

Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico

Tânia Rudnicki*
Universidade Luterana do Brasil-ULRA/
Canoas

Recibido: diciembre 14 de 2005
Revisado: enero 23 de 2006
Aceptado: marzo 3 de 2006

Resumen

El presente artículo discute las principales características emocionales asociadas a la forma como los pacientes con insuficiencia renal crónica se enfrentan al tratamiento de hemodiálisis. El proceso de adaptación que se plantea, elemento importante en las emociones de las personas, involucra como protagonistas principales al paciente y sus maneras particulares de defensa ante la enfermedad, así como el apoyo de los recursos médicos hospitalarios, el equipo humano que le sostiene y la familia como aristas importantes para evitar problemas de aislamiento en el paciente. Del equilibrio de este proceso de adaptación, se previenen, como en toda enfermedad crónica, problemas subyacentes a la autoestima del paciente, la imagen corporal que construye y dificultades centradas a sus relaciones cotidianas.

Palabras clave: proceso de adaptación, enfermo renal crónico, emociones, nefrología.

Abstract

In the present paper is discussed the most important emotional characteristics associated with the form that

* Correspondencia: Tânia Rudnicki, Universidade Luterana do Brasil-ULRA/Canoas., Dirección postal: Rua São Vicente, 563/ 504, 90630-180 Santa Cecília, Porto Alegre - Rs - Brasil. Correo electrónico: taniarudd@terra.com.br

the patients with chronic renal insufficiency face the hemodialysis treatment. The adaptation process that is considered, important element in the people emotions, involve the patient and their particular ways of defense before the disease like main protagonists, as well as the support of the hospital medical resources, the human team that offers support and the family like important factor to avoid isolation problems whit the patient. With the balance of this adaptation process, as all chronic disease, underlying problems to the patient self-steam are prevented, the corporal image that construct and difficulties centered in his/her daily relations.

Key words: adaptation process, chronic renal patient, emotions, nephrology.

Introducción

Uno de los objetivos de este artículo es enfocar los problemas emocionales con los cuales conviven los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis, principalmente, en función de la importancia de la estabilidad emocional del enfermo para el éxito terapéutico. Esta preocupación tiene orígenes múltiples en los ochenta, a partir del inicio de la mejoría del tratamiento específico para tratar tanto la enfermedad como al paciente (Kaplan De-Nour & Shanan, 1980; Kaplan De-Nour, 1984; De Marco, 2003).

Se dará énfasis a la identificación de estos aspectos en función de buscar una mayor comprensión por parte del equipo de salud en el trato con este tipo de enfermo (Barros & Halperin, 1989; Barros & Barros, 1985, 1986).

La psicología aplicada a la nefrología puede ser entendida como una visión integrada del hombre en su unidad biológica y psicosocial, considerando su medio ambiente y su contexto sociocultural. Aquí se tienen en cuenta educación, creencias, religión, empleo, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación, enfermedad física, tratamiento y sus repercusiones. Estos aspectos permiten una visión más comprensiva del paciente con su medio, así como las relaciones con dichas variables. Por lo

tanto, la psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida (Bingaman, 1980). Esas dificultades pueden aparecer en diferentes formas como la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades, incluso quejas y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado.

Varios trabajos ya realizados y publicados (Bingaman, 1980; Menzies & Stewart, 1968; Barros & Barros, 1986; Ribeiro, 1998; Gameiro, 1999; Alvarez-Ude, Fernandez-Reyes, Vasquez, Mon, Sanchez & Rebollo, 2001) sugieren que los factores psicológicos están entre las variables más críticas en la determinación del ajuste del paciente renal al tratamiento de hemodiálisis. La técnica de hemodiálisis se constituye como una de las pruebas más evidentes del progreso técnico de la medicina actual y revela al mismo tiempo, de modo particularmente agudo, algunos de los problemas fundamentales originados por el mismo progreso, entre los cuales se destacan aquellos involucrados

en la adaptación a la enfermedad y a los programas terapéuticos (Cieza Estremadoyro & Tenório, 1995; Levenson & Glocheski, 2000).

