esto, podemos decir que la persona soporta una estimulación aversiva periódica, de intensidad, duración y frecuencia variable, que incluso puede ir en aumento a medida que el deterioro renal avanza, sobre todo el cansancio físico.

Esta estimulación aversiva intermitente produce en el organismo un estado de alerta que provoca la activación tanto del sistema nervioso simpático (respuestas fisiológicas) como del S.N.C., bajando por ello el umbral de percepción del dolor, el cansancio, los calambres, etc.

Existen también una serie de condiciones o variables del organismo que suelen darse con frecuencia en estos pacientes que influyen en su estado físico y psicológico, como por ejemplo su estado de nutrición, su posible o casi segura anemia u otras patologías añadidas.

Es importante también señalar la gran influencia que los estímulos ambientales tienen en la persona. Desde el primer momento en el que el paciente empieza a ser tratado todas las revisiones y tratamientos son llevados a cabo por un médico especialista y generalmente en un hospital, siendo éstos, por sus singulares características y su asociación a situaciones peligrosas, un factor muy importante y un auténtico E.C. (estímulo condicionado) para las respuestas de alerta que se dan también en esta situación.

La consulta se realiza en un local donde se encuentran otros enfermos, cada uno con sus características y sus patologías y todos ellos con ganas de contar sus problemas a otros enfermos y familiares con lo que se mantiene el valor aversivo (ED-) estímulo discriminado negativo que ya de por sí tiene la consulta. Esto provoca un mantenimiento del estado de alerta.

También hay que considerar las expectativas negativas de peligro (ED-) que se producen a medida que el deterioro funcional renal avanza pues el enfermo se va encontrando paulatinamente peor en su estado general. Estas expectativas negativas son un elemento más de activación del estado de alerta.

La propia persona genera también (ED-) lo cual dispara el estado de alerta. Esto sucede cuando el enfermo se da cada vez más cuenta de que su actividad habitual no va a poder desarrollarla como él desea, sobre todo determinados trabajos y mucho peor si la manutención de su familia depende de él, pues algunos deban dejar de trabajar, con el perjuicio económico que supone.

La continua estimulación aversiva a que se ve sometido el paciente junto a los (ED-) y las expectativas negativas, hacen que se desencadene y mantenga la activación del estado de alerta, dando lugar a un organismo sobreactivado.

El aviso al paciente del inminente ingreso en la sala de Agudos o Crónicos de su primera HD genera o puede generar dos reacciones totalmente opuestas una de otra.

- Para algunas personas supone la inminente mejora de su estado general, el cual se ha ido deteriorando paulatinamente y con sus primeras HD mejora, y aunque estas expectativas de refuerzo pueden tener como resultado un descenso del estado de alerta, esto no palia el hecho de la definitiva entrada en programa con la carga negativa que arrastra.

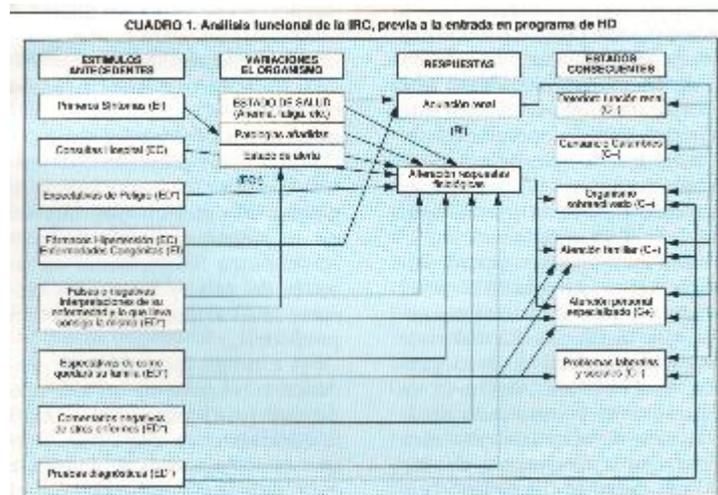
- Otros sujetos, por el contrario, y sobre todo si el desenlace ha sido muy brusco, muestran una sobreactivación permanente y la anticipación de la estimulación aversiva (ED-) lleva a afrontar el comienzo de las primeras diálisis con una mayor activación de respuestas fisiológicas y motoras. (Es muy frecuente en estas situaciones la agitación del enfermo, con continuo movimiento de piernas e incluso sudoración y tensión algo más elevada de lo normal y la respuesta automática del personal que le atiende con frases como <tranquilo que esto no es nada>, o <relájese que está muy nervioso>)

La sala de HD o la habitación de la unidad de Agudos donde se realiza la primer HD, supone un gran cambio, para muchos, respecto de la habituación habitual de un hospital y mucho más respecto de las habitaciones de su domicilio.

