

La percepción de la insuficiencia renal crónica por el personal sanitario

C. Ventura, R. González*

Resumen

Aunque el descubrimiento del riñón artificial supuso en su día un avance biotécnico importante, actualmente se cuestiona, en base a la grave problemática psicosocial que padecen estos enfermos. Debiéndonos plantear si tal avance técnico ha supuesto realmente una alternativa humanamente válida o, por el contrario, está muy lejos de ello no sólo desde la perspectiva del que la padece, de la familia o del entorno más cercano, sino también desde la del equipo médico-sanitario que los asiste.

La respuesta requiere, al menos, la concienciación de esta problemática en base a las pautas de actuación del equipo asistencial en contacto con el enfermo de insuficiencia renal crónica (EIRC) y la consecuente adopción de medidas, para no añadir o maximizar la ya de por sí grave problemática psicológica de base que supone la insuficiencia renal crónica (IRC) y su tratamiento: la hemodiálisis. La necesidad y carencia de una preparación psicológica adecuada de dicho personal y la falta de recursos, especialmente humanos especializados, para tratar a estos enfermos, aparecen estrechamente vinculados al tratamiento influyéndole negativamente.

El estudio que se presenta intenta ser una iniciativa de aproximación realista y globalizadora ante dicha problemática, considerando la vivencia de los ATS, a través de su opinión, como una contribución insoslayable a dicha temática.

PALABRAS CLAVE: Diálisis. Enfermería. Percepción. Stress.

The perception of chronic renal failure by the nursing staff

Although the discovery of the artificial kidney meant an important biotechnical advance in its day, it is currently being questioned on the grounds of the serious psychosocial problem suffered by these patients. Thus we

must ask ourselves if said technical advance has really meant a humanely valid alternative, or whether on the contrary, it falls short; not only from the point of view of the patient, his family or those nearest to him, but also from that of the medical teams who attend him.

The reply requires, at least, an awareness of this problem bases on the standards of the attending team's performance with the chronic renal failure patient and the consequent adopting of measures to avoid increasing or maximizing the already serious basic psychological problem of Chronic Renal Failure and its treatment: hemodialysis. The need for and the lack of suitable psychological training for said teams and the lack of means, particularly specialised human ones to deal with these patients, seem to be clearly related to the treatment's having a negative influence.

This study is intended to be a realistic and overall approach to the problem, considering the nurses' experience -through their opinions- as an essential contribution to the subject.

KEY WORDS: Dialysis. Nursing staff perception. Staff stress.

Introducción

El tema más destacado y enunciado por el personal asistencial que atiende al enfermo de insuficiencia renal crónica (EIRC) es su preocupación por la dificultad o conflicto de rol. Ésta es la consecuencia de la complicada relación que se da con este tipo de enfermos. Se considera que en la base de dicha relación se encuentra el problema del "autocuidado y la responsabilidad", que fundamenta la actitud que se tiene hacia el enfermo en general y hacia el EIRC, en particular. Según las distintas actitudes que se adopten, tanto por parte del enfermo como del médico y/o personal sanitario y según la compatibilidad o incompatibilidad de éstas, en función del "rol enfermo" "rol médi-

* Policlínica Miramar.
Servicio de Nefrología Virgen del Lluç.
Departamento de Psicología de la U.I.B.
Palma de Mallorca (Balears).

co/sanitario", se generarán consecuencias diversas. Estas actitudes y contenido de roles determinarán las condiciones o las premisas de la relación entre ambos colectivos.

Las características tan peculiares de este tratamiento y la fluctuación general que supone la insuficiencia renal crónica (IRC) exigen al enfermo dos actitudes contradictorias y por lo tanto difíciles de conjugar. Por un lado, le demanda una cooperación activa y una responsabilidad para seguir un régimen y una dieta muy particular y estricta, somitiéndole, además, a una medicación, una higiene y un conocimiento amplio de sus posibilidades, reacciones o aptitudes hacia el autochequeo (1, 2). Pero, por otro lado, le impone un grado de dependencia importante a diferentes niveles (máquina, sesiones, revisiones, personal médico/sanitario, etc.). Ello es difícil de compaginar y el EIRC se debate entre el rol de enfermo convencional y el de "sano-enfermo". El primero de estos roles implica ser dependiente y dejar gran parte de la responsabilidad a los equipos asistenciales. El rol de "sano-enfermo" implica una vida fuera del hospital, el autocuidarse y autorresponsabilizarse de su tratamiento, con la consecuente responsabilidad ante su enfermedad, necesitando respetar unas restricciones de diferentes niveles de dificultad.

