

Alteraciones psicopatológicas en la insuficiencia renal crónica. Criterios de selección al programa de hemodiálisis-trasplante y técnicas de rehabilitación psicosocial

M. T. Celdrán, M. García García, J. J. Plaza y L. Hernando

Servicio de Nefrología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Con objeto de establecer un criterio de selección al programa de hemodiálisis-trasplante y una serie de técnicas de rehabilitación para enfermos renales crónicos se estudiaron durante cinco años 191 pacientes renales en estadio terminal y con distintos tipos de tratamiento. Se eligió un grupo control de 20 casos con insuficiencia coronaria en grados funcionales avanzados. Una batería de ocho pruebas psicológicas se administró a lo largo de 573 entrevistas individuales con tratamiento estadístico de los datos.

Los resultados indican restricciones cognitivas y perceptivas durante la hemodiálisis en más de un 50 % de sujetos, y trastornos psicomotrices en casi un 70 %. Un 27 % se ve afectado por un índice de deterioro orgánico significativo ($ID \bar{X} \geq 20$ %). Se diferencian cuadros psicopatológicos depresivos, hipocondríacos y psicasténicos. La sintomatología remite parcialmente después del trasplante renal.

Estudios longitudinales permiten considerar la personalidad previa del sujeto como factor determinante de ajuste al programa. El nivel de inteligencia y las variables biográficas (edad, sexo, estado civil, estudios, profesión) no resultan determinantes básicos de adaptación.

Palabras clave: *Psicopatología. Selección. Rehabilitación. Hemodiálisis. Trasplante.*

PSYCHOPATHIC DISTURBANCES IN CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY: SELECTION CRITERIA FOR A PROGRAM OF DIALYSIS AND TRANSPLANTATION: PSYCHOSOCIAL REHABILITATION TECHNIQUES

SUMMARY

In order to establish a selective approach to the Haemodialysis-Transplant schedule and to a series of rehabilitation techniques for chronic renal patients, 191 of these patients were studied in their terminal stage and were given different kinds of treatment. A control group of 20 cases with coronary insufficiency in advanced

Correspondencia: Dra. M. Teresa Celdrán Dégano.
Padilla, 20, 3.º
28006 Madrid.

Recibido: 8-I-87.
En versión definitiva: 30-III-87.
Aceptado: 31-III-87.

functional stages was chosen. A set of 8 psychological tests was carried out during 573 individual interviews and the results were analysed statistically.

The results indicate cognitive and perceptive defects during haemodialysis in more than 50 % of persons and psychomotor troubles in almost 70 % of persons. Another 27 % are affected by a significant rate of organic impairment ($ID.X \geq 20\%$). Depressive, hypochondriac and psychoasthenic psychopathologic cases can be distinguished. The symptomatology subsides partially after renal treatment.

Longitudinal stuiies lead us to consider the previous personality of the individual as a determining factor of adjustment to schedule. The intelligence level and the biographic variables (age, sex, civil status, studies, profession) do not determine adaptation.

Key words: Psychopathology. Selection. Rehabilitation. Haemodialysis. Transplant.

Introducción

El enfermo en hemodiálisis (HD) se encuentra en una situación de tensión permanente por su vinculación al riñón artificial. Esto condiciona alteraciones psicopatológicas, que si bien en un principio tienen carácter reactivo pueden, con el tiempo, llegar a hacerse crónicas. Depresión reactiva^{1, 2}, problemática sexual^{3, 4} y deterioro orgánico⁵ son rasgos frecuentes. La conducta suicida, según Abram⁶, ocurre con una incidencia 400 veces mayor que en la población normal. También la selección de candidatos al programa HD-trasplante (TR) resulta un problema de la mayor importancia, puesto que de los cerca de 7.000 enfermos renales crónicos (ERC) que se cuentan en España, solamente unos 2.500 pueden ser tratados en centros de la Seguridad Social^{7, 8}.

Los objetivos de este trabajo, que ha constituido el tema de una tesis doctoral, se dirigen a la determinación de un síndrome psicopatológico de selección al programa HD-TR junto a unas directrices terapéuticas para su rehabilitación.

Material y métodos

Descripción de la muestra.

Parámetros cuantificados (tablas I y II)

Durante cinco años se estudiaron 191 enfermos con IRC terminal en distintos niveles de evolución y con distintos tipos de tratamiento, y 20 pacientes cardiopatas (C) en diferentes grados funcionales de gravedad, considerando la IRC como variable independiente (VI). Los enfermos fueron agrupados en cinco niveles. I: Prediálisis: Veinte sujetos con aclaramiento de creatinina entre 30-10 ml/m. o inferior a 10 ml/m. II: Diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis inicial: Ciento siete sujetos con menos de dos años de estancia en el programa, 84 de ellos con DP inicial, 11 con rechazo de injerto renal. III: Hemodiáli-

sis prolongada. Estudio longitudinal de 24 sujetos después de dos años o más en el programa. IV: Trasplante renal: Veinte pacientes con injerto renal después de un tiempo en HD. V: Cardiopatías: Veinte sujetos con cardiopatías funcionales que constituyen una variable de control respecto de la especificidad del síndrome orgánico psicopatológico de la IRC.