Estas habitaciones tienen para muchas personas propiedades aversivas (EC-), por lo que estar en ellas y ver todo el aparataje que encierran desencadena normalmente una disminución del estado de alerta (RC), Respuesta Condicionada, anticipa el bienestar posterior a la HD.

También hay que considerar el papel del personal profesional que atiende en esos momentos al enfermo, ya que las recomendaciones previas sobre lo que se le va a hacer y cómo actuar en algunos momentos para que el enfermo lo pase mejor y el estar pendiente de él, dándole ánimos, tiene efectos beneficiosos sobre el estado de alerta y la colaboración que el enfermo puede prestar.

Ante todas estas situaciones y gracias al análisis funcional realizado (Cuadro 1), podemos delimitar qué variables controlan estos procesos y por ello sabremos en qué puntos debemos actuar.



1. Respecto a las variables del organismo, la actuación será encaminada a optimizar el estado general del organismo.
2. La actuación en la estimulación consecuente tendrá como objetivo que el enfermo conozca todo lo que habitualmente suele pasar en estas situaciones, especificando y aclarando, cuantas veces sean necesarias, que no a todas las personas les pasa, ni por supuesto tiene por qué pasarle a él.
3. Enseñar a controlar el exceso de activación que en algunas ocasiones se produce.
4. Hacer control de estímulos y/o detención del pensamiento, poniendo especial cuidado en eliminar las expectativas negativas sobre el proceso y el resultado de su enfermedad,

enseñándole la cantidad de cosas buenas que puede hacer y puede tener en adelante y las actividades que podrá realizar.

5. Minimizar la estimulación aversiva que la práctica médica y de enfermería tiene, haciendo que sean los menos agresivos posibles tanto las físicas sobre el enfermo, como del medio donde se encuentra, descondicionando la estimulación ambiental que provoca respuestas de alerta y temor.

6. Como el enfermo piensa que eso ya es el principio del fin de pocas cosas o ninguna encuentra reforzante, por lo que para suplir esa ausencia de estimulación reforzante, es fundamental, además de que se encuentra un buen ambiente en el servicio donde se dializa, el proveerle de un amplio repertorio de auto refuerzos.

Para lograr los objetivos anteriormente mencionados, podemos seleccionar técnicas y procedimientos que nos ayuden a lograrlos.

A. Para optimizar el estado general del organismo, la actuación del nefrólogo en los momentos iniciales es fundamental. Evidentemente esto es imposible en un punto, el deterioro de la función renal, pero si puede hacerse que los problemas añadidos a ese deterioro desaparezcan casi totalmente y circunscribir la importancia el problema único y exclusivamente a la función renal, actuando sobre ella para prolongar el mayor tiempo posible la entrada en programa con un buen tratamiento nefrológico.

B. La relajación en alguno de estos enfermos es algo casi tan fundamental como un buen tratamiento médico, ya que son bastante frecuentes las situaciones en las que se necesita un nivel de activación bajo.

C. Para algunos enfermos sería conveniente, la realización de una Desensibilización Sistemática que le ayude en determinados momentos, pues hay personas que lo han pasado tan mal o piensan que lo van a pasar tan mal que en ocasiones se descontrolan totalmente.

D. Como he dicho anteriormente, conviene hacer entrenamiento en Autoinstrucciones para que haga verbalizaciones tranquilizadoras y de ánimo en las distintas situaciones importantes para la persona. Esto puede suplir la falta de refuerzos provenientes de personas cercanas o del personal especializado que le atiende.

Las fases pues serían las siguientes:

1. FASE EDUCATIVA

Se facilita información sobre su enfermedad y sobre las conductas que debe seguir en cada una de las situaciones. Además de informar, hay que discutir y resolver todas las dudas e interpretaciones erróneas que pueda tener y que vayan surgiendo.