Esta realidad de roles puede plantear posiciones cognitivas, actitudinales y conductuales muy diferentes intra- e intergrupo. Como puede deducirse de lo expuesto, el rol del ATS desborda los cánones tradicionales de "cuidar" al enfermo, situándole en una posición más compleja: ayudar a un "crónico" (3-6).

Las demandas o expectativas que se generan en esta compleja situación no siempre coinciden, pudiendo presentarse discordancia a nivel de relaciones bipersonales y/o grupales. Esta dinámica genera una compleja red o tejido relacional multivariante, que creará y determinará interacciones muy diversas, complejas y contradictorias o ambivalentes, en la mayoría de los casos. Además, estarán influenciadas por la fluctuación del estado médico del paciente y la consiguiente asimilación y acomodación que haga, lo cual revertirá en su posición o rol.

De todo ello y del posible "choque negativo" que parece darse en el ATS ante dicha enfermedad, ya sea como consecuencia directa de ésta o a través de las peculiaridades que presentan los que la padecen, surge el que, en la mayoría de estudios que aparecen en la bibliografía, se plantea que el personal sanitario de las unidades renales presenta un nivel de estrés superior a otras unidades de enfermería (7-14). En estos trabajos, se analiza y se pone en evidencia por sus autores que la problemática que se da en dichas unidades es provocada por la importante presión psíquica a que dichos profesionales están sometidos. Dichos

autores consideran que el estrés del personal sanitario puede derivarse de tensiones latentes o manifiestas, que interfieren en las relaciones paciente-ATS, sin olvidar que esta situación, en última instancia, puede perjudicar o influir negativamente en la asimilación y acomodación que el enfermo haga a su tratamiento, a su situación y por ende a sí mismo.

Esta realidad planteada, así como la problemática psicológica y psiquiátrica que padece el enfermo y su necesidad de atención psicológica, ha sido ampliamente tratada en la literatura especializada (3, 5, 15-18). Sin embargo, hay que señalar que esta problemática en los EIRC fue muy debatida en sus comienzos, requiriéndose en aquellos momentos un estudio de los mismos para valorar su capacidad de adaptación a la hemodiálisis (16-21) y en función de los resultados decidir su inclusión en programa. Todo esto se replantea después de muchos años, cuando actualmente la selección de pacientes no se lleva a cabo bajo dicha perspectiva, siendo incluidos en programa de hemodiálisis todos los enfermos que lo necesitan y se puedan beneficiar de este tratamiento para seguir viviendo. Esta actitud médico-sanitaria determina que la lucha por la "muerte inminente" de estos enfermos esté resuelta, pero a cambio de una "adaptación" dudosa (22-25), además de la compleja relación asistencial generada, que aparece perturbada, en ambos sentidos, determinando todo ello el que una minusvalía física, que es más o menos compensada, se transforme o desencadene una minusvalía psíquica, lo cual aparece de modo bastante generalizado (26). Esta incidencia del tratamiento en el EIRC parece imposibilitarle una calidad de vida aceptable en su dialéctica con la muerte, por lo que sería necesario reconsiderar la validez del tratamiento y el derecho del enfermo a elegir y a recibir el apoyo que necesite y/o como alternativa plantearse de nuevo la selección de los enfermos (25, 27).

Esta compleja realidad, no sólo es padecida por el enfermo y su familia, sino que también es vivida intensamente y con repercusión trascendental, en muchos casos, por el equipo o staff que los atiende, suponiendo interacciones negativas de un colectivo en el otro (Ventura, 1986, tesina), superponiéndose de modo bastante generalizado a esta dinámica propia del equipo asistencial de Nefrología la carencia de una preparación "adecuada" y "necesaria" para afrontar la compleja situación que se genera y manejar convenientemente las variables que intervienen, con el fin de controlar en lo posible sus efectos. A esta realidad, hay que añadir la ausencia, en la mayoría de los casos, de personal especializado en las áreas psicológica, psiquiátrica y social. Áreas éstas, que no pueden ser negadas por la trascendencia de su repercusión y tan necesarias para ayudar tanto al

enfermo y a su familia como al equipo asistencial. Todo esto puede contribuir a mejorar las relaciones (24), así como sus influencias mutuas, en favor de una mejor asimilación y acomodación a la IRC por parte de ambos colectivos. Esta alternativa en último término permitiría una mejor asistencia a dicho enfermo y, por ende, unas mejores influencias para la adaptación a su compleja y difícil situación.