En la enfermedad todo cambia. Las personas enfermas, no importa la causa, presentan características que las diferencian de las demás. Estas manifestaciones no son casuales o indefinibles; al contrario, son definibles, diagnosticables y de ocurrencia relativamente constante (Testa, 1992).

En la atención de una persona portadora de enfermedad renal crónica, además del tratamiento médico conservador y/o quirúrgico, con sus controles periódicos, el equipo de salud enfrenta una ardua tarea en la ejecución de sus funciones en contacto directo con el paciente y la manipulación de la máquina (Bingaman, 1980; Freudenberger, 1984; Barros & Barros, 1985; Barros & Halperin, 1989). El conocimiento de los aspectos psicológicos de los enfermos ayuda en la comprensión y en el manejo frente a las difíciles situaciones que se presentan.

Por ser una enfermedad de evolución crónica, con repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente, incluyendo los familiares, entendemos la necesidad de un trabajo interdisciplinario que busque la atención global del individuo enfermo. Una abundante literatura documenta las complicaciones psiquiátricas y psicológicas en los pacientes renales (Bingaman, 1980; Levy, 1984; Menzies & Stewart, 1968; Streltzer, 1984). Hay temas como el estrés del equipo (Barros & Halperin, 1989; Kaplan De-Nour, 1984), el impacto en la familia (Menzies & Stewart, 1968; Bingaman, 1980) y otros dilemas que refuerzan la necesidad del trabajo conjunto.

Comparada con otras áreas de la medicina, la necesidad de una comprensión psicológica del paciente renal es obvia y el entendimiento de esta necesidad de apoyo psicológico por los centros de hemodiálisis es bastante amplio. Los pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis siempre dependen del auxilio de médicos, enfermeros, nutricionistas, asistentes sociales y psicólogos, aparte de la calidad del cuidado de estos pacientes, que dependerá sobre todo de la magnitud de la cohesión del grupo que lo asiste.

En la década de los setenta, cuando se describieron los periodos de adaptación al tratamiento de hemodiálisis (Kaplan-DeNour & Czaczkes, 1976), había un gran intercambio entre paciente y médico en función de la batalla continua por la supervivencia. Actualmente, con la relativa sofisticación de la técnica dialítica y el esmero del tratamiento, nos encontramos aún más cerca al enfermo y frente a los problemas de su intermitente periodicidad, en el curso más o menos estable de la enfermedad renal y de su tratamiento conservador, la hemodiálisis.

En la misma década, en hospitales y centros de diálisis de diferentes países, existió un interés especial sobre los aspectos psicológicos del paciente en hemodiálisis, que incluye como parte integrante de la evaluación médica la prediálisis y/o trasplante; una evaluación psicológica que se repite más adelante en el transcurso de la diálisis crónica (Streltzer, 1984).

Una de las principales dificultades enfrentadas por quien se enferma es la amenaza a su integridad; es decir, la enfermedad precipita la pérdida del control interno y del medio ambiente. En la sesión de hemodiálisis, el enfermo pasa de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose casi totalmente dependiente de la persona que lo atiende, además, por supuesto de la máquina. La cuestión de la dependencia es uno de los mayores problemas del enfermo renal en hemodiálisis y, mientras más se siente esa pasividad, aunque, inconcientemente, el paciente empieza a percibir que su control ahora está en las manos de extraños, las personas que asumieron su tratamiento, y que pasan a formar parte activa de su vida, mientras él tiene que aceptar esta nueva forma de vida, más pasiva.