El número de sujetos estudiados corresponde al 1,47 % de la población española de ERC en 1984. La procedencia geográfica de los mismos se distribuye por todo el país por razón del procedimiento sanitario.

Consideramos como variables dependientes (VVDD) las alteraciones de los procesos psíquicos del ERC. Su estudio fue dividido en tres áreas: inteligencia, personalidad y pronóstico. Se contabilizaron un total de 71 VVDD, que agrupaban a su vez 173 ítems o parámetros directos de medición.

El procedimiento de recogida de datos fue distribuido en varias sesiones: entrevista inicial, historia clínica y aplicación individual de una batería de ocho pruebas psicológicas: escala de inteligencia para adultos de Wechsler (Wais), figura compleja de Rey (FC Rey), test gúestáltico visomotor de Bender, test de retención visual de Benton, test de praxias constructivas (Benton tridimensional), psicodiagnóstico de Rorschach, test de la figura humana de K. Machover e inventario multifásico de personalidad de la Universidad de Minnesota (MMPI).

En total, se administraron 1.528 tests a lo largo de 573 entrevistas, distribuidas en cuatro a cinco sesiones por paciente, con un tiempo de aplicación total de cuatro a cinco horas por sujeto, en días alternos entre diálisis (D) y con no más de cinco días de intervalo entre sesiones. Con los resultados se elaboró un informe individual para cada enfermo.

Diseño estadístico. Técnicas de análisis

Se eligieron dos diseños cuasi-experimentales: uno con medidas independientes para comparación entre

Tabla I. Definición de la muestra utilizada

	Nivel I Prediálisis	Nivel II DPHD inicial	Nivel III HD prolongada	Nivel IV TR renal	Nivel V Cardiopatías	Total
Edad X	35	36	37	32	43	37 } 13 64
Sexo V	10	63	15	17	10	116
M	10	44	9	2	10	75
Estado civil S	12	39	16	6	3	86
C	66	62	8	14	17	97
V	2	4	0	0	0	6
R	0	2	0	0	0	2
Estudios P	10	67	13	11	10	111
M	6	30	9	5	8	58
S	4	10	2	2	2	22
Profesión SL	2	18	9	0	10	39
TC	8	46	9	9	7	79
TA	10	43	6	1	3	73
	20	107	24	20	20	191

Estado civil: S = soltero, C = casado, V = viudo, R = religioso.

Estudios: P = primarios, M = medios, S = superiores.

Profesión: SL = sus labores, TC = trabajador contratado, TA = trabajador autónomo.

Tabla II. Muestra de enfermos con cardiopatías funcionales

Grado funcional (GF)	I	II	III	IV	N		
GF previo	0	5	11	14	20		
GF actual	13	4	3	0	20		
Tipo de operación	T-1	T-2	T-3	T-4	T-5	T-6	N
	5	1	7	1	4	2	20

Tipo de operación: T-1 = Björk aórtico. T-3 = Björk mitral y aórtico. T-4 = Hancock mitral. T-5 = Hancock aórtico. T-6 = Hancock mitral y aórtico.

los niveles I, II, IV y V de la VI y otro con medidas repetidas para los niveles II y III de la VI, más un diseño correlacional multivariado (Cluster Analysis).

En la comprobación de hipótesis previas con variables ordinales se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la del Barlett en la comprobación de homogeneidad de varianzas —en los cinco grupos— y su ajuste a la curva normal. Para el análisis de la significatividad grupal se utilizó el Anova paramétrico y la prueba de Sheffe en el caso de variables ordinales de varianzas (V) homogéneas. Kruskal-Wallis y «u» de Man-Whitney con VV de distribución no normal o V no homogéneas y Friedman para medidas repetidas. En las VV nominales se utilizó el análisis de varianza nominal (X^2) y el coeficiente de contingencia «C». Para el análisis de conglomerados se tomaron todas las VV como dependientes, siguiendo el criterio de distancia euclidiana como medida de separación entre VV⁹.

En programas de computador se eligieron tres pertenecientes al paquete BMOP, dos del paquete SSP y

dos en Fortram IV (Norma y Frie), específicamente elaborados para esta investigación¹⁰.

Resultados

— Inteligencia (tabla III):

Procesos cognitivos: Disminución de la capacidad de abstracción en 63 sujetos (37 %), concentración y atención en 87 (51 %), con dificultad de análisis y síntesis en la organización de estos procesos. Fallos de retención de datos a corto plazo (54 %) y en la codificación de la información. Tiempo de reacción alargado (TR \bar{X} A).