Todo lo expuesto perfila someramente la "realidad" de la IRC y su compensación (la hemodiálisis), destacando los factores "exógenos o indirectos" a ella, que interfieren. Estos últimos parecen poseer un peso importante que puede perjudicar la ya problemática y dudosa "habilitación/rehabilitación-asimilación/acomodación" que necesita realizar el enfermo (22, 28, 29, Ventura, 1986).

Como contribución a la problemática expuesta anteriormente (22, 29, 30, 31), el objetivo principal de este trabajo se centra en la exploración de la percepción del ATS respecto a su relación con el médico, el enfermo y la enfermedad, así como las repercusiones que ello conlleva.

Hay que señalar que este trabajo intenta constituir una primera aproximación objetiva y globalizada de las posibles necesidades psicológicas, tanto del personal sanitario como de las personas afectadas por dicha enfermedad.

Material y métodos

Para abordar los objetivos propuestos, se confeccionó un cuestionario-encuesta elaborado a partir de la práctica profesional y de la bibliografía, orientado hacia el ATS de Nefrología. Éste es el profesional que mayor relación y conocimiento personal posee, actualmente, sobre estos pacientes, debido a las características del tratamiento (su asiduidad).

Los contenidos de la encuesta se establecieron a partir de la experiencia adquirida durante 4 años de trabajo con diversos colectivos del mundo de la hemodiálisis (enfermos, personal médico y sanitario) y del análisis de la bibliografía existente.

Esta encuesta contempla tres áreas o aspectos diferentes pero interconexos e interinfluyentes. En primer lugar, la interrelación ATS-médico, orientada a conocer el nivel de comunicación existente en dicha relación, en función del enfermo. En segundo lugar, la interacción entre el ATS-enfermo. Por último, la vivencia de la enfermedad por el ATS. Estas áreas fueron tituladas respectivamente: Frente al médico, frente al enfermo y frente a sí mismo.

La encuesta fue presentada en un lenguaje coloquial, comprensible por personas no familiarizadas con los términos psicológicos. Para su administración, se aprovechó un evento científico, por

reunir un colectivo de diferentes puntos geográficos de España, considerándose una buena muestra para la recogida de datos.

La muestra está formada por 50 ATS, cuyas edades oscilan entre los 24 y 44 años (media de edad, 30,6 años). La mayoría de la muestra está compuesta por mujeres (46) frente a sólo 4 hombres. Aproximadamente un tercio (16) de la muestra trabaja en centros privados de hemodiálisis, mientras que la mayoría (34) lo hacen en la Seguridad Social u otros centros públicos (Provincial, Clínico...). Por último, el tiempo que cada sujeto de la muestra ha trabajado en el centro de hemodiálisis oscila entre los 2 y 14 años. Se descartaron los ATS con una experiencia inferior a 2 años, por considerar que aún no habían integrado los mecanismos propios de la enfermedad. Se observa que predominan (36 sobre 50) los que han permanecido en dicho programa un tiempo inferior o igual a 7 años, mientras el resto de sujetos (14) se sitúan entre los 8 y 14 años.

A continuación, se realiza la presentación y discusión de los resultados obtenidos.

Presentación y discusión de los resultados

El estudio de los resultados se ha realizado a través de las tres áreas contempladas en la entrevista: Frente al médico, frente a sí mismo y frente al enfermo.