2. FASE DE APRENDIZAJE

Se adquiere los patrones de respuestas necesarias, para afrontar las situaciones conflictivas o de eliminación de conductas que interfieren. En concreto, se enseñará relajación, técnicas respiratorias, control de estímulos, entrenamiento autoinstruccional y desensibilización sistemática.

3. FASE EJECUTIVA

En esta fase se pone en práctica lo aprendido. Ensayo cognitivo y conductual. Esta fase está estrechamente ligada a la anterior. Además convendría que el personal que atiende al enfermo estuviese al corriente de todas esas técnicas e informado de cuáles de todas ellas se está poniendo en práctica con cada enfermo.

Parte fundamental en todo este entramado es la familia, ya que es ella quien tiene que estar continuamente con el enfermo y quien tendrá que recibir las quejas, preocupaciones, y enfados y por ello, a la familia debería dotársela de la información necesaria sobre el problema de su familiar y de las técnicas o métodos de ayuda mejor al enfermo para que se adapte de la manera menos traumática para él.

Por último cabe señalar que aunque este artículo pueda expresar una visión demasiado negativa del enfermo renal, esta problemática es aplicable a un grupo reducido de ellos, pues un porcentaje bastante elevado se adapta sin grandes problemas a su nueva situación.

DEPRESIÓN EN EL ENFERMO CON I.R.C.

Es sabido de todo los profesionales que están más o menos en contacto con estos enfermos, que suelen mostrar conductas depresivas, abatimiento, lloros, dejan de hacer cosas que antes hacían, llegando incluso algunos al aislamiento social. Este fenómeno tiene para algunos cierta base física buscando en el laboratorio la explicación al fenómeno, mientras que otros buscan esta explicación en el fondo de una personalidad ya predispuesta aunque <no hubiese caído enfermo del riñón>. Otros estudios ya más cercanos que tienden a buscar causas situacionales apuntan la idea de ausencia de apoyo social, trabajo o algunas otras causas.

Dado que estos enfermos no han sido vistos y tratados por psicólogos, el tratamiento casi siempre ha ido acompañado de técnicas psicológicas e incluso de ingreso en los casos, para ellos, más graves.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL I.R.C. EN PROGRAMA DE HD

Las conductas depresivas, no me atrevo a llamarlo depresión, que se dan en estos pacientes, si no en todos sí en la mayoría, están estrechamente ligadas a la entrada del enfermo en programa de HD y lo que todo ello conlleva. Tras las primeras diálisis en las cuales el enfermo se va encontrando paulatinamente mejor, pasa esa <luna de miel> y se da cuenta de la realidad que le esperará, que no es otra que su permanente dependencia de la máquina si quiere seguir viviendo, o la posibilidad de un trasplante renal si puede recibirlo y le llega alguna vez.

Un modelo que nos podría servir de referencia para explicar el proceso que se da en estos sujetos es la Teoría Conductual o de aprendizaje social de la depresión de Lewinson. Según él, la depresión es el resultado de la reducción de reforzamiento contingente a las respuestas del sujeto; es decir, la disminución de sucesos cosas agradables, gratificantes, que siguen a una conducta o respuesta. Así la presencia o ausencia de sucesos reforzantes son el principal motivo del inicio y mantenimiento de la depresión. Para Lewinson la obtención de poco reforzamiento o excesivo castigo es causa y origen de la depresión.

El que la respuesta tenga baja tasa de reforzamiento positivo (que se vea poco reforzada, poco recompensada) de forma contingente puede ser:

- Porque el acontecimiento contingente a la conducta no sea reforzante por haber perdido efectividad como reforzante o por no haberlo sido nunca (sucesos, cosas, situaciones, etc. que antes nos agradaban, ahora dejan de hacerlo incluso no lo hicieron nunca).
- Por falta de disponibilidad de los acontecimientos reforzantes (lo que esperamos que suceda después de una conducta no sucede por no estar al alcance en ese momento).
- Por falta de habilidades del sujeto para conseguir reforzadores que sí existen en el entorno.

Si la estimulación aversiva ocurre en una tasa alta (sucede muy a menudo), o el individuo tiene una sensibilidad elevada a los estímulos aversivos, o no tiene habilidades para enfrentarse y eliminar los acontecimientos aversivos, también existe en estos casos la posibilidad de la depresión o de conductas depresivas.

