

Resultados y Comentario

«Encuesta-Cuestionario A.T.S. de Hemodiálisis»

M^a CLARA VENTURA OBRADOR
Psicólogo de la Policlínica Miramar
Palma de Mallorca

Introducción

El cuestionario encuesta entregado en el Congreso de Nefrología celebrado en Palma de Mallorca em Noviembre de 1984 al personal A.T.S. de hemodiálisis, fue confeccionado con la intención de recoger información sobre diferentes aspectos en que se mueve el mundo de la HEMODIALISIS.

Esta encuesta fue dividida en tres apartados a fin de contemplar tres perspectivas diferentes, pero, interconectables. Estas fueron:

1.- La interconexión ATS - medico, para analizar que tipo de comunicación, vivencias y sobre todo la interacción existente en dicha relación, en función del enfermo.

2.- La interconexión ATS - enfermo, para descubrir la relación y comunicación que se daba entre ellos y el conocimiento que el ATS tenía de sus enfermos.

3.- Vivencia del ATS con la enfermedad: su enfrentamiento con ella, mecanismos compensatorios y defensivos que crea, así como qué transferencias, contratransferencias y proyecciones se pueden dar.

Todo ello lo iremos analizando en cada apartado de la encuesta. Antes de ello, debemos comentar algunos puntos, para valorar debidamente la citada encuesta:

a) La formalización de la encuesta, no fue numerosa ya que solo fue refrendada por 44 personas de las... que asistieron al Congreso, lo que nos obliga a contemplar la hipótesis de que entre los asistentes al mismo fueron los más interesados en el tema, los profesionales de dentro y por supuesto con un mayor nivel de satisfacción en su trabajo y por un mayor contacto, mas positivo, con los enfermos.

Ello por un lado invalida la generalización de los resultados al colectivo de ATS en hemodiálisis; pero por otra parte puede darse mayor fiabilidad a los resultados, en el sentido de considerar los datos aportados por personas estudiosas y preocupadas por su trabajo y como consecuencia por sus enfermos.

b) Se ha analizado la encuesta en función de tres niveles de experiencia:

a. Personal con poca experiencia, de 3 a 5 años (salvo una excepción).

b. Personal de mediana experiencia, de 5 a 9 años.

c. Personal de máxima experiencia, de 9 a 14 años de dedicación.

Todo ello para saber si había diferencias significativas que dieran luz a procesos educativos en dicha interacción, en función de la experiencia. Las diferencias significativas de cada apartado, si las hay, procederemos a su análisis y comentario.

4.- Otra variable que se ha tenido en cuenta a la hora de analizar los resultados de la encuesta, ha sido la de considerar la pertenencia de los encuestados a un centro privado o a centro de la S. Social, con el resultado de no encontrar diferencias significativas.

5.- La variable «sexo» en los encuestados, apenas se ha podido contemplar debido a que sólo había 3 varones que rellenaron la encuesta, y las diferencias existentes no me atrevo a comentarlas, por su escasa fiabilidad y validez.

6.- Hay alguna pregunta mal planteada y confusa, por lo que las contestaciones pueden ser contradictorias y por lo tanto su fiabilidad es nula. Como ocurre en la pregunta (B) frente al enfermo, el ítem 4. - En el ítem 12, la segunda parte de la pregunta ¿Cuales le influyen más? queda invalida debido a confusión al responder.

MUESTRA TOTAL DE CUESTIONARIOS CONTESTADOS : 44

- 10 - A.T.S. mujeres de 10 a 14 años de experiencia
- 3 - A.T.S. hombres de 5 a 10 - 13 años en dialisis
- 16 - A.T.S. mujeres de 6 a 9 años de experiencia
- 15 - A.T.S. mujeres de 3 a 5 años de experiencia