Percepción y psicomotricidad: Alteraciones en el nivel de estructuración de la actividad perceptiva (66 %), razonamiento no verbal (CIM < en 5 pacientes al CIV), percepción de formas (47 %), memoria visual inmediata (50 %), orientación espacial (40 %), coordinación visomotriz (46%), destreza manual (44 %) y grafismo (77 %). No hay correspondencia entre lo que el sujeto percibe visualmente y su expresión gráfica o motriz.

Síndrome de organicidad: Índice de deterioro orgánico (ID) significativo (ID = 20 %) en 47 sujetos (27,4 %). Dificultad de estructuración perceptiva, deficiencias de memoria, de coordinación visomotora y de grafismo. Lentificación motora (20 %). Trastornos en la representación del esquema corporal (38 %).

— Personalidad (tabla IV):

Rasgos psicopatológicos: Coartación de la productividad (79 %), tipo vivencial coartado (82 sujetos) con frenado patológico de las emociones, contacto social bloqueado, inseguridad básica (psicastenia) en un 30 %, impulsividad agresiva aumentada (63 %),

Tabla III. Índices psicopatológicos en pruebas cognitivas y psicomotoras para la IRC N = 191

Prueba	Variable	\bar{X}	OX	% n
Fig. compleja de Rey	Copia-Tipo I	—	—	63,22
	Copia-Tipo IV	—	—	22,93
	Copia-Tipo Centil	42,94	1,45	—
	Memoria-Tipo I	—	—	46,95
	Memoria-Tipo IV	—	—	23,87
	Memoria-Tipo Centil	42,39	2,11	—
Bender	Temblor	2,80	1,36	77,0
	Dubitación	2,97	1,42	87,6
	Engrosamiento	2,90	1,85	57,0
	Orientación espacial	2,00	1,03	60,0
	Percepción	2,45	1,71	46,4
	Coordinación visomotriz	2,16	1,45	46,0
Benton	R. Correctas	6,33	2,47	—
	Distorsión	2,60	1,46	66,0
	Omisión	2,17	1,30	50,82
	Rotación	1,33	0,60	40,0
	Separac. desplazamiento	1,72	1,04	30,0
	Figura derecha	2,01	1,25	53,8
	Figura izquierda	1,95	1,21	44,0
	Fig. periférica	1,97	1,30	43,0
Benton Tridimensional	R. Correctas	24,04	0,74	—
	Separac. desplazamiento	3,92	3,28	43,56
	Desviación angular	2,46	2,75	16,66
Wais	CIV	95,63	5,01	—
	CIM	91,83	6,03	—
	CIG	92,90	4,02	—
	I deterioro	20	8,34	27,4
Organicidad en las pruebas	Rorschach	—	—	52,3
	Machover	—	—	49,67
	Wais	—	—	39,35
	R. Compleja de Rey	—	—	74,19
	Bender	—	—	70,32
	Benton	—	—	51,61
	Benton tridimensional	—	—	20,64

X = media. OX = desviación típica. % n = porcentaje de sujetos con respuesta a esa variable. *Valor esperado* = la respuesta tipo en la población normal supone ausencia de puntuación (o puntuación cero) en las pruebas de Bender, Benton y B. tridimensional. En la FC de Rey el tipo I corresponde a la población normal.

intensificación de los niveles de ansiedad en más de un 50 %, problemática sexual encubierta o manifiesta (58 %).

Cuadros clínicos: Depresivos (96 sujetos), psicasténicos (72), angustia hipocondríaca (72). Estos síndromes pueden resultar mixtos.

— IRC y cardiopatías (tabla II, figura 1):

Los cuadros psicopatológicos de ambos grupos pueden considerarse dentro de un síndrome orgánico general. El grupo de C presenta procesos perceptivos y psicomotores mejor estructurados, memoria a corto plazo mejor conservada, ID \bar{X} no significativo (18 % en un 18 % de sujetos) frente a un ID \bar{X} = 20 % en la IRC con un 27,5 % de sujetos afectados. Menor índice de rasgos psicopatológicos.

— Evolución psicopatológica en las submuestras de la IRC (figura 2):

En el grupo prediálisis (I) aumentan los trastornos cognitivos y perceptivos (ID \bar{X} , CI). La HD inicial (II)

va restituyendo los trastornos psicomotores que se inician durante la DP (fig. 3). La HD prolongada (III) mejora el control motórico y la organización perceptiva en un 53 % de sujetos, mientras que en 36 % se ve afectado por un ID \bar{X} 24,5 % que ya se hace significativo, elevándose estos índices respecto de la HD inicial, que contaba con 22 % de pacientes afectados por un ID \bar{X} = 19 %. Con el TR renal (IV) aumentan los índices neuróticos (fóbicos 70 %), hipocondríacos (47 %) y paranoicos (40 %) y disminuye la sintomatología orgánica. El CI de los TR renales aumenta 10 pacientes respecto al grupo I (prediálisis) y cinco pacientes respecto al II (HD inicial). El control de las pruebas de memoria (FC Rey) aumenta 15 pacientes en relación a los grupos citados y 10 pacientes en relación al III (HD avanzada). El \bar{X} disminuye a un 28 % de sujetos y sobre todo deja de ser significativo.