Según estos principios, describiré la nueva situación que se le plantea al enfermo que ingresa en un programa de HD, tanto en sus cambios físicos, como en su modo de vida, y buscar los elementos aversivos que puedan producirse.

Los cambios físicos que se producen en el paciente no sólo son de mal funcionamiento o nulo funcionamiento del riñón sino que otros trastornos se añaden a esta patología a lo largo del tiempo. Anemia, cambios frecuentes en la tensión arterial, cambios hormonales, problemas sexuales, respiratorios, cambios de coloración de la piel, V.A.V. en el brazo (varias de ellas a lo largo de su vida en HD), dolencias oseoarticulares, etc., son algunos de los problemas más

frecuentes en ellos, que les obliga unas veces a realizar ocupaciones que nunca habían tenido, o a dejar de hacer algunas de las que había venido practicando toda la vida. Si los cambios son lentos, es más fácil que se adapte a la nueva situación, pero cuando estos cambios son muy bruscos son una condición muy propicia para provocar un estado de tensión elevado.

Este cambio de vida se centra, pues, en dos puntos fundamentales, pero con evidente repercusión en el resto de la actividad del paciente. Por un lado se produce un reajuste o mejor un desajuste del organismo el paciente y por otro se produce un cambio en el modo de vida.

Los cambios físicos son muy importantes y amplios como para extenderme en este artículo y son de competencia médica, pero sí podemos decir que algunos de ellos pueden suponerle la muerte en poco tiempo. Uno de los cambios físicos que más marca al paciente y que le hace estar más pendiente de su enfermedad es la falta de orina que le obliga a tener que beber e forma controlada para no tener problemas posteriores, siendo especialmente difícil en ocasiones el control de la ingesta.

Algunos de estos problemas son fundamentalmente tan relevantes como para que aparezcan <conductas depresivas>. El reajuste fisiológico, la anemia, el salir cansado de la diálisis por problemas durante la misma o simplemente por el cambio analítico y de peso en la misma, pueden ser responsables de que el enfermo experimente con frecuencia una elevada fatiga. Las frecuentes molestias físicas tanto por las exploraciones a que son sometidos en ocasiones, como los problemas durante la HD, los cambios en el organismo, enfermedades frecuentes que padecen, el descontento por los cambios que ven experimentar en su cuerpo, sobre todo la F.A.V., son elementos los suficientemente aversivos como para generar una respuesta de alerta que hará aumentar la sensibilidad a la estimulación aversiva.

Estos problemas físicos, traerán como consecuencia, en muchos de los enfermos, la restricción de actividades personales y de relaciones interpersonales.

Actualmente, al enfermo renal se le permite comer casi e todo, pero hace muy pocos años tenía importantes restricciones en la dieta. Hoy día las restricciones se refieren a la ingesta de líquidos y a no comer alimentos ricos en Potasio.

El estado de cansancio proveniente de la anemia y lo mal que pasan la HD algunas veces, junto con los periodos prolongados de insomnio que suelen tener, aumenta la sensación de cansancio durante el día. El pasa visita el medico cada día de diálisis hace que muchos enfermos estén pendientes de su propio cuerpo para buscarse síntomas que decir al médico o al personal que le atiende, aumentándose así el estado de alerta para buscar indicios o señales de malestar (a veces se ponen excesiva ropa de abrigo, piden pastillas para dormir aunque no las necesiten, se controlan la temperatura aunque no tengan síntomas, etc.). Este estado de alerta entorpece la adecuada adaptación a su nueva situación. Estas respuestas de evitación activan más el estado de alerta (quieren evitar encontrarse mal y se vigilan más a sí mismos).

Laboralmente, a muchos de estos enfermos se les <invita>, por parte de la empresa a que dejen de trabajar ya que faltan demasiado al trabajo por sus sesiones de diálisis, con la pérdida de este importante reforzador para las personas, y si se les mantienen en el trabajo no todos conservan el mismo puesto.

Los ingresos hospitalarios repetidos o el malestar frecuente o los pequeños problemas que suelen tener, hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades que tenían, con la importancia que puede tener para estas personas el perder estos reforzadores, pues acaban circunscribiéndose a la familia muchos de ellos casi de forma exclusiva, pues debido a la disminución de relaciones interpersonales y de actividades reforzantes fuera del domicilio, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal de la sala de HD donde se dializa.