La mayoría de las personas al enfrentarse con una enfermedad que podrá resultar ser su muerte, reacciona con un choque casi siempre seguido de rabia. Se ven a sí mismas en la eminencia de ser interrumpidas antes de tiempo y esa es la sensación del paciente renal al ser conectado a una máquina de hemodiálisis. Este es un momento, fundamentalmente, ansioso para el enfermo: admitir

la amenaza de muerte junto con la incertidumbre sobre su inevitabilidad. La incertidumbre es una experiencia bastante difícil de enfrentar para el psiquismo aunque la conexión con la máquina es, en este momento, la acción más adecuada y protectora, tanto para la perturbación emocional como, sin duda, para la física. Trabajar la aceptación de la enfermedad y del tratamiento requiere de un proceso de luto. Las cinco etapas que constituyen el proceso de muerte: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación/resolución pueden aplicarse aquí (Stedeford, 1991; Meneses & Ribeiro, 2000).

Para los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis esta capacidad de realizar el luto supone mucho más que tolerar ser *conectado a la máquina* como principal factor para aliviar sus dificultades. También incluye trabajar conflictos antiguos, comprometerse con su nueva imagen corporal, muchas veces alejarse de los familiares y del hogar, de los amigos, del trabajo; en fin, asumir una nueva identidad, la de enfermo renal crónico en tratamiento de hemodiálisis (Levy, 1984; Kaplan De-Nour, 1984; Kaplan-DeNour, 1986; Barros & Barros, 1994; Anderson & Ferrans, 1997; Blanco, Rojas & De La Corte, 2000).

Siendo así, es un enfermo que convive con una de las más estresantes situaciones de vida, el temor de la muerte por la vida que la máquina le proporciona, hoy exacerbado por la presencia del VIH.

El término *estrés* fue introducido por Hans Selye en 1936 como un complejo proceso por el cual pasa un organismo cuando es activado por un estímulo. Podemos definirlo como una respuesta fisiológica a una demanda de origen exterior o interior al sujeto (Freudenberger, 1984; Kaplan De-Nour, 1984). Expuesto a esa agresión, él buscará adaptarse por medio de tres fases: la primera es una reacción de alarma del organismo al primer contacto con el factor estresante, la cual provoca cambios fisiológicos y bioquímicos rápidos, una activación del sistema nervioso y modificaciones hormonales. La fase siguiente es la de resistencia frente a la permanencia de la presencia del factor estresante, y de los intentos de lucha del organismo para verse

libre. La última etapa es la fase de agotamiento que viene después de los prolongados esfuerzos de lucha del organismo. En esta fase el organismo se encuentra más frágil y, por tanto, más vulnerable a las enfermedades.

La activación de este síndrome de adaptación general está intrínsecamente asociada a las secreciones hormonales, especialmente a los corticosteroides, que son aliadas de la depresión inmunológica. Ya en el principio de su enfermedad, el paciente renal experimenta y reacciona a un estrés básico inherente a su enfermedad, a diferencia de otros pacientes con otras patologías. Lo que lo hace diferente es la magnitud de la duración de su estrés, originado en la incertidumbre de su pronóstico y en el que las pérdidas reales y temidas son numerosas (Bingaman, 1980; Kaplan De-Nour, 1984).

Al iniciar un programa de hemodiálisis periódica, muchos pacientes presentan diferentes patrones de ajuste (Menzies & Stewart, 1968). La primera etapa (Kaplan-De-Nour, 1984) es la luna de miel con la máquina, momento en el cual la enfermedad renal está en un proceso avanzado y el paciente se encuentra severamente urémico y confuso. Desde las primeras sesiones, el paciente demuestra euforia por la mejora sintomática, como lo expresa JC, paciente de sexo masculino, de 48 años de edad y quien presentó insuficiencia renal de modo insidioso: "Este fue un segundo chance de vivir, es como si hubiese nacido de nuevo. Es una diferencia como de la noche al día".