- La muestra de hombres es de edades comprendidas entre 27 y 41 años. Dos de ellos han trabajado en lo privado y en la Seguridad Social. El otro en Seguridad Social.
- La muestra de mujeres del grupo de más años de experiencia, es de edades comprendidas entre 30 y 40 años. De las cuales 8 trabajan en la Seguridad Social, 1 en lo privado y 1 en ambos.
- La de A.T.S. con experiencia de 6 a 10 años, sus edades están comprendidas entre 26 y 39 años. Trabajando 12 en Seguridad Social y 4 en lo privado.
- Y por último el grupo con experiencia de 3 a 6 años, sus edades están comprendidas entre 24 y 44 años. Trabajando 9 en Seguridad Social y 4 en lo privado.
- Así pues, el total de la muestra comprende A.T.S. entre 24 y 44 años. Trabajando en la Seguridad Social: 30, en lo privado: 10, y en ambos: 3.
- Las diferencias que pueden existir en el cómputo de las diferentes muestras y el total de dicha población es debido a ausencias de contestación en algunos items de algunos cuestionarios.

A - Frente al médico

- 1) Falta de apoyo: a veces (29). Coincidiendo en todos los grupos.
- 2) Falta de trabajo en equipo: si (23) no(20). Empatando el grupo de 3-5 años y de 6-9 años.
- 3) Falta de información sobre el enfermo: si (27).
- 4) Sensación de excesiva responsabilidad: veces (23). Ganado el si, en el grupo de 10-14 años.
- 5) Falta de discusión de casos: si(32).

Comentario: Las conclusiones parecen claras, en cuanto a la falta de información, discusión de casos, reciclajes etc... Todo él quizás sea justificado mas que por la falta de interés, por la falta de tiempo y la escasez de personal en algunos centros. En cuanto a la falta de apoyo, de trabajo en equipo y sensación de excesiva responsabilidad parece ser que no es siempre, sino en determinados centros o en determinados momentos. Aquí haría falta ma-

yor información o investigación sobre las posibles causas de ello. Quizas nos aventuramos a decir que la falta de una buena coordinación y organización puede ser efecto de una carencia de personal y por lo tanto de tiempo o lo que es lo mismo, la masificación de pacientes pero tambien puede ser causa del individualismo que padecen muchas personas y su poco interes y motivación para trabajar en equipo, y lo que ello supone de mayor igualdad y aceptación del trabajo. Perdiéndose con todo ello mucha información por falta de una buena comunicación e interacción en el tratamiento del enfermo. Se trata pues, no sólo de actuar siguiendo unas directrices más o menos amplias, sino de interactuar. Todo ello enriquecerá no sólo al enfermo sino a todas las personas que le llevan, sintiéndose mas apoyadas unas en otras, intercambiando informaciones que de otro modo, como he dicho se pierden, y recopilando

mayor número de datos y mas objetivos al ser aportados, analizados y discutidos por todos. Mencionarse otro aspecto que creo que influirá en lo expuesto anteriormente y es el de la ilusión, las crisis de falta de motivación, generada por las características tan especiales de convivencia con dichos pacientes. La habituación y la acomodación que por un lado deberían favorecer la comunicación, el analisis y la investigación, a veces sirve para bloquear e inhibir, produciendo incomunicación, monotonía... El trato tan directo y tan continuado con el enfermo y las características psicológicas que envuelven a dicho paciente y al personal, tanto médico como de enfermería, puede provocar, como en todas las convivencias, momentos de crisis y de desilusión, generando diferentes conflictos, tensiones, y por lo tanto actitudes.

B - Frente al enfermo

1) Crees que el enfermo necesita atención psicológica: si (32).

2) Crees que presenta trastornos psicológicos: la mayoría (36).

3) Cuando: depende de cada enfermo (20), al entrar en diálisis (11), después de un tiempo (12).

4) Crees que tenían dichos trastornos: no (35), han surgido con el tratamiento: si (30), se han agravado los existentes: si (27) no (13), por la escasa preparación psicológica: a veces (21), por falta de un enfoque más global que contemplara lo psicológico: en algunos casos (23), por la falta de unos mejores planteamientos sociales, laborales...: si (23) en algunos casos (14).