Con los cambios laborales y de régimen de vida, la comunicación y toma de decisiones, la planificación del tiempo libre y las relaciones familiares se ven afectadas. El cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy

especial, lo cual provoca en muchos de estos pacientes frecuentes visitas al especialista por problemas de impotencia.

Si la persona enferma es la mujer trabajadora, en la familia los problemas suelen ser si cabe más importantes ya que a ella están encomendadas tradicionalmente tareas domésticas que a partir de este momento hay que volver a plantearse al menos durante un tiempo, lo cual genera en ella malestar, pues el sentirse inútil y no poder atender al marido o la familia produce en ella un auténtico estado de inutilidad. La disminución de las acciones que habitualmente desarrollaba debido al tiempo que pasa en la diálisis, ingresos en el hospital de forma frecuente, descansos durante el día después de llegar de la sesión, etc., altera la relación que mantenía en casa con el marido al disminuir la atención que le dispensaba, pues es ahora ella quien las reclama, o viceversa si es el marido el enfermo. Todo esto puede experimentarse como abandono por parte del sano y pérdida de la importancia que tenía, según él, lo que desencadenará quejas y alejamiento de la relación.

El cambio en el modo de vida cotidiano, unido a la disminución de actividades reforzantes realizadas de forma conjunta por la pareja o la familia fuera de casa (contacto con amistades, ocio, etc.) también es importante por la disminución de reforzamiento, incidiendo de forma negativa en la cohesión de la familia, ya que la relación de la familia y muy especialmente de la pareja, tiene en el intercambio de reforzadores y en la realización de acciones conjuntas reforzantes uno de sus mayores pilares.

Las alteraciones en el área de las relaciones sexuales no sólo representan una privación más de reforzamiento mutuo, sino que además ésta situación puede verse agravada si el enfermo, por su estado de fatiga, malestar, ingresos frecuentes, etc., no responde a las solicitudes que su pareja le puede hacer en este terreno pues a la pérdida de reforzamiento puede seguirle la emisión de insistencias o quejas (castigo).

En parejas jóvenes, un elemento importante de la relación es la atracción física, ya que el paulatino deterioro físico, mal olor de aliento, cambio de coloración de la piel, F.A.V., problemas en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden dificultar su atracción y esa funcionalidad evidente que tiene en la relación de pareja se pierde por el deterioro físico y el enfermo puede perder atracción, pérdida que se puede acentuar debido al abandono del cuidado personal, caso de que se produzca (lo cual no es infrecuente).

Con el paso del tiempo puede haber muchos cambios en el modo de vida de la pareja o de la familia, surgiendo situaciones que pueden propiciar la aparición de discrepancias en la toma de decisiones, frecuentes disputas sobre cómo debe cuidarse la persona enferma, ya que a menudo existe una sobreprotección hacia el enfermo especialmente si es el marido y de una edad media alta. También a veces aparecen discrepancias a la hora de redistribuir las tareas domésticas de las que se tiene que ocupar cada uno siendo aquí frecuentes los pensamientos negativos sobre sí mismo que tiene la persona enferma como consecuencia de su enfermedad. Estas discrepancias generan a veces discusiones que son fuente de intercambio de estimulación aversiva que incidirá de forma negativa en la relación.

DETERMINANTES

A mi modo de ver, la <depresión> o conductas depresivas que muestran algunos de estos pacientes pueden considerarse el resultado de un proceso fundamentalmente operante que se produce tras la <luna de miel> de las primeras diálisis, fundamentalmente, cuando el enfermo empieza a darse cuenta de su deterioro paulatino o el estancamiento en su evolución, dándose la situación del enfermo debilitado, con un reajuste fisiológico posterior importante. Carezco de datos para decir si hay o no factores hormonales que faciliten la inestabilidad.

En el paciente se producen de manera frecuente estímulos aversivos derivados de su patología o de sus sesiones de hemodiálisis (calambres, vómitos, mareos, etc.) que contribuyen a debilitar más el organismo y a general un estado de alerta. Hay que tener en cuenta que a estos

pacientes se les quita del orden de 2,5 Kg. Por diálisis cada dos días, con lo que se pone un reajuste corporal constante.