Determinadas alteraciones persisten después del

Tabla IV. Índices psicopáticos en Rorschach para la IRC. N = 191

Valoración	Variable	\bar{X}	OX	% R	% n	
Localización	N.º de respuestas (NR)	15,22	6,86	—	—	
	Tiempo de reacción (TRx)	15,17	2,84	—	—	
	G	5,92	2,23	39,02	—	
	D	7,92	5,93	52,20	—	
Determinantes	DZW-GZW	1,27	0,90	8,37	—	
	F %	74,65	15,66	71,91	—	
	B	1,02	0,92	5,00	—	
	FFb. FbF	0,90	0,90	5,43	—	
Contenidos	FHd. HdF	1,65	0,68	10,86	—	
	M	1,41	1,15	9,29	—	
	T	7,05	2,98	45,81	—	
	Anat	2,33	0,89	12,72	58,0	
	Plantas. Flor. Objetos	2,03	0,33	10,14	40-45 ±	
	Naturaleza. Geografía	1,60	0,21	7,02	25-30 ±	
	Vísceras	1,50	0,92	6,98	25-30 ±	
	Sangre. Fuego. Explosión rocas, ratas, comida	1,0 ±	0,89	6,66	25-30 ±	
	Fenómenos especiales	Shock: rojo-gris-B	1,2 ±	0,46	6,50	50-63 ±
		R. complejo fóbica	3	0,55	8,00	51,0
RC sádica-paranoide		2,5 ±	0,51	4,83	35-40 ±	
C. objeto		2,0	0,37	6,46	45,0	
Fracasos		2,0	0,29	5,00	25,0	
Dificultad a percepción		5,0	0,66	9,66	28,0	
Acentuación simetría		3,0	0,20	3,26	30,0	
Mecanismos defensivos	Represión	—	—	—	60,0	
	Proyección	—	—	—	30,0	
	Regresión	—	—	—	40,6	
	Huida-ocultación	—	—	—	50,0	
	Aislamiento	—	—	—	27,74	
Rasgos psicopatológicos	Depresivos	—	—	—	55,48	
	Fóbicos	—	—	—	44,51	
	Hipocondríacos	—	—	—	41,93	
	Paranoides	—	—	—	21,93	

% R = porcentaje de respuesta en el test. % n = porcentaje de sujetos con respuesta a esa variable. En tales casos a X se refiere al % que se especifica. La OX corresponde al N total (191). Se incluyen en la tabla variables nominales y ordinales.

TR: orientación espacial, coordinación visomotriz, firmeza de pulso y grafismo, control psicomotor y destreza motora, estructuración perceptiva, percepción de formas y retención de éstas a corto plazo.

— Estudios de seguimiento:

Un estudio longitudinal de un año a 24 pacientes en HD no refleja diferencias significativas intrasujeto. Sí merecen la pena, en cambio, ser considerados los rasgos comunes de cinco sujetos (2,92 %), que presentaron demencia dialítica y habían sido estudiados entre uno y dos años antes de producirse las manifestaciones clínicas del síndrome. En tales casos se encontró: 1) ausencia de sintomatología orgánica significativa, 2) ausencia de deterioro orgánico, 3) pensamiento confabulatorio, 4) rasgos fóbicos (cinco sujetos) y esquizo-paranoides (cuatro sujetos), 5) agresividad sádica, 6) defensas de proyección y racionalización, 7) actitudes activas con bajo nivel de tolerancia a la dependencia y 8) aumento de la introspección,

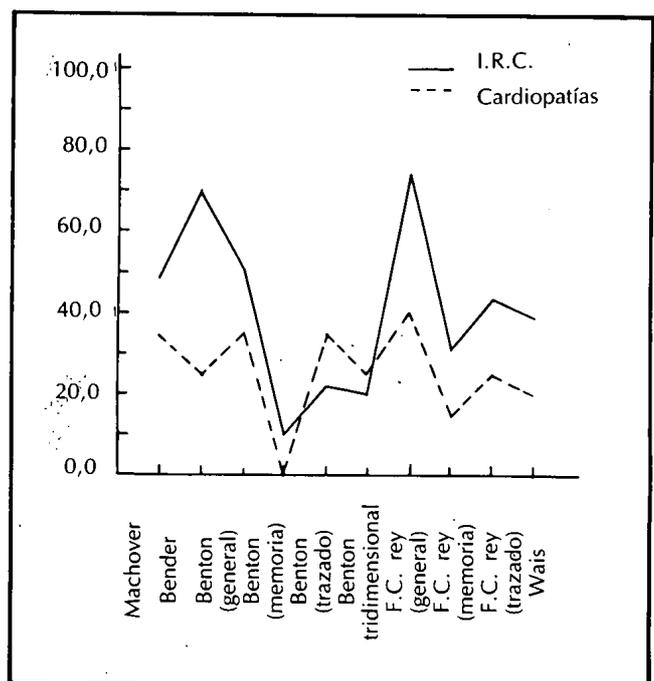


Fig. 1.—Organicidad en los tests. Comparación entre la muestra de IRC y cardiopatas.