A. Frente al médico

En los resultados obtenidos en esta área, referente a la actitud del ATS frente al médico y otro personal sanitario (tabla I), se observa globalmente que existe una carencia de trabajo en equipo. Este hecho se ve materializado por la falta de apoyo profesional (12 %) y éste depende de los casos en un 66 %. Estos datos son más evidentes en la información referente al trabajo en equipo, donde más de la mitad (52 %) manifiestan su ausencia, así como la sensación de soledad (sí, 20 %; a veces, 54%). Todas estas carencias parecen tener su base en la falta de comunicación entre el personal sanitario (68 %), donde tres cuartas partes de la muestra así lo expresan. Esto mismo parece ocurrir en lo referente a la falta de discusión (80 %) sobre las situaciones que se presentan.

Estos datos indicarían que en la mayoría de los casos el personal ATS se encuentra confrontado en solitario a su responsabilidad profesional. Este hecho, aunque corresponde al personal de hemodiálisis, no se puede asegurar que sea una característica exclusivamente suya y no una dinámica institucional de la que participa el personal sanitario en general. Sin embargo, consideramos este hecho en el ATS nefrológico como específico, de-

TABLA I
Actitud del ATS frente al médico

	N.º Total	%
<i>Falta apoyo</i>		
Sí	6	12
No	11	22
A veces	33	66
<i>Falta de trabajo en equipo</i>		
Sí	26	52
No	22	44
N. C.	2	4
<i>Falta de información</i>		
Sí	34	68
No	15	30
N. C.	1	2
<i>Sensación de soledad</i>		
Sí	10	20
No	13	26
A veces	27	54
<i>No discusión</i>		
Sí	40	80
No	10	20

bido a la trascendencia del acto de la hemodiálisis que fundamenta dicho énfasis.

B. Frente a sí mismo

Continuando el análisis de los datos obtenidos, en segundo lugar se estudian cómo se sitúa el ATS, tanto respecto a la enfermedad cómo frente al paciente. Referente a la vivencia de la enfermedad y la muerte se observa globalmente (tabla II) que al ATS, al confrontarse a estas situaciones, le provoca alteraciones en su estado emocional (deprime y atemoriza, 44 %). Posiblemente por que presente esta enfermedad como fatal (32 %).

La mayoría considera que esta percepción de la enfermedad incide o se proyecta en la relación con el enfermo (sí y a veces, 78 %). A partir de estos resultados, podemos plantearnos que el personal sanitario que atiende a estos pacientes está confrontado en su trabajo, no sólo a las exigencias profesionales del mismo, sino también a la necesidad cognitiva emocional de integrar y/o manejar las vivencias que provoca. Esta situación, además, parece trascender a las relaciones entre ATS-enfermo, constituyendo un ente presente-ausente en su tarea profesional y personal.

Referente a la relación con el enfermo y el efecto del trabajo en la vida privada del ATS, se observa en los datos obtenidos (tabla III) que, aunque el personal sanitario se enfrenta a su trabajo con profesionalidad (trato al enfermo educativo, 52 %; aceptación del enfermo, 84 %), todo parece indicar que esta actitud no es suficiente para

TABLA II
Actitud del ATS frente a sí mismo

	N.º Total	%
<i>Vivencia de la enfermedad</i>		
Mal	15	30
Bien	15	30
Igual otro	16	32
La peor	3	6
N. C.	1	2
<i>Proyecta vivencias</i>		
Sí	13	26
No	11	22
A veces	26	52
<i>Vivencias frente a la muerte</i>		
Natural	25	50
Extraordinario	3	6
Deprime	19	38
Atemoriza	3	6
<i>Muerte del enfermo</i>		
Natural	6	12
Deprime	10	20
Depende enfermo	34	68
<i>Su tuviera que entrar en diálisis</i>		
Fatal	16	32
Bien	1	2
Regular	5	10
Preferiría morir	4	8
Intentaría superar	23	46

manejar las alteraciones que las exigencias de su dedicación le producen. Este hecho aparece claramente expresado en la repercusión que su labor profesional tiene en la vida privada (a veces, 58 %; trastornos emocionales, depresiones, 58 %) en la muestra estudiada. Todos estos datos hacen pensar que el desgaste o coste personal que tiene su trabajo puede llegar a alterar su equilibrio emocional. De todos modos, parece que estos profesionales están motivados (60 %) en su trabajo y la mayoría (70 %) manifiesta su deseo de permanecer en este servicio. Toda esta información ratifica el impacto emocional de su actividad profesional y parece no tener aparentemente incidencia negativa sobre la motivación y valoración en dicha actividad profesional. O bien toda esta problemática le repercute a favor de una valoración mayor de su rol profesional, a pesar o como consecuencia de la trascendencia sentida.