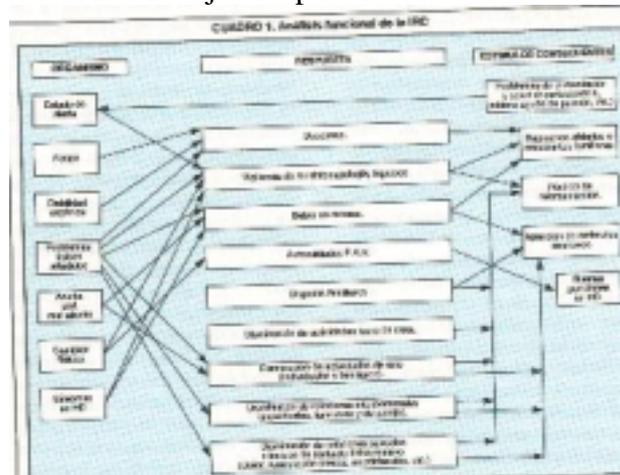
Si el tener la atención centrada en su problema, desencadenando un estado de alerta persistente y la alteración del sueño es una constante en la mayoría de estos enfermos, hay algo que es fundamental para entender el hecho de que muchos de ellos en ocasiones no hagan ni cumplan las recomendaciones que se les da. Se dan cuenta de que todo lo que se les hace no es para que se pongan bien, pues esto es imposible, aunque se haga para que se encuentren mejor, pero eso a ellos no les satisface, ya que a pesar de eso tienen que seguir acudiendo a sesión, por eso muchas veces, a las recomendaciones de no beber mucho líquido o no comer determinados alimentos o hacer o no hacer determinadas actividades, no contestan que por lo menos quieren vivir lo que les quede de vida satisfaciendo determinados <vicios>, pues están cansados de no poder hacer muchas cosas que antes sí podían y el no poder hacer frente a algunos problemas les ocasiona gran malestar e incluso discusiones con la familia.

Ya he dicho anteriormente que la disminución de contactos entre la pareja o entre la familia, incluyendo relaciones sexuales, la disminución del contacto social, el distanciamiento de algunos o todos los miembros de la familia, la pérdida de atracción física o incluso el desagrado para el sano de algunas cosas del enfermo (continuas molestias físicas, olores...) es una fuente importante de reducción de reforzamiento.

Existe un elemento reforzador muy importante y es la esperanza que la mayoría tiene depositada en el posible trasplante. Éste no llega a todos, y de los puestos no a todos les va bien, lo cual puede ser todavía más angustiante, ya que realizan conductas de autocuidados encaminadas no sólo a pasar mejor la diálisis y mejorar su estado de salud, sino a estar en las mejores condiciones para recibir el riñón y el hecho de que a estas conductas les siga una consecuencia en principio buena, pero que se vuelve luego aversiva, acaba siendo muy perjudicial para la estabilidad emocional de la persona, pues ven que hacen lo que hacen no reciben la consecuencia esperaban. De este modo el enfermo se ve realizando prioritariamente conductas que o bien son castigadas o al menos no son reforzadas con el problema añadido de que restringe la emisión e otras conductas que anteriormente eran reforzadas. Evidentemente un hecho muy importante en todo este proceso es la estimulación proveniente de su organismo, que fundamentalmente es una estimulación aversiva.

Esta exposición de hechos puede hacernos comprender que es fácil que surjan cefaleas, pérdida de apetito, sed en exceso, llantos, cansancio, malestar físico, fuerte ansiedad por su estado de salud, sentimientos de pesimismo, de inseguridad, irritabilidad, inapetencia sexual, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave deseos de morir (se han constatado bastantes casos de suicidio entre estos enfermos).

Según el análisis funcional expuesto (Cuadro 2), psicológicamente podemos actuar en algunos puntos que podrían favorecer la mejor adaptación del enfermo a su nueva situación.



En la parte izquierda del cuadro podemos actuar intentando lograr un rápido reajuste corporal, disminuyendo la activación del organismo y la fatiga aunque esta fatiga muchas veces es por anemia y consecuencia también de la diálisis.

Buscaremos la máxima efectividad en el tratamiento encaminado al control de alimentos y de la sed. También es importante mantener los aspectos reforzantes de la relación tanto de la pareja como de la familia y procuraremos reducir la pérdida de reforzamiento social.

Contrarrestar el debilitamiento y la anemia es algo que depende de la medicina, así como la prevención de las complicaciones físicas propias de la enfermedad y de las sesiones de HD, pero conseguir que el tiempo de sueño sea suficiente y aprovechado y mantener un bajo estado alerta sí es campo de actuación de la psicología.