Este es un período marcado por la mejoría física y emocional que viene acompañado por una positiva necesidad de vivir bien, de confianza en la vida y de felicidad. Esta fase se inicia una o dos semanas después de la primera sesión de hemodiálisis y su duración varía de seis semanas a seis meses. Es común que el paciente acepte su entera dependencia de la máquina, de los procedimientos y de los profesionales que lo atienden y, por consiguiente, demuestre gratitud y cooperación. Independientemente de ese aspecto se encuentran, en mayor o menor grado, intensos episodios de ansiedad relacionada con el tratamiento (Reichman & Levy, 1972;

Menzies & Stewart, 1968; Bingaman, 1980; Kaplan De-Nour, 1984).

Al final de la luna de miel le sigue un período de desencanto y desánimo. En algunos pacientes ese cambio ocurre gradual y lentamente; en otros, es más abrupto. Los sentimientos de satisfacción, confianza y expectativas disminuyen o, incluso, desaparecen. Cuestiones previas, que hasta entonces eran evitadas, empiezan a aparecer cuando las demandas reales como empleo, familia y responsabilidades económicas disipan la euforia inicial: “¿cuánto tiempo?”, “¿qué sucederá si paro?”

Los sentimientos de desamparo y tristeza dominan a los afectos durante este período y frases como: “¿cuánto tiempo voy necesitar la hemodiálisis?” serán remplazadas por: “¿cuánto tiempo de vida tengo?”, “¿puedo trabajar?”, “¿cómo podré cuidar a mi familia?” (Reichman, Levy, 1972; Kaplan De-Nour, 1984).

Las personas con enfermedades agudas pueden sufrir pérdidas temporales de empleo, pero en el caso del enfermo renal, mientras se estabiliza tanto física como emocionalmente en su cronicidad, puede ser diferente. En algunos casos, no volverá a ser como antes y, muchas veces, es improbable que retorne al mismo tipo de trabajo que realizaba. Algunos estudios muestran la rehabilitación del paciente renal crónico como algo difícil de lograr (Cieza, Estremadoyro & Tenório, 1995).

La última etapa se denomina período de adaptación. Se caracteriza por el inicio de la aceptación de las limitaciones propias y de las complicaciones originadas en el tratamiento de hemodiálisis. El paso hacia este nuevo período se da gradualmente en todos los pacientes y es un momento marcado por fluctuaciones entre el bienestar físico y emocional. La intensidad de estas fluctuaciones varía de paciente a paciente y, también, en un mismo paciente, varía con el tiempo. Es común encontrar prolongadas vivencias de satisfacción alternadas con episodios depresivos de diferente duración (Menzies & Stewart, 1968; Reichman & Levy, 1972;

Kaplan De-Nour, 1984; Stedeford, 1991; Mallick & Gokal, 1999).

Proceso de adaptación

Se sabe que las personas enfermas movilizan patrones de comportamiento y técnicas defensivas en su intento de lograr equilibrio emocional. Todos ponen en juego defensas semejantes, con variación únicamente en la intensidad del uso, de acuerdo con sus características de funcionamiento y sus experiencias de vida (Menzies & Stewart, 1968; Reichman & Levy, 1972; Kaplan De-Nour, 1984; Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig, 1993).

La discusión sobre el funcionamiento del paciente renal en tratamiento de hemodiálisis está limitada por el conocimiento previo de la persona, quien también es de difícil descripción, a la vez que su comprensión está unida a los efectos del período de lucha contra la enfermedad crónica y a los efectos de esta lucha sobre la personalidad hasta entonces. Como se ha comprobado, es siempre muy difícil inferir datos sobre el funcionamiento anterior de la persona (Kaplan De-Nour, 1984), puesto que es muy difícil que el paciente hable de su pasado, se hablará por consiguiente muy poco de su futuro y su presente.