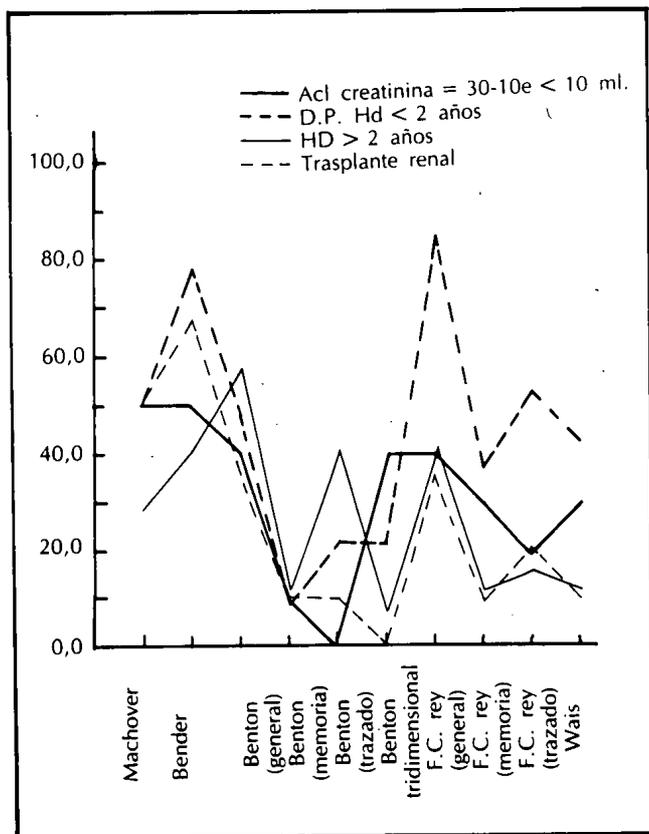


Fig. 2.—Organicidad en los tests. Comparación entre las submuestras con IRC.

bloqueo afectivo y temores paranoides disociativos (Rorschach: BM + R de complejo).

Discusión

Nuestros resultados coinciden con los de otros autores^{11,12} en las alteraciones cognitivas y emocionales presentes en la IRC. El nivel medio de inteligencia responde a una normalidad media-baja y en un 47 % de sujetos el bloqueo de la productividad resulta manifiesto. Los centiles medios se sitúan por debajo de los niveles esperados (C \bar{X} = 43), mientras que los procesos cognitivos de pensamiento y razonamiento verbal superan en más de 5 pacientes a los perceptivos y psicomotores (CIV = 96, CIM = 91). Ello parece en relación con factores de organicidad (tabla III) que afectan fundamentalmente a la estructuración perceptiva y a la psicomotricidad del paciente renal. El pensamiento se estereotipa, los procesos psicomotores se lentifican y el sujeto tiende a percibir de modo poco definido o confuso. Todo ello unido a componentes depresivos o ansiógenos limitan los intereses y el rendimiento, de forma que las alteraciones cognitivas parecen responder tanto a un cierto grado de deterioro cortical como a componentes neuróticos que actúan inhibiendo el pensamiento

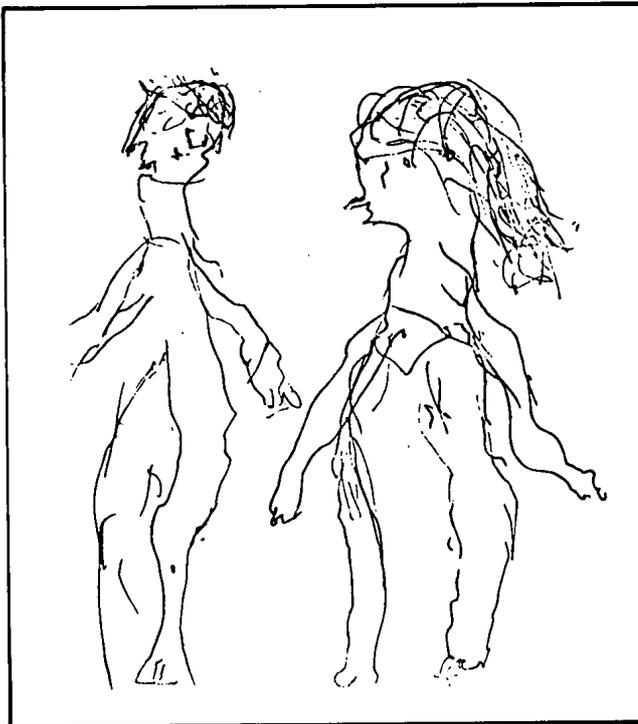


Fig. 3.—Esquema corporal durante la diálisis peritoneal.

productivo pero amortiguando a la vez, en parte, la ansiedad.