Hay que lograr la adquisición de conductas implicadas en los autocuidados y habilidades que ayuden a la persona a hacer frente a los problemas que surjan respecto a su salud, reduciendo así el impacto de la estimulación aversiva y el estado de alerta que provoca la aparición de problemas. Deberemos organizar actividades y la posibilidad de compartirlas para que el sujeto encuentre el mayor número de reforzadores posibles tanto en la familia como fuera de casa.

Dotar a la familia o mejor a la pareja de las habilidades necesarias para resolver de modo conjunto los problemas que planea y planteará la situación, favoreciendo el sistema de comunicación para resolver las discrepancias sin que sea necesario recurrir a la estimulación aversiva.

Si el enfermo no puede salir de casa por periodos más o menos largos tendrá que mantener contacto con el exterior para no perder los reforzadores sociales de que disponía aumentando las llamadas telefónicas, invitaciones a los amigos para merendar o cenar con ellos en su casa, etc. Esto tiene el inconveniente de necesitar más dinero para mantenerlo, siendo para muchos de ellos más difícil pues deben cambiar de trabajo o cobrar la incapacidad laboral absoluta.

Habrá que conseguir que el sano y el resto de la familia dispensen reforzadores al enfermo, sobre todo en los momentos más delicados y que sea mínima la estimulación aversiva, haciendo también que el enfermo tenga alta tasa de refuerzos hacia el sano y se establezca un buen sistema de comunicación y de resolución de problemas en la pareja y si se puede en la familia.

Habrá que dotar al enfermo de un amplio repertorio de autorrefuerzos y entrenarle para que los utilice. Éste quizá es uno de los puntos clave de toda esta terapia y uno de los más difíciles de conseguir.

Para cubrir todo estos objetivos podemos seguir las siguientes indicaciones:

Para el debilitamiento y cansancio físico, el tratamiento será médico, aunque nosotros podemos actuar organizando el descanso y enseñando a dormir, y actuaremos directamente sobre el insomnio (con relajación muscular al intentar dormir y que no duerman en la diálisis).

Hacer ejercicio físico moderado que les mantenga en buena forma, para favorecer un buen tono muscular y circulatorio.

Suministrar información sobre alimentación adecuada, cuidado personal, etc., incidiendo en los alimentos no recomendables y enseñándoles a no beber en exceso, con control de estímulos y reorganización de la ingesta de líquidos.

Organización y dosificación de tareas y algo fundamental como es enseñarles relajación muscular para ponerla en práctica en los momentos claves, ayudándoles esto a disminuir el estado de alerta. También contribuye a disminuir el estado de alerta la información al enfermo y familiares de todo el proceso que va a ir experimentando el enfermo, entrenamiento en los cuidados de la F.A.V., manejo de los síntomas post-HD y estos mismos en su casa (mareos, picores, calambres...).

Estableceremos un buen intercambio de reforzamiento con un adecuado sistema de comunicación y de resolución de problemas, entrenando el incremento de refuerzos y la

comunicación efectiva así como la resolución de problemas. De esta forma podemos anticipar toma de decisiones que eviten la aparición de problemas y fortalezca la relación de la pareja. Habrá que programar también la recuperación y mantenimiento de reforzadores sociales sobre todo en los momentos importantes (patologías añadidas, ingresos, etc.), y entrenar el autorrefuerzo mediante el entrenamiento en autoinstrucciones.

Hay que tener en cuenta que esta patología renal es crónica y por lo tanto está sujeta a múltiples alteraciones en toda la vida del enfermo. Habrá momentos en los que tendremos que actuar por presentar unas conductas problemáticas importantes y otros casos nos permitirán actuar más bien para prevenir todas las conductas depresivas del sujeto. En la prevención será necesario tanto informar como entrenar, utilizar y ampliar técnicas que eviten males mayores.

Informar sobre su patología y la evolución que va experimentando, cambios físicos y motivos por los que se producen, cambios en el modo de vida del enfermo, la pareja y la familia en general, alimentación, higiene, salud y problemas más frecuentes que surgen y modo de afrontarlos. La información debe tener un buen feed-back por parte del informador, con discusión y resolución de dudas y conceptos erróneos que se forja el enfermo y la familia.