C. Frente al enfermo

Sobre los datos referentes a la percepción del personal sanitario, de la posible incidencia del tratamiento en la personalidad de los pacientes en hemodiálisis (tabla IV), la idea general que aparece es que el ATS percibe a estos enfermos con trastornos psicológicos (56 %).

TABLA III
Actitud del ATS frente al enfermo

	<i>N.º Total</i>	<i>%</i>
<i>Trato enfermo</i>		
Protector	2	4
Autonomía	18	36
Educativo	26	52
N. C.	4	8
<i>Aceptación por el enfermo</i>		
Sí	42	84
No	0	0
A veces	8	16
<i>Interés profesional</i>		
Sí	17	34
No	13	26
A veces	20	40
<i>Estimulación del trabajo</i>		
Sí	30	60
No	0	0
A veces	20	40
<i>Deseos de cambiar</i>		
Sí	4	8
No	35	70
Una temporada	10	20
N. C.	1	2
<i>Repercusión en casa</i>		
Sí	3	6
No	11	22
A veces	29	58
Poco	4	8
Bastante	3	6
<i>Depresiones sufridas</i>		
Sí	21	42
No	35	50
Muy a menudo	1	2
N. C.	3	6

Dichos trastornos son la consecuencia del tratamiento (76 %), cuya acción persistente agrava el estado psíquico del enfermo (54 %). Esta valoración de la realidad del enfermo les lleva a considerar la necesidad de atención psicológica de estos pacientes (60 %). Aunque la muestra utilizada es reducida y el instrumento limitado, los datos son indicativos y sí informan, con bastante evidencia, que el enfermo renal crónico, debido a las exigencias terapéuticas de la enfermedad, presenta alteraciones psicológicas perceptibles para el personal sanitario, siendo éstas, quizás, más evidentes con el tiempo, pero fluctuantes dependiendo de cada individuo.

A estos comentarios, hay que sumar la percepción que el ATS tiene de la personalidad de estos pacientes. A este respecto, las mayores puntuaciones obtienen los calificativos de: Exigentes, ego-céntricos, intolerantes, dependientes... Obtienen menores puntuaciones: Impulsivo, baja compren-

sión, extrovertido, optimista... Estos resultados indican una percepción algo "tiránica" del paciente hacia el ATS, pudiendo dificultar las relaciones entre ambos grupos. A esta información hay que añadir los problemas que, desde el punto de vista del ATS, padecen los enfermos. Las puntuaciones más elevadas se centran en los problemas sexuales, laborales, económicos y de identidad. Aunque se consideran problemáticas o alteradas todas las relaciones del paciente con su medio (desde los aspectos lúdicos, hasta la familia o alimentación, etc.).

Otro punto que se aborda en el cuestionario es el referente a los recursos que el ATS considera que tiene para manejar adecuadamente las exigencias de su trabajo. De forma global, los resultados obtenidos (tabla V) indican que son valorados por éstos como insuficientes. Las preguntas que hacen referencia a los conocimientos psicológicos necesi-

TABLA IV
ATS: Percepción de las alteraciones psicológicas del enfermo

	<i>N.º Total</i>	<i>%</i>
<i>Necesita atención psicológica</i>		
Sí	30	60
No	0	0
A veces	5	10
Todos	5	10
Algunos	10	20
<i>Trastornos psicológicos</i>		
Pocos	0	0
Algunos	12	24
Mayoría	28	56
<i>¿Cuándo?</i>		
Siempre	5	10
A temporadas	5	10
Al entrar	4	8
Muchos años	2	4
Depende del enfermo	32	64
<i>¿Ya los tenía?</i>		
Sí	7	14
No	34	68
N. C.	9	18
<i>¿Consecuencia del tratamiento general?</i>		
Sí	38	76
No	3	6
N. C.	9	18
<i>¿Se han agravado?</i>		
Sí	27	54
No	13	26
N. C.	9	18
<i>¿Por tratamiento hemodiálisis?</i>		
Sí	31	62
No	5	10
N. C.	14	28