5) Crees que el A.T.S. en hemodiálisis necesita una preparación psicológica más extensa: si (41).

6) Crees que así ayudaría más al enfermo: si (31) a veces (12).

7) Crees que algunos trastornos se podrían prevenir así: si (28) a veces (15).

8) Crees que el A.T.S. con dichos conocimientos soportaría mejor el trabajo: si (28) algunos (14).

9) Crees que conoces bien psicológicamente a tus enfermos: a algunos (25).

10) Crees que sabes manejar bien sus expectativas y exigencias: con algunos (19) a veces (13).

11) Que rol o roles sientes que dichos enfermos exigen de tí:

1-A.T.S. 10 (19)

2-contratada a sus ordenes 10 (10)

3-receptor activo 7 (8)

4-psicólogo 7 (7)

5-confidente 6 (9)

6-receptor pasivo 7 (4)

7-familia 5 (9)

8-médico madre 5 (9).

12) Que tipos de problemas tienen más:

1-laborales 10 (13)

2-privaciones alimenticias 10 (12)

3-económicos 9 (11)

4-reducción mecanismos evasivos 9 (7)

5-identidad sano-enfermo 8 (10) 5 (16), sexuales 8 (10), familiares 8 (10)

6-de pareja 8 (9)

7-imagen 6 (8)

13) Tienes dificultades en la comunicación con ellos: a veces (20) con algunos (20).

14) Tienes dificultad en la ejecución de tu rol de A.T.S.: no (23).

15) Crees que hay excesiva dependencia el enfermo al A.T.S.: en algunos casos (18) si (17).

16) O excesiva autonomía: no (16) algunos (14).

17) Manifiestan excesiva agresividad: algunos (21) a veces (19).

18) Tienes dificultad en que el enfermo siga el tratamiento adecuado: con algunos (28).

-transgresiones alimenticias: 80% a temporadas (16) con los años (14)

-transgresiones líquidas: 80% a temporadas (18) con los años (16)

-transgresiones de sal: 60% a temporadas (14) con los años (18)

-no obediencia a medicación: 20% con los años (20)

-faltas a sesiones de diálisis: 0,5% al principio (3)

-amenazas sesiones de diálisis: 10% al principio (9)

-intentos de suicidio: al principio (4) con los años (4)

-amenazas de suicidio: al principio (6) con los años (6)

-desconexión de líneas: con los años (5)

19) Como calificarías la personalidad de dichos enfermos:

1-Egocéntrica 10 (11)

2-Dependiente 10 (8)

3-Exigente 9 (9)

4-Pesimista 9 (8)

5-Pasiva-Intolerante 9 (7)

6-Autoitaria 9 (6)

7-Agresiva 8 (9)

8-Regresiva-Impaciente 8 (5)

9-Introvertida 7 (12)

Comentario: Aparece claramente en la encuesta que el paciente en hemodiálisis necesita una atención psicológica, presentando la mayoría de desarreglos de personalidad.

Lo que no coincide es ¿cuando? necesita esta atención psicológica, porque tampoco es uniforme cuando presentan estos de-

sarreglos psicológicos. El personal sanitario afirma que esto depende de cada enfermo, que no podemos generalizar, es al entrar en programa de hemodiálisis o después de un tiempo. Parece pues que la enfermedad y el tratamiento en dichos pacientes influirán pero el momento dependerá de: 1) la personalidad del enfermo y de sus mecanismos homeostáticos psicológicos, defensivos...

2) de la historia clínica de su enfermedad; si llevaba tiempo padeciendo problemas renales, si sabía su desenlace, si tuvo que enfrentarse con la muerte, etc.. Todo ello condicionará la asimilación y acomodación que haga el enfermo, ante su enfermedad y su tratamiento.