Las técnicas serán de ejercicio físico, entrenamiento en relajación muscular, planificación del descanso y sueño, organización de las tareas de la casa y fuera de ella y de actividades de interacción social, así como fortalecer la relación familiar y de pareja aumentando en este caso los reforzamientos, entrenando la comunicación y la resolución de problemas y haciendo entrenamiento en autoinstrucciones.

Para entrenar y aplicar estas técnicas se hará tanto en imaginación como ensayándolas en las situaciones concretas donde deberán aplicarse con posterioridad.

Toda esta exposición no es más que una mera orientación, con un fundamento teórico, sobre qué es lo que se debería hacer con este tipo de enfermos. Sólo falta una comprobación práctica que nos permita comprobar si estas técnicas son realmente efectivas o serían necesarias otras, pero lo que no merece discusión es la necesidad de que en una unidad de hemodiálisis o en un Servicio de Nefrología en general debería ser obligatorio el disponer de un psicólogo para ayudar a estos pacientes en los múltiples problemas que presentan.

Ver cuadro 3. Explicación de algunos términos

EXPLICACIÓN DE ALGUNOS TÉRMINOS

I.R.C. Insuficiencia renal Crónica,

F.R.A. Fracaso renal agudo

Análisis Funcional. Buscar qué elementos de una situación actúan como estímulos, como respuestas y como consecuencias, las relaciones entre todos ellos y las variables del organismo que puedan existir.

Estímulo-Persona. Animal, cosa, evento etc., que puede provocar una conducta que ante el la conducta, en el supuesto de que la persona la ejecute, tiene posibilidades de ser reforzada.

Estímulo Incondicionado (E.I.) Provoca una respuesta de modo innato, sin necesidad de aprendizaje.

Respuesta Incondicionada (R.I.) Es una respuesta producida por un E. I. La produce un estímulo o de modo innato, sin necesidad de aprendizaje.

Estímulo Condicionado (E.C.) Originariamente es un estímulo neutro, sin valor. Luego, por aprendizaje, por asociación con otros estímulos (E.I.), produce respuestas (R.C.)

Estímulo consecuente aversivo. Aparece tras una respuesta y es nocivo, molesto para la persona.

Respuesta Condicionada (R. C.) Es una respuesta aprendida. La produce un estímulo por aprendizaje.

Estímulo Discriminado negativo (E. D. -) En su presencia la respuesta no es reforzada, caso de efectuarla, e incluso si la ejecuta tiene una consecuencia negativa, aversiva.

Estímulo Discriminado positivo (E. D.+) Es un estímulo en cuya presencia la conducta es reforzada.

Control de estímulos. Con el control de estímulos se trata de crear situaciones, en las que la conducta positiva tenga grandes posibilidades de aparecer. A veces es mejor crear estímulos nuevos que buscar los idóneos ya existentes.

Detención del pensamiento. Se instruye a la persona para que en el momento en el que llegue el pensamiento o la verbalización inadecuados se dé a sí mismo la orden stop. Se trata de modificar una conducta encubierta, a través de estímulos encubiertos.

Reforzador. Estímulo cuya aparición hace aumentar la probabilidad de aparición de la respuesta.

Contingente. El reforzador debe aparecer inmediatamente después de la respuesta.

Reforzamiento. Es el hecho de asegurarse que ocurren juntos la respuesta y el estímulo reforzante o reforzador.

Autorrefuerzos. Concederse una satisfacción o una actividad agradable tras realizar de modo satisfactorio la conducta deseada.

Desensibilización sistemática. Se hace con el sujeto relajado. La relajación como respuesta inhibe una respuesta de ansiedad. Si se está relajado no se está ansioso. La persona aprende o condiciona el E.C. con la respuesta de relajación y como la relajación es incompatible con la ansiedad, una otra se inhiben.

Autoinstrucciones. El entrenamiento en autoinstrucción se centra en las verbalizaciones alternativas. Se intenta que la persona hable antes de actuar para elaborar así, de forma consciente y sistemática la solución del problema. Al principio esta verbalización es en voz alta y a medida que se entrena más pasa a ser internalizada.

Ensayo cognitivo El sujeto practica mentalmente qué es lo que debe hacer en terminadas situaciones.

Cuando una conducta es reforzada cada vez que se hace, se dice que está más reforzada, tiene una tasa de reforzamiento más alta que cuando es reforzada de vez en cuando.