Por otra parte, la estructura psíquica del ERC se organiza en torno a una serie de mecanismos caracteriales de defensa contra la ansiedad y la agresividad que los múltiples cambios y condicionamientos de la enfermedad favorecen. Represión, regresión, proyección y fobias son los más frecuentes y siempre que su uso no se haga masivo deben de considerarse adaptativos.

La IRC intensifica los niveles de agresividad, ansiedad y ocasiona trastornos en la conducta sexual^{13, 14}. La impulsividad agresiva se canaliza a través de varios sistemas: control racional, bloqueo represivo y tendencia a la expresión con matices paranoides o/y depresivos. Solamente en el último caso consideramos peligrosa la intensificación de la agresión porque suele ir unida a ideas de muerte acompañadas de intensas vivencias depresivas y desinterés por lo que las rodea. Son éstos los «candidatos al suicidio» descritos por Abram⁶, de los que contamos tres casos en nuestro estudio y que cometieron de hecho conductas suicidas (dos por transgresión dietética, el tercero se disparó un tiro). El manejo de la ansiedad se lleva a cabo mediante controles racionales o fóbicos que posibilitan un alejamiento prudente del conflicto. La problemática sexual, encubierta o manifiesta, afecta a la mayoría de los ERC^{3, 4}. Kaplan de Nour la asocia a problemas de dominancia y cambio de roles familiares y sociales. Nosotros observamos que va unida a preocupaciones hipocondríacas (58 % de sujetos) o bien pueden considerarse

resultante de una regresión compensatoria que inhibe el impulso (25 %). En conjunto, los rasgos psicopatológicos más señalados del ERC conforman cuadros clínicos mixtos o diferenciados que coinciden en parte con los síndromes agudos y crónicos descritos por Berner¹⁵ y podrían agruparse en tres categorías. Cuadros depresivos, se observan en un 56 % de sujetos, en relación con cavilaciones hipocondríacas y represión de la agresividad. La depresión reduce a estos sujetos a una pasividad autoabandónica que les lleva a delegar en otros la responsabilidad de la enfermedad. En otros sujetos (92 %) predomina un cuadro de angustia hipocondríaca en aquellos casos en que el paciente ha adquirido una aguda conciencia de enfermedad. Se consideran «inválidos» y renuncian de antemano a reintegrarse en lo posible a su forma de vida habitual. Por último podemos diferenciar cuadros psicesténicos de componente fóbico-paranoide (45 %) con tendencia a la disociación y escasos o inadecuados mecanismos de control de la impulsividad y la ansiedad que traducen conductas reivindicativas u hostiles hacia el personal sanitario y un repliegue narcisista sobre sí mismos.

Comparando las muestras de sujetos con IRC y cardiopatías funcionales, observamos en la IRC índices más acusados de deterioro orgánico (fig. 1) y deficiencias en la estructuración de los procesos perceptivos. Los enfermos cardiopatas cuentan igualmente con recursos más organizados para el control de la agresividad y la ansiedad (mecanismos obsesivos y de racionalización), menor presencia de rasgos hipocondríacos, fóbicos y depresivos y menos tendencia al «acting out». Estos datos indican comportamientos adaptativos más maduros en los enfermos cardiopatas de nuestra muestra, mientras que en el caso de la IRC se observa en conjunto una estructuración psíquica más inmadura y regresiva.

Otra cuestión planteada se refiere a la evolución del paciente renal en el proceso diálisis-trasplante¹⁷. A partir del síndrome urémico común a la muestra, las diferencias cuantitativas entre las submuestras indican un proceso evolutivo de adaptación a las distintas fases de la enfermedad y la influencia de los distintos tipos de tratamiento sobre la psicopatología de los pacientes. El síndrome urémico en su correspondencia con el síndrome orgánico general queda descrito como un proceso de disfunción cognitiva que afecta a la capacidad de procesar información y, por tanto, a la capacidad de aprendizaje, además de ocasionar un desequilibrio emocional que suele dar lugar a cambios de conducta. Así puede explicarse el aumento de signos de organicidad en pacientes prediálisis (nivel I de la VI) (fig. 2) en relación la elevación de los niveles de urea nitrogenada, potasio y creatinina básicos, que disminuyen parcialmente durante la HD. Desde el punto de vista psicopatológico también se observa una evolución en las respuestas del sujeto a la enfermedad, que al inicio de la DP (nivel I de la VI) oscilan entre actitudes maníacas de

negación de la angustia y reacciones depresivas de matiz hipocondríaco. Se consideran estas últimas de mejor pronóstico porque están más orientadas a la realidad, mientras que las actitudes maníacas suelen ir seguidas e bruscas caídas depresivas con menores posibilidades terapéuticas. Durante los primeros meses de estancia en diálisis (nivel II e la VI) aumentan los rasgos depresivos que evolucionan, si el tiempo en D se prolonga (nivel III de la VI), hacia un «síndrome de desvitalización», descrito como un estado de resignación adaptativa donde las expectativas vitales del sujeto parecen tener como único objetivo la supervivencia y que no se corresponde con un síndrome depresivo, sino que responde a una economía psicológica del sujeto ante expectativas inciertas. El TR renal (nivel IV de la VI) disminuye el bloqueo psicológico, aunque las secuelas psicopatológicas de la HD (trastornos sexuales, rasgos fóbicos, hipocondríacos y depresivos) persisten después del trasplante.