Estos dos apartados son fundamentales para el proceso que sufrirá el paciente, pero hay un 3) que son un gran número de variables externas, que le van a influir considerablemente ayudándole en dicho proceso de asimilación y acomodación, que dependerá de si se le da al paciente un enfoque globalizado y por lo tanto una atención global médica-psicológica. También dependerá del tratamiento que se le dé a la información que necesita el enfermo, para adentrarse en un mundo desconocido, generalmente, para él. Habrá que trabajar el feedback de todo ello y el asesoramiento a la familia. En definitiva la parte de la percepción que tenga de la enfermedad, él y su familia. Parte de todo ello lo generará en su interacción con el equipo médico-sanitario y por ello es tan importante una buena preparación de éste, para ayudar, prevenir y corregir los posibles desarreglos del enfermo, minimizando las crisis de ajuste por las que pasará el enfermo.

En lo que respecta al ítem 4º, no tiene demasiada validez porque la pregunta no estaba muy bien formulada y las respuestas han sido confusas. Pero a pesar de ello los resultados son importantes en el

sentido de que las contraindicaciones manifiestas, que aparecen, encubren la realidad vivencial de dicho colectivo de enfermos. La mayoría de A.T.S. manifiestan que dichos trastornos no los tenían y que han surgido con el tratamiento, pero a la vez las otras alternativas que aparecen como contradictorias a estas, no lo son, al ser la puntuación casi tan alta de unas y otras, nos demuestra que el tratamiento lo que ha hecho es descompensar los mecanismos homeostáticos psicológicos que todos tenemos ante ciertos desarreglos. Sabemos que muchos de nuestros mecanismos compensatorios pueden ser el beber, comer, vacaciones, fiestas, deportes...y todo ello estos enfermos lo tienen limitado. Y en vez de ayudarles para combatir la ansiedad y el stress, al tenerlos reducidos, les generan mas situaciones ansiógenas y stressantes.

Los items 5, 6, 7, 13, 14, ponen de manifiesto:

- 1) la necesidad de una buena preparación psicológica del personal
- 2) un enfoque globalizado del enfermo, ya que toda persona esta compuesta de biológico, mental y psíquico y cada area interactúa con las otras, donde al modificarse un aspecto o parte de éste, automáticamente se modifican las otras en busca de un nuevo reequilibrio
- 3) un enfoque social más real y adecuado para dicho colectivo con las características tan especiales de su tratamiento. Así pues añadiríamos a la persona otro aspecto además del biológico, mental y psíquico: el social. Si no concebimos al enfermo de esta manera, no avanzaremos en el conocimiento de su realidad, en su evolución como enfermo renal y no obtendremos planteamientos ni planes de intervención correctos y positivos encaminados, no solo a lo correctivo o terapeutico sino a lo preventivo.

Los items 8, 10, 11, hacen referencia a la interacción y las actitudes que se dan entre el enfermo y el A.T.S. y realzan la necesidad de mayor conocimiento psicológico teórico y practico para asumir y ma-

nejar la difícil relación, no solo, con dichos enfermos, sino con dicha enfermedad, en el sentido mas amplio de la palabra (vivencias personales, interpersonales, proyecciones contratransferencias...) Y dentro de ello la necesidad del A.T.S. de manejarse y vivenciarse mejor ante dichas situaciones.

La clasificación del item 11 queda por sí misma explicada y realza el orden de las necesidades del enfermo y manifiesta las características actuales de dicha interacción. La respuesta «contratada a sus ordenes» que ocupa el segundo lugar en la clasificación realza las expectativas y exigencias actuales del enfermo, que quizás sea mas patente en unos centros que en otros y quizás más en los privados que en los de la Seguridad Social, por las diferentes connotaciones de los roles que se dan. Pero más que por las situaciones médico-empresa, paciente-cliente, se da por la nueva concepción del paciente y del médico y de los servicios médicos y sanitarios que han ido cambiando, notablemente en los últimos años con las nuevas necesidades sociales, políticas y económicas. El estatus del médico se ha modificado ya que sus roles tambien lo han hecho y por ende el estatus y los roles del paciente tambien o a la inversa (recíprocamente). Todo ello conlleva a situaciones diferentes y a interrelaciones nuevas. Todo este tema es muy amplio e interesante para analizar, en relación a esta enfermedad en concreto, con sus aspectos o consecuencias positivas y negativas, tanto para unos como para otros.