TABLA V
Frente al enfermo:
Preparación psicológica del ATS

	N.º Total	%
<i>Falta preparación psicológica</i>		
Sí	14	28
No	2	4
Algunas veces	22	44
N. C.	12	24
<i>Falta de recursos sociales</i>		
Sí	23	46
No	2	4
Algunas cosas	15	20
N. C.	10	20
<i>ATS mejora con psicológicos</i>		
Sí	44	88
No	4	8
N. C.	2	4
<i>Ayudaría más al enfermo</i>		
Sí	37	74
No	1	2
A veces	12	24
<i>Prevenir</i>		
Sí	26	52
No	4	8
A veces	20	40
<i>ATS manejaría mejor</i>		
Sí	35	70
No	3	6
A veces	12	24
<i>Conocer psicolog. a los enfermos</i>		
Sí	9	18
No	6	12
Algunos	33	66
N. C.	2	4
<i>¿Sabes manejarlos?</i>		
Sí	11	22
No	1	2
A veces	36	72
N. C.	2	4

TABLA VI
Transgresiones: Tratamiento (en %)

	A temporadas	Al principio	Años	Total	N. C.
Líquido	38	16	26	80	20
Alimentos	34	12	32	78	22
Sal	28	4	38	70	30
Medicación	16	4	46	66	34
Falta diálisis	—	6	2	8	92
Amenaza suicidio	—	4	16	20	70
Intento suicidio	—	2	8	10	86
Desconexión líneas	—	4	10	14	86

suicidio o una forma de materializarlo como es la desconexión de líneas.

Lo primero que llama la atención en estos datos es el aumento de omisiones de respuestas en este tema y concretamente en lo referente al posible suicidio.

Sobre las transgresiones de alimentos, se observa que suelen realizarse generalmente de modo intermitente (34 %) y que éstas se estabilizan cuando el paciente lleva años (32 %) con el tratamiento. Hay que señalar que en el proceso inicial las transgresiones son poco frecuentes. Los líquidos (38 %) son los más transgredidos intermitentemente y en segundo lugar los alimentos (34 %), siendo inferiores los de sal (28 %) y medicación (16 %). Sin embargo, cuando se llevan más de 2 años en hemodiálisis las transgresiones se invierten, es decir, que los medicamentos (46 %) alcanzan la cota más alta, seguida de la sal (38 %), alimentos (32 %) y por último los líquidos (26 %). Aunque las diferencias que aparecen no son estadísticamente significativas, sí pueden ser indicativas de una posible incidencia del tiempo en la conducta alimenticia en relación con las exigencias de su tratamiento.

Estos resultados, también podrían informar de que el enfermo, transcurrido un tiempo, se considera familiarizado con su enfermedad e intenta controlar el efecto de sus transgresiones, con el fin de conocer el límite de su organismo o para intentar definir su posición de sano o enfermo y por ende sus roles. Estas transgresiones también podrían indicar una cierta saturación de las exigencias del tratamiento y éstas constituyen formas de afrontamiento como formas de rebelarse, como mecanismo de evasión o compensación, o como parece ser en algunos casos formas de suicidio encubierto. Como procesos de tanteo en base a querer resolver su crisis de identidad que en estos enfermos crónicos parecen ser "crónicos" (debido a la fluctuación de sus estados de salud-enfermedad y a las demandas contradictorias del tratamiento),

rios para comprender las necesidades de estos pacientes (sí, 28 % y en algunas cosas, 44 %) indican la desproporción que parece existir entre los recursos y las exigencias o demandas de este tipo de enfermos. Esta situación parece ser asumida por el personal, al considerar la mayoría (88 % y 74 %) que una mejor preparación en este campo les permitiría ayudar al paciente, así como manejar de forma más eficaz sus demandas.

En relación a los datos obtenidos sobre las transgresiones (tabla VI), se han considerado conjuntamente los aspectos de alimentación y otras formas de auto-amenaza sobre su vida, como el

que hace muy difícil el definirse y/o asumir. De ahí que los profesionales de la salud mental se replanteen si dicho avance biotécnico ha supuesto una alternativa válida.