El TR al restituir la función renal fracasada contribuye a la disminución de componentes bioquímicos (uremia), que a su vez favorecen la vuelta a la normalidad de ciertas funciones intelectuales (memoria de retención, abstracción, concentración y atención). El fondo de memoria y razonamiento verbal se mantienen porque no se ven sensiblemente afectados por factores orgánicos, a no ser que el deterioro esté muy avanzado. Los procesos perceptivos cuya función se ve alterada por la enfermedad se restituye después del trasplante sólo parcialmente. La psicomotricidad, en cambio, sufre trastornos irreversibles. De ello puede deducirse que si bien el TR no acaba con las secuelas orgánicas de la ERC frena, cuando menos, el deterioro orgánico del sujeto.

La HD favorece también la restitución del equilibrio cognoscitivo y perceptivo, pero en un 30 % de los casos las secuelas orgánicas y psicopatológicas de la E progresan paulatinamente, dando lugar a conductas patológicas de carácter agresivo y disociativo asociadas a trastornos del pensamiento, que en casos extremos desembocan en un cuadro sintomatológico próximo al de una demencia orgánica. En nuestro estudio de siete sujetos hemos hallado cinco casos (3 %).

En este punto se plantea el problema de la influencia de factores bioquímicos como principales desencadenantes de esta llamada —«locura en diálisis»^{18, 19} frente a la influencia de la personalidad previa del sujeto como factor primordial de descompensación. Nuestros resultados avalan la tesis de Kaplan de Nour²⁰, que concede prioridad a la personalidad previa del sujeto como factor determinante del ajuste. Los cinco pacientes que murieron en procesos de desorganización psicótica habían sido estudiados entre uno y dos años antes de su muerte y no presentaban signos de organicidad significativos, mientras que otros pacientes con trastornos orgánicos acusados e incluso deterioro, estudiados simultáneamente, no evolucionaron hacia la demencia. Sí hallamos, en

cambio, un síndrome psicopatológico bastante recordado en cuatro de los cinco casos basado en una personalidad esquizoide con rasgos fóbicoparanoides. Ello nos lleva a considerar la demencia en diálisis como una patología paralela a la de las psicosis sintomáticas, donde trastornos neurovegetativos, bioquímicos o infecciosos pueden desencadenar una desorganización psíquica en una estructura de personalidad determinada hasta cristalizar en un cuadro psicótico confusional y disociativo. Un estudio longitudinal de un año a 24 pacientes conduce a los mismos resultados. Las variaciones intrasujeto no resultaron significativas durante este período ni tampoco en un tercer control de seguimiento a 10 pacientes de este grupo realizadas un año después. En este sentido podemos considerar que los episodios de descompensación psicótica y cuadros confusionales que aparecen al comienzo de las diálisis no sólo guardan relación con factores de desequilibrio bioquímico (bruscos descensos del nivel de urea en sangre), sino también con núcleos narcisistas y esquizoides de la personalidad. También hemos observado relación entre transgresiones dietéticas y actitudes activo/independientes, como formaciones reactivas contra la pasividad y altas pero negadas necesidades de dependencia. La enfermedad, en estos casos, constituye un agente exacerbante de la propia patología del sujeto, que ciertamente en condiciones normales difícilmente hubiera desarrollado una sintomatología tan compleja.

El pronóstico de ajuste del enfermo en diálisis es un problema esencial teniendo en cuenta el elevado número de candidatos al programa D-TR en relación con la capacidad asistencial^{21, 22}. Nuestro criterio de selección al programa HD-TR considera determinantes los siguientes factores: a) estructura de personalidad estabilizada, lo que supone: tolerancia a la frustración, control de realidad, capacidad de establecer vínculos interpersonales, rasgos orales sádicos y conductas regresivas (en grado moderado) y ausencia de rasgos esquizoides e hipocóndricos acentuados que favorecen las conductas disociativas y la excesiva conciencia de enfermedad. b) fuertes controles de la impulsividad y la ansiedad consistentes en: capacidad de introspección (control ideacional del estímulo), mecanismos de represión, defensas regresivas (que facilitan la tolerancia de la dependencia pasiva) y obsesivas (que favorecen la autodisciplina), relaciones interpersonales moderadamente bloqueadas o distantes (evitando riesgos de descontrol emocional). No se consideran determinantes en el ajuste: la edad, sexo, estado civil y profesión; el nivel de inteligencia (CI entre 70 y 130 resulta aceptable); rasgos depresivos y fóbicos (moderados); defensas caracteriológicas aumentadas y sintomatología orgánica (salvo en casos de deterioro 25 %).