Referente a los items 9, 12, hacen referencia al conocimiento que el A.T.S. tiene de ellos y aquí volvemos a referirnos a lo contrario, en relación a la necesidad de mayor conocimientos psicológicos en todo lo que envuelve a la enfermera nefrológica. Pero la masificación, la falta de trabajo en equipo, etc. interfieren en gran manera de forma negativa. Como consecuencias del punto 12 vemos que lo laboral es lo mas influyente, como punto básico

en la imagen de uno mismo que debe tener; interfiriendo y condicionando todas las esferas de su vida. Este apartado es sumamente importante y ya se ampliará en otra ocasión.

Los puntos 15, 16, 17, se refieren a las características de la relación entre el A.T.S. y el paciente, que por ser tan amplio se tratará en otra ocasión.

El item 18 es sumamente interesante en el sentido de que indirectamente nos lleva a conocer como el enfermo se enfrenta con su tratamiento y su enfermedad. Debajo de las transgresiones hay mecanismos de negación, mecanismos reductores de ansiedad, pseudosuicidios, carencias informativas, llamadas de atención, necesidad de cariño, chantajes... Todo un mundo de informaciones de los problemas y demandas que el enfermo nos hace a través de ellas.

En cuanto a las transgresiones, el enfermo transgrede mas en los alimentos y líquidos, que en la sal. Y se da más a temporadas y con los años, pues parece ser que al principio el enfermo esta más inseguro y dependiendo mas del equipo sanitario-médico. Con el tiempo va relajando más sus normas y sus límites.

Con la no obediencia a medicación es mucho menor su transgresión y es con los años, el enfermo ha tomado más confianza, con su enfermedad o bien la vida le importa menos, o está más deprimido y acepta menos sus limitaciones, saltándose las para compensar su ansiedad. cada caso puede ser o referirse a una actitud, conociendo al paciente lo descifraremos.

Referente a las faltas de diálisis o amenazas a ellas el % de la primera es mínimo y los dos sucesos se dan más al principio. Parece ser que esto está generado o influenciado por falta de información o falta de asimilación de la información, en algunos casos, pues parece suele darse más en personas mas ignorantes, que no han comprendido el alcance de su enfermedad y su dependencia de la máquina.

Pero en otros casos corresponderá a procesos de ensayo y error para definir sus crisis de identidad sano-enfermo. Se está probando, intentará conocer sus límites y definirse.

Algunos casos corresponden a intentos de suicidio, llamadas de atención y procesos de negación. Los intentos de suicidio y las amenazas de ellos se da tanto al principio como con los años, lo cual ratifica que cada enfermo hace un proceso diferente de fases de evolución hacia la asimilación y acomodación de su situación como enfermo en programa de hemodiálisis y todo lo que ello representa.

La desconexión de líneas parece ser se da más con los años y quizás debido a la mayor confianza del paciente con el medio sanitario y menor temor a la máquina, siendo capaz de desconectarse. De todas formas a través de esta información tenemos los comportamientos o conductas materializadas de actitu-

des y vivencias del proceso y estado del enfermo. Habría que hacer un estudio más a fondo y con más validez. Enfoquemos el estudio del enfermo a través de estos hechos, que deben quedar anotados en su diálisis y en sus historias personales, para poder conocer mas a fondo su proceso, a través de su estudio longitudinal, y a la vez estudiar el colectivo del centro a nivel transversal. Todo ello con los años nos proporcionará informaciones muy válidas en beneficio del enfermo y de todo el equipo que trabajamos con ellos.