En cuanto a los intentos de suicidio, en los datos obtenidos, llaman la atención el número elevado de ausencias de respuestas en las preguntas referentes a este tema. Este hecho podría indicar una cierta inhibición del ATS frente a estas cuestiones, así como la dificultad de definirse frente a un tema tan delicado.

Sin embargo, cabe señalar que son pocas las amenazas o intentos de suicidio y si éstos aparecen es después del año en hemodiálisis (16 % y 8 %). Esto mismo ocurre con la desconexión de líneas (10 %), que son conductas que suelen aparecer con el tiempo. Estos datos parecen desmitificar la creencia del alto riesgo de suicidio en estos pacientes y corroboran los datos que aparecen en recientes investigaciones sobre el tema (22).

Conclusiones

Como puede observarse de los datos presentados, las exigencias hacia el ATS de hemodiálisis parecen ir más lejos de la tarea estrictamente "médica". Este hecho puede ser la consecuencia, por un lado, de la relación continuada y periódica que la hemodiálisis impone, por lo que la relación deja de ser puntual (como en la mayoría de las otras enfermedades) y da paso, por su periodicidad, a otro tipo de relación que trasciende lo médico. Las características de esta actividad profesional introducen relaciones más complejas, con sus transacciones emocionales, que requieren nuevas exigencias en su labor. Frente a estas demandas manifiestan sus carencias para abordarlas adecuadamente.

En los resultados, se ha podido observar que el trabajo en equipo está casi ausente entre los profesionales de la hemodiálisis. Este hecho es considerado como negativo para la labor profesional. Los datos también indican que el trabajo con este tipo de enfermos repercute en el equilibrio emocional del ATS, incidiendo, en ocasiones, en la vida familiar. Referente a la percepción del enfermo, los resultados informan que la hemodiálisis repercute sensiblemente, en la vida emocional de los paciente, pudiendo llegar a provocar conductas patológicas. Por último, hay que señalar las carencias manifestadas por el ATS en lo referente a los conocimientos psicológicos, así como la necesidad de ellos para enfrentarse con las exigencias del trabajo.

Por otro lado, no hay que olvidar que el EIRC depende de la máquina y del profesional sanitario para vivir. Tiene, por lo tanto, que manejar en parte su enfermedad, a través de las relaciones

con la máquina y de la persona que hace de puente entre las dos. La particularidad que parece caracterizar estas relaciones entre enfermo-ATS es que son consideradas como ambivalentes y complejas, para las dos partes. Esta realidad, con muchas más variables de las aquí enunciadas, pueden ser la causa de las necesidades planteadas por dicho personal sanitario.

Todo lo expuesto, parece referirnos a una situación singular debida a la enfermedad que padecen y a las características del tratamiento, que hace a este tipo de pacientes diferentes a otro tipo de enfermos crónicos. Esto es debido, principalmente, a que su nueva situación (que, además, es fluctuante y por ello conlleva graves crisis de identidad) altera considerablemente sus anteriores parámetros de vida. La acomodación que "pueda" hacer de su nueva situación, debida a las características de la realidad que la determina, parece estar además altamente mediatizada por los profesionales que atienden a dichos pacientes, que a su vez sufren consecuencias indirectas de la IRC.

Bibliografía

1. Boyd, L. M.: How do you deal with patient who is uncooperative and non compliant? Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc., 12 (6): 417-425, June 1983.
2. Buisan, R.; Cabañuz, B.; Galera, A.; Portearroyo, M. A.; Reyero, A. M.: Rol del equipo de enfermería en el autocuidado integral de los pacientes renales crónicos. BISEAN, IV trimestre: 29-32, 1983.
3. Ventura, M. C.: La ayuda psicológica un derecho que el enfermo en programa de hemodiálisis debe tener. ALCER, 34: 18-30, octubre 1983.
4. Ventura, M. C.: ¿Cuál es el primer paso para que un enfermo de riñón se enfrente a su situación de crónico? ALCER, 33: 17-21, agosto 1983.
5. Ventura, M. C. y cols.: I. Encuentro nacional de asistencia psicológica a enfermos renales, 4-7. Caja de Ahorros Provincial de Murcia, 1984.
6. González, R.: El enfermo renal terminal. En Belloch, A.; Barreto, P.: Psicología clínica: Trastornos bio-psicosociales, 85-141. Promolibro, Valencia, 1986.
7. Abrams, L.: A study of groupe therapy with dialysis patients, the integration of education preciss. Proc. Eur. Trasplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc., marzo 1980.
8. Burke, J. Z.: Help for troubled Nephrology personal. Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc.: 803-806, november 1983.
9. Gurutze, A.: Opinión de un ATS en hemodiálisis. ALCER. 30: 25-27, enero-febrero 1984.
10. Freudemberg, H. J.: Organitational stress and staff Burnout. Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc., 13 (2): 104-144, 1984.
11. Kaplan De Nour: Stress and reactions of profesional hemodialysis staff. Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc., 13 (3): 137-144, 1984.