Finalmente hemos elaborado un programa de adaptación del ERC con las siguientes directrices:

1.º Información y preparación psicológica al pa-

ciente antes de su entrada en el programa HD-TR.

2.º Estudio psicodiagnóstico del paciente.

3.º Asistencia psicológica periódica durante el período prediálisis y los primeros meses de tratamiento encaminada al refuerzo de controles yoicos, reestructuración de las defensas psicológicas (regresión, represión y mecanismos obsesivos), evitación de actitudes maníacas y entrenamiento en actitudes de pasividad y dependencia.

4.º Entrenamiento en el uso y control de aparatos e instrumentos que intervienen en la HD (responsabilidad, actividad e independencia).

5.º Empleo de técnicas de modificación de conducta²³ en el aprendizaje de tareas (manejo de riñón) o frente a conductas negativistas (desensibilización de la ansiedad).

6.º Técnicas de desensibilización fóbica contra el acting-out y la conducta suicida.

7.º Aplicación de programas de rehabilitación (participación en grupos de autoayuda que modifican el rol de «inválido» que asume el ERC) y técnicas de interacción social.

8.º Programas de sensibilización en el equipo sanitario (sesiones de grupo tipo Balint) para enfocar los problemas de relación (culpa-dominio-abandono-sobreprotección).

9.º Asesoramiento sobre técnicas de modificación de conducta al personal asistencial (teoría y práctica sobre el método y su aplicación).

Bibliografía

1. Gordon L y Moore M: Psychiatric aspects of chronic renal disease. *Postgraduate Medicine* 70, 5:140-146, 1976.
2. Levy MB y Norman B: Psychological sequelae to hemodialysis. *Psychosomatic* (US) 19:329-331, 1978.
3. Kaplan de Nour A: Hemodialysis: sexual functioning. *Psychosomatic* (US) 19:229-335, 1978.
4. Finkelstein M y Steele TE: Sexual Dysfunction and chronic Renal Failure. *Dialysis Trasplant* (US) 7:877-878-923, 1978.
5. Davous P: L'encephalopathie progressive des dialisés ou demence des dialisés. *La Revue de Médecine* 22:1223-1230; 1978.
6. Abram HS, Hester R, Sheridan WF y Epstein GM: Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* (US) 135, 1:861-863, 1978.
7. Levit L: Sufrir un riñón. *Cambio* 16 543:127-128, 1982.
8. Rabino Witz S y Van der Spuy H: Selection criterion for Dialysis and transplant. *Am J Psychiatry* (US) 135, 1:861-863, 1978.
9. Siegel F: Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. *Trillas*. México, 1980.
10. Dixon WJ: BMDP-79. Biomedical Computer Program P-serie. University of California Press. California, 1979.
11. Winokur MZ y Kaye R: Intelligence and adjustment to chronic hemodialysis. *J Psychoso* 17:29-31, 1978.
12. Lefebvre P: Psychological and Psychopatological reactions in relation to chronic hemodialysis. *Can Psychiatric Assoc* 1, 17:9-13, 1976.
13. Wright R, Sand P y Livingston G: Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure. *Ann Intern Med* 64: 611, 1976.
14. Leighton DC: Psychiatric findings on the stirring country study. *Am J Psychiatry* 19:1021-1026, 1976.
15. Berner P y Zapotoczky HG: Psychopatologie des transplan-

- tes. Confrontations psychiatriques, n.º 4. Aspects modernes de la Psychiatrie, 1969.
16. Castelnuovo Tedesco P: Transplant, Body Image, Psychosis. *Psychiatry* 2. V World Congress of Psychiatry. Dic. 1971.
 17. Tricia West RN: A comparison of Predialysis and Postdialysis Cognitive Abilities. *Dialysis Transplant* 7:745-749, 1981.
 18. Kasturi L, Wig N, Chugh KS y Verma SK: Psychiatric aspects of chronic uremia. *Indian J Psychiatric* 20:43-47, 1978.
 19. Berlyne GM: Aluminium and Dialysis Demencia. *Ann Intern Med* 91, 3:496, 1981.
 20. Kaplan de Nour A y Czaczkesj W: Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. *Dr J Psychiatry* 115:207, 1979.
 21. Malmquist A, Held Dopfstein J, Frank ET, Picklesimer K, Clements G, Ginn E y Cromwell RL: Factors in Psychiatric Prediction of patients beginning Haemodialysis. *Jour of Psychosomatic Reseach* 16, 1:19-23, 1975.
 22. Moore GL: Who should be dislyzed? *Am J Psychiatry* 187:1208-1209, 1981.
 23. Wenerowicz WJ: The use of behavior modifications techniques for treatment of haemodialysis patients non-compliance: a care study. *Journal of Dialysis* 3, 1:41-50, 1979.