Esta situación crea una dificultad que es la de conocer mejor al paciente. A pesar del conocimiento y del entendimiento hasta ahora adquiridos, tenemos dificultad de hablar sobre el funcionamiento de su personalidad antes del inicio del tratamiento dialítico crónico. Muchos estudios se han realizado desde ese ángulo (Menzies & Stewart, 1968; Reichman & Levy, 1972; Kaplan De-Nour, 1984; Levy, 1984), y lo que se encuentra, en la casi totalidad de los pacientes, es que los mecanismos utilizados para enfrentar la nueva situación son idénticos. Los mecanismos de adaptación comúnmente empleados son negación, desplazamiento, aislamiento y proyección.

La negación es la técnica de enfrentamiento más utilizada, en general, por todos los pacientes. Incluye tanto la negación de la enfermedad renal original como la dependencia de la máquina y del equipo. Al contrario de la mayoría de los pacientes con enfermedad orgánica, el renal crónico demuestra dificultad para hablar sobre su enfermedad.

Estudios como los de Kaplan De-Nour (1986); Menzies & Stewart (1968); Reichman & Levy (1972) y Stedefort (1991), relatan que el uso consistente de la negación del pasado, incluyendo la negación de la enfermedad renal original, es parcialmente responsable de la dificultad para obtener datos sobre la personalidad prediálisis. Son personas que perciben que ya no poseen la misma energía de antes y que su capacidad física está efectivamente reducida, y se valen de dicho mecanismo en un intento de manejar sus frustraciones y de mantenerse en el programa de tratamiento. El funcionamiento del mecanismo de negación puede ser muy efectivo, pero si empieza a ser ineficiente, puede determinar una caída brusca del equilibrio psicológico y producir desespero. Este mecanismo es perjudicial para el paciente cuando se usa para negar la necesidad de tratamiento o, aun, la enfermedad renal crónica. También se utiliza para bloquear cualquier expresión de agresividad generada por el sentimiento de dependencia y que no puede expresarse debido a la misma relación dependiente. En realidad, lo que existe es un dilema entre dependencia e independencia. Por un lado, es una persona enferma, mantenida bajo riguroso tratamiento, conectada a una máquina para sobrevivir y en el que incluso la ingestión de líquidos es controlada; por otro lado, en momentos del día, debe actuar de modo independiente, como si fuese totalmente saludable. La respuesta de los pacientes a esa situación es variable. Algunos responden favorablemente, aceptando los inconvenientes del dilema; otros, reaccionan con excesiva dependencia, asumiendo el papel de enfermo, eludiendo sus responsabilidades. Otros, inclusive para quienes la dependencia es algo asustador, se rebelan indignados contra la enfermedad y el tratamiento (Bihl, Ferrans & Powers, 1988).

Este es el caso de Moacir, paciente renal, portador de *diabetes mellitus*, 52 años de edad, en tratamiento de hemodiálisis hace nueve años y físicamente muy débil; presenta osteodistrofia con deformación corporal y reducción de tamaño. Dice sentirse culpable en relación con su estado físico, por haberse descuidado en el tratamiento. Dice que al principio no aceptaba la enfermedad y cuestionaba si realmente era necesario someterse a la máquina; “parece que no entendía lo que me decían o, incluso, no creía” [sic]. Señala que la enfermedad renal lo transformó, modificando su vida. “Yo era una persona normal, trabajaba, salía, jugaba fútbol, y ahora todo eso es imposible”. Él no está en condiciones de desplazarse solo, necesita una silla de ruedas y el auxilio de otras personas.

No está comprometido con el tratamiento, normalmente falta a una de las sesiones semanales de hemodiálisis diciendo omnipotente: “lo que falte en esa, lo recupero en la siguiente”. Trata de aislarse de los demás pacientes, casi no-conversa, dice que su vida se trata de “seguirla llevando, no tengo nada que perder”.

Aquí tenemos un paciente deprimido y solitario. El sufrimiento psicológico se dirige a sí mismo y al equipo de tratamiento, que puede sentirse frustrado por sus ausencias y justificaciones no convincentes dentro del contexto. Las limitaciones de la enfermedad renal y sus consecuencias, así como las transformaciones en su cuerpo, la nueva imagen adquirida, su vida y su muerte, solo a él le incumben (Parkenson & Gutman, 1997).