12. Smith, S.: Stress amongst staff on a Renal Unit. University of Sheffield, U.K. EDTNA-ERA (236), 1986.
13. Techert, F.; Wizemann, V.: Ten years experience with short dialysis. A decade of staff stress. Patienten Heimwversorgung Giessen. F.R.G. EDTNA-ERA. (239), 1986.
14. Devins, G.: The impact of suffering on the dialysis nurse. Proc. Eur. Dial. Trasplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc., 12 (10): 719-724, oct., 1983.
15. Levy, N. B.: Psychological complication of dialysis. Psychonephrology to the rescue. Bull. Memninger. Clin. 48 (3): 237-250, may 1984.
16. Levy, N. B.: The psychological studies at the dowstate medical center of center of patiens on hemo-dialysis. Med. Clin. North. Am., 61: 759-769, 1977.
17. Levy, N. B.: Psychological problems of the patiens on hemodialysis and their treatment. Psychother. Psychosom., 31: 260-266, 1979.
18. Abram, H. S.: The psychology of chronic illness. J. Chronic Dis., 25: 659-664, 1972.
19. Abram, H. S.: Psychiatrist, the treatment of Chronic Renal Failure and the prolongation life. Am. J. Psychiatry, 124: 1.351-1.357, april 1968.
20. Becker, D.; Igoin, L.: Approche dynamique du status creé par l'hemo-dialyse chronique. Bulletin de Psychologie, 28 (10-12): 536-551, 1974.
21. Becker, D.: Implications psychologiques de la chronicité de l'hemo-dialyse. Conc. Med., 94 (4): 6.619-6.622, 1974.
22. Liaño, F.: Algunos aspectos de la relación médico-enfermo en una unidad de diálisis. El enfermo y el personal asistencial. Rev. Clin. Esp., 146 (3-4): 383-385, 1977.
23. Zahonero, M. C.; Polaino, A.: Hemodiálisis, ansiedad y variables demográficas. SEDYT, VIII-4: 137-142, oct. 1986.
24. Seime, R. J.: Dialysis: A unique challenge. Life span developmental psychology. Copyright by Academic Press, 1983.
25. Rankin, D. F.: Whose death is it anyway? Dept. of Nursing, University of Manchester, England. EDTNA-ERA. (236), 1986.
26. Ulan, R. A.: Withdrawal from hemodialysis: A patient decides. Proc. Eur. Dial. Trasplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc., 12 (5): 397-400, may 1983.
27. Oreopoulos, D. G.: Should we let them die? The moral dilemas of economic restraints on life support treatments. CMAJ, 126: 745-746, 1982.
28. Tiesat, H.; Logue, P. E.; McCarthy, S. M.: Psychological measurement of memory deficits in dialysis patients. Percept. Mot. Skills, 50 (1): 311-318, feb. 1980.
29. Mingote, J. C.; Liaño, F.; Rallo, J.; Celdran, M. T.; Matesanz, R.: Relación médico-enfermo, reuniones periódicas del equipo nefrológico en una unidad de hemodiálisis. Med. Clin., 151 (3): 229-231, 1978.
30. Becker, D.: Le medicin et l'équipe soignante devant les malades en hemodialyse chronique. Psychosom. Med., 14 (2): 171-181, 1972.
31. Levy, N. B.: The teaching of liaison psychiatry in the hemodialysis center. Bibl. Psychiatr., 159: 141-144, 1979.
32. Miñarro, J.; Simon, V.; Castaño, D.: Estudio de la ansiedad en pacientes en hemodiálisis y trasplantados. Rev. Gen. Aplic., 40 (2): 317-329, 1985.