Referente al punto 19, vemos en primer lugar el calificativo de egocéntrico, como es lógico este proceso egocéntrico comprende el proceso regresivo que la mayoría esta sufriendo. Es volver al estado de dependencia y de umbilicalismo, ya no sólo de la máquina, como claustro materno que le da vida, sino dependiendo también del per-

sonal sanitario, médico, transportes.... Unido a su crisis de identidad en todos los sentidos y motivada por el primer y básico dúo sano-enfermo que le condicionará sus otras identidades en los diferentes grupos de pertenencia y a la inversa, pues si, se queda sin trabajo involuntariamente y no se le ofrecen oportunidades, para salvaguardar su integridad más vale considerarse enfermo y por ello marginado y no marginado sin considerarse imposibilitado físicamente.

Los calificativos de dependiente, exigente... van todos en consonancia con los diferentes procesos que sufren. Este apartado también es muy amplio pues define la personalidad o personalidades del enfermo a través de unos calificativos, mas o menos aceptados, por lo que el análisis en profundidad lo dejaremos también para otra oportunidad.

C - Frente a sí misma

1) Vivencia de la enfermedad: como otra (14), mal (13), bien (13). Con el hecho significativo de que en el grupo de 3-5 años predomina la contestación: mal (8).

2) Proyección de esta vivencia: a veces (17). En el grupo de mayor experiencia empatan si y no, lo cual parece demostrar mayor control, ganado con los años de experiencia.

3) Que supone la muerte para ti: algo natural (26). Pero con empate en los subgrupos de 10-14 y 6-9 años con el ítem, te deprime. Demostrativo quizá de mayor apego a los enfermos en general, que las de menos años.

4) La muerte de un enfermo tuyo: depende del enfermo (33). Todos los grupos coinciden. Parece pues que las personalidades y las características de la interacción condicionan la actitud y emoción ante tal hecho.

5) Si tuvieras que entrar en programa intentaría superarlo (21). En los subgrupos de 6-9 esta empatado con, fatal, y en el de 3-5 años gana, el fatal. Lo cual es muy significativo de la repercusión de esta vivencia y la proyección, transferencia y contrasferencia que se pueden dar, sobre todo en el grupo de menos experiencia.

6) Como calificarías tu trato al enfermo: educativo (26) y en el subgrupo de 3-5 años empatado con el de autonomía.

7) Te sientes aceptada por ellos: si (35).

8) Tu interés por el, es solo profesional: si (17), no (16), según el enfermo (16). Es significativo que en el de 10-14 y en el de 6-9 años es, sí, y en el de 3-5 es, no, empatado con, a temporadas y según el enfermo.

9) Te estimula el trabajo y pro-

fundizas en los enfermos: si (28).

10) Nivel de satisfacción en tu trabajo: 8(16), 10(6), 9(6), 7(6). Altos niveles de satisfacción.

11) Deseas cambiar de departamento: no (31).

12) Que características crees que debes de tener: 1- seguridad en sí misma, 2- paciencia, 3- control.

13) Repercuten las vivencias en tu vida familiar: a veces (27).

14) Has pasado depresiones o estados depresivos motivados por tu trabajo: no (20), si (16). En los subgrupos hay diferencias significativas: en el de 10-14 años esta empatado, si (4) y no (4). En el de 3-5: si (9). Se ven pues mas involucradas y con menor distancia psicológica las de menor experiencia.

Comentario: Los ítems 1, 2, 5, 13, 14, hacen referencia concreta a como vivencia y se ajusta el A.T.S. a esta enfermedad. Los resultados nos hacen pensar que hay un choque negativo importante al enfrentarse el A.T.S. con dicha enfermedad. Quedando de manifiesto la proyección de esta vivencia en el enfermo, pudiéndoles perjudicar o ayudar según la valencia de esta, en su proceso de asimilación y acomodación que debe hacer el enfermo.

Y en definitiva potenciará o inhibirá el proceso rehabilitador del paciente.