Cada paciente muestra en diferentes grados evidencias como fatiga, apatía, inquietud e irritabilidad. Todos los pacientes revelan, a través de las evaluaciones psicológicas iniciales, disturbios de atención pasajeros, usualmente, depresión, frustración y síntomas de ansiedad claramente relacionados con su salud física y con el deseo de abandonarlo todo y encontrar otra forma de tratamiento.

El desplazamiento es otra técnica de enfrentamiento que aparece repetida y frecuentemente utiliza-

da como defensa por el paciente renal crónico. Se evidencia clínicamente en actitudes relacionadas con la fístula arteriovenosa. Los pacientes, en general, comentan mucho al respecto de sus fístulas, las comparan unas con otras y también hablan de la necesidad de hacerse a otras. Con frecuencia temen más las cirugías para fístulas que una nefrectomía o un trasplante (Menzies & Stewart, 1968; Kaplan De-Nour, 1984; Levy, 1984). Aunque muchos “sientan vergüenza” de la fístula, demuestran todo el cuidado requerido a ésta y exhiben, muchas veces, el orgullo de que su fístula “es la más cuidada y la mejor” al compararla con las de otros pacientes.

Esa preocupación con la fístula puede entenderse como un desplazamiento de sus sentimientos (Menzies & Stewart, 1968; Kaplan De-Nour, 1984; Barros & Barros, 1986), relacionados con el miedo al cambio en el esquema corporal, a la amenaza de una mutilación mayor y/o la muerte, hacia algo menos atemorizante y más controlable, en este caso la fístula. El desplazamiento le ofrece al paciente un sentimiento de dominio y de control, que se expresa en el cuidado con su fístula.

La proyección es otra técnica frecuentemente usada, aunque, raramente al nivel de distorsión de la realidad. Lo que se escucha habitualmente es: “Nadie puede entender lo que significa estar en hemodiálisis”; “Si los amigos supieran mi condición, se alejarían de mí”; “Mi familia espera que yo trabaje duro como antes”. Entretanto, parece que la perplejidad y el miedo por el cambio corporal se proyectan sobre la sociedad, especialmente la familia.

Al contrario de los disturbios de personalidad o de reacción neurótica, las técnicas defensivas utilizadas por este grupo de pacientes son transitorias y frágiles (Reichman & Levy, 1972; Kaplan De-Nour, 1984; Wolcott et al, 1986). Los cambios de combinaciones y de intensidades en el uso de estas defensas en períodos cortos de tiempo producen una alteración clínica continua, con severo cambio de comportamiento. En ocasiones, pequeñas situaciones de estrés son suficientes para producir un co-

lapso parcial de las defensas y aparecen, entonces, señales y síntomas de ansiedad libre y flotante, depresión y tendencias paranoides. Siendo así, entendemos que la adaptabilidad de los pacientes a su nueva situación de vida es bastante limitada.

Para un mejor entendimiento presentamos la síntesis del caso de A. R., 29 años de edad, casado, un hijo menor de edad, con instrucción universitaria y en tratamiento de hemodiálisis hace dos años como consecuencia de la *Diabetes Mellitus*. Sus padres están separados desde que tenía 15 años. La madre es conocida como autoritaria y exigente, no aceptó el matrimonio del hijo por su historia de diabetes [sic]. Él trabajaba como vendedor y usaba su dinero en “fiestas con amigos y mujeres”. Actualmente presenta edemas, deformación y dificultad de movimiento a punto de necesitar que lo carguen. Su actitud es hostil, agresiva y defensiva, evita hablar, es explosivo e impulsivo. En su casa el clima es de amenaza y manipulación, su esposa cuenta que “ya está cansada de todo eso” y, para evitar oír sus gritos y exigencias, le sirve “toda el agua que quiera”.

La familia dice que quiere “desistir” de luchar contra sus deseos; él manifiesta cansancio e insatisfacción con la hemodiálisis [sic], alega ser “mal atendido por el personal, me atienden de mala cara, les pagan por atender y yo no soy ningún bulto de papas que vayan a tirar a un rincón”. Al iniciar la sesión de hemodiálisis en las últimas semanas, pide el pato y, al evacuar, se ensucia tanto a sí mismo y a la silla que le causa “incomodidad” al equipo de enfermería.

Es un paciente que se rebela al tratamiento, no se compromete, fastidia, se queja, se irrita fácilmente, es poco colaborador y sin iniciativa en sus propios cuidados, es regresivo en sus actitudes y comportamiento. Podemos tratar de comprenderlo como un individuo poseedor de una identidad social, con un papel en la sociedad que la enfermedad modificó y que manifiesta inconformidad con las limitaciones impuestas por el problema renal y su tratamiento. Sentirse enfermo le produce sentimientos agresivos y regresivos, que básicamen-

te están dirigidos al personal que lo trata directamente, así como a sus familiares (Schidler, Peterson & Kimel, 1998).

Es una persona que poco a poco fue retirando los vínculos afectivos que lo unían a su medio, a sus intereses, recogiendo sobre sí mismo en una actitud de aislamiento. Este puede ser considerado el aspecto que más le hace difícil una aproximación a la asistencia del equipo de trabajo.

Cabe al profesional auxiliar al paciente portador de enfermedad crónica terminal, en tratamiento de hemodiálisis, a sentir necesidad de externalizar, de dejar aflorar sus emociones, verbalizando sus sentimientos. Él necesita tener a alguien que lo escuche, le comprenda y comparta con él sus sentimientos y necesidades.

El enfermo presenta un comportamiento más inclinado hacia la regresión, expresando más quejas, siendo que sus frustraciones y sus miedos están relacionados con la depresión. La regresión aumenta y cada vez se producen más y más pedidos al equipo, muchos de los cuales son imposibles de satisfacer.

En este momento, el equipo puede frustrarse por querer satisfacer las necesidades del paciente, sin lograrlo. Este es un momento crítico en el transcurso de la sesión de hemodiálisis, propicio para el surgimiento de conflictos entre los dos principales agentes del programa. Si el equipo es incapaz de reconocer esta situación, el está inclinado a caer dentro de una de dos trampas: o va a proporcionarle todo lo que el paciente solicite, o va a ignorar sus peticiones.

Si ocurre cualquiera de estas situaciones el equipo puede sentirse culpable, hostil y, finalmente, rechazar al enfermo. Sin embargo, aunque esta situación es reconocida por lo que ellos son, o sea, por la solicitud de atención, el equipo de salud tiene que ser eficaz al tomar cuenta las necesidades del paciente. Se trata de una situación que se repite continuamente, y lo mejor para el equipo de diálisis, deba ser necesario reconocer y asumir el

papel de una madre comprensiva, continente de las necesidades y ansiedades de su paciente.

Como una preparación no solo de manipulación técnica, sino de manejo psicológico, será más fácil comprender y respetar al paciente renal, que es y debe ser el auténtico protagonista de su propia vicisitud.

Entendemos que con el trabajo interdisciplinar, con efectivos cambios y un manejo dirigido no solo a la sobrevivencia física, sino al auxilio en el proceso de rehabilitación y adecuación del paciente en el ámbito emocional y social, se ayuda a éste a encarar su dilema fatalista con una actitud de esperanza, como el sol en el invierno.