El personal de menor experiencia como vemos por los resultados vivencia la diálisis mal, las de experiencia media, unas mal y otras mejor y las de más años parece que tienen más asumida dicha enfermedad, y manifiestan una actitud más positiva. De todas formas quizás sólo es un proceso adaptativo y acomodativo en el otro, en lo exterior a sí mismo y en el momento real de su enfrentamiento en sí mismas no sirviera. Pero de todas formas es positivo, en cuanto que aquí tratamos su influencia en el enfermo y por ende favorecerá más al enfermo, en su interacción, una actitud positiva que negativa.

En el punto 13, se hace referencia a las interferencias de su vida profesional, llena de contenidos emocionales, su vida privada y familiar. Aquí como en el punto 14 vemos la necesidad de tratamiento, grupo de exteriorizaciones de ansiedades, de análisis y de apoyo, para el colectivo de A.T.S. en hemodiálisis. Recalcando también que las de menor experiencia se ven más involucradas emocionalmente, con menores distancias psicológicas y por ende menor control y mayor facilidad para sufrir tensiones y conflictos intrapersonales e interpersonales.

Los puntos 3-4 hacen referencia al hecho de enfrentarse a la muerte en su aspecto general y en concreto. Y parece ser, que en el punto 3, el contacto con la muerte durante más años hace que se asocie a personas determinadas que han ido conociendo y estableciendo vínculos afectivos más estrechos, por ello las más nuevas vivencian la muerte como algo más natural. El ítem 4 ya se comentó antes.

En el ítem 6 el trato de educativo, es el que prevalece considerándose el A.T.S. vehículo necesario de enseñanza para que el enfermo se adentre en un mundo desconocido para él, con unas normas y límites imprescindibles que debe saber respetar.

Las respuestas a los ítems 7, 9, 10, 11, hacen referencia a su rol, a la aceptación que tiene entre los enfermos.

El A.T.S. se debe enfrentar a un enfermo y a una enfermedad muy compleja y complicada de relaciones, si aprende a manejarse bien en este mundo, su nivel de satisfacción puede ser muy alto, como de hecho es, pues siente su papel muy importante para mantener con vida al paciente. No es sólo pues la que administra un tratamiento eventual (pastilla, inyección...) sino que le ayuda constantemente en su proceso de salud, de una manera muy determinante. El enfermo siente que su vida y la calidad de ésta depende durante cuatro horas de ella y durante los próximos dos días respectivamente.

Todo ello puede ser muy estresante y muy satisfactorio dependiendo de la capacidad profesional, humana y por ende de la seguridad en sí misma que posea, para manejar las situaciones. Por lo que en el ítem 12, conscientes de esto, califiquen como cualidad primordial: la seguridad en sí mismas. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de hacer unos planteamientos generales de selección de personal para el A.T.S. en hemodiálisis, donde el grado de madurez de la persona y por ello su seguridad sea considerado un índice imprescindible para beneficio

del enfermo por un lado, pero por otro para salvaguardar al propio A.T.S. de descompensaciones y crisis, que en algunos casos llegan a requerir cambios de área, bajas, vacaciones....

También con índices positivos para la selección de dicho personal, estarían la paciencia y la capacidad de control.

El ítem 8 hace referencia un poco a todos los otros ítems como consecuencia. Así pues el A.T.S. que maneja bien su distancia psicológica y su interacción con el enfermo, mantiene bien su estatus y maneja bien su rol, pudiendo ser una buena profesional y conseguir un buen acercamiento humano al paciente. Si no es así, su labor se verá deteriorada por interferencias y conflictos reduciendo y perjudicando su papel como A.T.S., al simple manejo de la máquina y al control de las variables o constantes fisiológicas del paciente, y aun éstas se verán perjudicadas por la falta de una correcta comunicación.

En todo ello dependerá mucho, la personalidad y proceso de ajuste que pueda hacer cada enfermo condicionando todo lo anterior y por lo tanto favoreciendo o perjudicando la relación y la interacción.

En resumen vemos que se dan todo tipo de transferencias, contratransferencias y proyecciones entre estos dos tipos de grupos, en interacción, pudiendo ser positivo o negativo en las dos direcciones.