Referencias

- Alvarez-Ude F. Fernandez-Reyes MJ. Vasquez A. Mon C, Sanchez R & Rebollo P. (2001). *Nefrología*, 21(2), 191-9.
- Anderson J.S.R.N. & Ferrans, C.E. (1997). The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 185(6), 359-367.
- Barros, C.A. & Barros, T.M. (1985). Problemas emocionais como contra-indicação ao transplante renal relacionado: relato de um caso. *Rev. Pesquisa Médica*, 19(2), 156-158.
- Barros, C.A.S.M. & Barros, T.M. (1986). Dificuldades emocionais encontradas na indicação de transplante renal relacionado em crianças: relato de um caso. *Rev. Pesquisa Médica*, 21(3), 40-44.
- Barros, C.A.S.M. & Halperin, C. (1989) Consultoria Psiquiátrica em uma equipe de nefrologia. *Rev. ABP-APAL*, 11(4), 150-154.
- Bingaman, C. (1980). Dialysis team: an assessment of professional interaction. *Contemporary Dialysis*, 49(50), 60-70.

- Bihl M.A., Ferrans C.E. & Powers M.J. (1988). Comparing Stressors and Quality of Life of Dialysis Patients. *Amer Nephrol Nurs Ass J* 15,27-37.
- Blanco A.A., Rojas D. & De La Corte L. (2000). La psicología y su compromiso con el bienestar humano. In: Blanco A.A. e cols. *Psicología y Sociedad*. Real Sociedad Económica de Amigos del País, Valencia.
- Cieza J. Estremadoyro L. & Tenorio A. (1995). Influencia de la hemodiálisis sobre la capacidad laboral de pacientes en hemodiálisis crónica intermitente. *Rev Med Hered*, 6(1), 27-32, Lima.
- De Marco, M. A. (2003). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freuderberger, H.J. (1984). Organizational stress and staff burnout. *Dialysis & Transplantation*, 13(2), 104-104, Feb.
- Gameiro M. H. (1999). O sofrimento na doença. Coimbra: Quarteto Editora.
- Kaplan De-Nour A. & Shanan J. (1980). Quality of life of dialysis and transplanted patients. *Nephron* 25, 1170120.
- Kaplan De-Nour A. (1984) Stress and reactions of professional hemodialysis staff. *Dialysis & Transplantation*, 13(3), 137-149, Mar.
- Kaplan De-Nour A. & Czaczkes, J.W. (1976). The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. *Journal of Nervous Mental Disease*, 162,323-333.
- Levenson, J.L. & Glocheski, S. (2000). Doença renal terminal. In: STOUDEMIRE, A. (org.) *Fatores Psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Levy N. (1973). The psychology and care of the maintenance haemodialysis patient. *Heart and Lung*, 2, 400-405.
- Levy N. B. (1984). Psyconeurology - introduction. *Dialysis & Transpl*, 13(2), 92-98.
- Mallick N. P. & Gokal R. (1999). Hemodialysis. *The Lancet* 3539154: 737-742.
- Meneses R. & Ribeiro J. P. (2000). Como ser saudável com uma doença crônica: algumas palavras orientadoras. *Análise Psicológica* 4(XVIII), 523-528.
- Menzies, I.C. & Stewart, W.K. (1968) Psychiatric observations on patients receiving regular dialysis treatment. *British Medical Journal*, 45, 544-547.
- Parkenson G. R. Jr & Gutman R. A. (1997) Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int J Psychi* 27,(1), 33-45.
- Reichman, F. & Levy, N.B. (1972). Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. *Arch Intern Med*, 130,859-865.
- Ribeiro J. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rodríguez-Marín J., Pastor M. A. & López-Roig S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psychotema*, 5(1), 349-372.
- Schidler N.R. Peterson R.A. & Kimel P.L. (1998). Quality of life and psychosocial relationship in patients with chronic renal insufficiency. *Am Kid Dis*, 32(4), 557-566.
- Stedefort, A. (1991). *Encarando a morte - uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas

Stoudemire A. (org.) (2000). *Fatores Psicológicos afetando Condições Médicas*. Porto Alegre: ARTMED.

Testa, M. (1992). *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wolcott, D. (1986). Treatment compliance in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Am J Nephrol*, 6,329-338.