

Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso

H. García-Llana, J. Barbero, T. Olea, C. Jiménez, G. del Peso, J.L. Miguel, R. Sánchez, O. Celadilla, F. Trocoli, M.T. Argüello, R. Selgas

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid

Nefrología 2010;30(3):297-303

doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr.10407

RESUMEN

La insuficiencia renal es una enfermedad que genera un amplio rango de situaciones estresantes, que ocasionan trastornos tanto de tipo físico como psicológico. Es anecdótico que profesionales de la psicología sean miembros activos de los equipos de nefrología, por lo que dichas necesidades pueden no ser atendidas adecuadamente. Nos proponemos describir el proceso de incorporación de este profesional en un servicio de nefrología y presentar resultados preliminares de su actividad. El proceso se inició con un programa formativo en comunicación difícil. En el modelo elegido se prioriza el trabajo preventivo; se trata de facilitar los procesos de adaptación más allá del mero control de síntomas psicológicos; se asume como prioridad asistencial el binomio paciente-familia y se opta por un estilo de relación sinérgica interdisciplinaria. Se trabaja más desde la perspectiva de la psicología de la salud que desde la óptica de la salud mental. A lo largo del año 2008 el número de pacientes atendidos por el psicólogo ha sido de 571 (media de 48 pacientes al mes). El número total de intervenciones fue de 1.022. La mayoría de los casos atendidos en consulta (45,2%) procedían de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Otros motivos de derivación fueron: sospecha de depresión, cumplimiento, sobrecarga del cuidador principal, duelo, ansiedad y apoyo en la toma de decisiones. Este tipo de experiencias son un estímulo para el abordaje integral del paciente con enfermedad renal.

Palabras clave: Psicología de la salud. *Counselling*. Equipo interdisciplinario.

Incorporation of a psychologist into a nephrology service: criteria and process

ABSTRACT

Chronic kidney disease is associated with a wide range of stressful situations causing important physical and psychological repercussions. It is not usual that psychology professionals are active members of the nephrology teams. In consequence, these alterations are not properly assisted. Our aim is to present the introduction process of a psychologist in a nephrology department and its preliminary results. We designed a clearly defined introduction process, starting with a therapeutic communication training program for all the staff. In the model we have prioritized pre-emptive interventions in order to promote the adaptation process, far from simple psychological symptom control. It is assumed the binomial patient-family as the major objective for care, choosing an interdisciplinary approach. We worked more from a health psychology perspective than from a mental health perspective. Over the year 2008 the number of patients assisted by the psychologist were 571 (mean 48 patients/month). The total number of interventions was 1,022. Majority of cases (45.2%) were derived from the advanced chronic kidney disease program, mostly related to demands about emotional impact of renal replacement therapy commencement. Others were: suspect of depression episode, adherence, primary caregiver emotional overwhelming, bereavement, anxiety and support in decision making process. This experience is a stimulus for the integral approach of the renal patient.

Key words: *Health psychology. Counselling. Interdisciplinary team.*

INTRODUCCIÓN

En el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario La Paz se ha colaborado desde hace más de 2 años asiduamente con el grupo de psicólogos del Servicio de Hematología del

Correspondencia: Helena García Llana
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid.
helenagllana@hotmail.com

mismo hospital. Las relaciones se iniciaron principalmente en el seguimiento de algunos pacientes complejos y en la formación de los profesionales médicos y de enfermería en herramientas de comunicación terapéutica.

A partir del contacto y de la reflexión compartida, los profesionales del servicio de nefrología han expresado en distintas ocasiones que desde el hospital se atiende a pacientes con distintos grados de afectación renal, y que esta enfermedad se presenta y evoluciona de diferentes formas, muchas de ellas de importante complejidad, que precisan de un apoyo que, en muchos casos, sobrepasa los límites de la especialidad de nefrología o de la diplomatura en enfermería.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es describir cuál es el proceso de incorporación de un psicólogo en un servicio clínico de nefrología en un hospital terciario, prestando especial atención a los criterios que creemos garantizan una integración segura y satisfactoria para todas las partes implicadas. En segundo lugar, nos marcamos como objetivo una breve descripción de la actividad asistencial (dejamos para otra publicación la actividad docente e investigadora).

El esquema que vamos a seguir se inicia con la descripción de la evaluación de necesidades del servicio para pasar a describir el proceso de implementación, prestando especial atención a los criterios que creemos deben ser contemplados para garantizar la efectividad y trabajo a largo plazo del psicólogo. A continuación se presentan los resultados del primer año de actividad del psicólogo para concluir con unas reflexiones finales de cara a la replicación de procesos similares en otros servicios médicos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Evaluación de necesidades

Aspectos psicológicos de la insuficiencia renal

La insuficiencia renal es una enfermedad que genera un amplio rango de situaciones estresantes en el sujeto y su entorno, lo que ocasiona trastornos tanto de tipo físico como psicológico¹. El paciente con una enfermedad renal se enfrenta a una pérdida de salud que va a ser percibida como una amenaza, lo que se manifiesta en altos niveles de impacto emocional que pueden interferir con el funcionamiento habitual del sujeto. Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en estadios 4-5 presentan una alteración significativa en su calidad de vida cuando se les compara con población normal, y la afectación psicológica debida a los síntomas aumenta a medida que disminuye el filtrado glomerular². Las alteraciones psicológicas son frecuentes en los pa-

cientes con enfermedades renales y pueden derivar en tasas de hospitalización 1,5-3,0 veces más altas que en otras enfermedades crónicas, lo que da como resultado una significativa morbilidad³.

La depresión es el problema psicológico más frecuente en la población con enfermedad renal en estadios avanzados y puede ser eficazmente abordado con intervenciones farmacológicas y psicológicas⁴. En pacientes sometidos a hemodiálisis el diagnóstico de depresión se sitúa en el 44% y la población con ERCA en estadio 5 constituye un grupo de riesgo debido a los estresores vitales a los que se enfrentan⁵.

Los trastornos de ansiedad en esta población han sido infravalorados al asociarse a los cuadros depresivos, pero la realidad nos muestra que existen de manera significativa y que probablemente haya que mejorar los procedimientos diagnósticos para detectarlos de forma eficaz⁶.

El trabajo del psicólogo está muy centrado en la satisfacción de necesidades de los pacientes y en la promoción de sus recursos. En esta línea, como nos recuerda Magaz-Lago, el psicólogo de la salud va a favorecer respuestas adaptativas para la mejora del cumplimiento de las prescripciones médicas, un mejor manejo de los síntomas, el asesoramiento familiar, la comunicación optimizada con los profesionales y las mejoras de la calidad de vida⁷. Ante el abordaje del paciente con una enfermedad renal se impone una visión integral de su situación de enfermedad que contemple al unísono tanto los aspectos biológicos como los psicológicos, sociales y espirituales derivados de su condición⁸.

Interconsultas

El Hospital Universitario La Paz cuenta con un equipo de psicólogos integrado en el servicio de hematología. Este equipo posee una amplia experiencia de más de 30 años en el trabajo clínico dentro de un servicio médico de ámbito hospitalario. Durante los últimos años, el equipo de psicólogos de hematología fue recibiendo demandas formales de apoyo a través de partes de interconsulta para la intervención en algunos casos clínicos de alta complejidad cuyos protagonistas eran los enfermos renales y sus familias. Cada día la complejidad psicológica y social de los pacientes crecía paulatinamente. Los clínicos buscaban ayuda. Se generaban, dentro del mismo hospital, nuevas respuestas de ayuda ante necesidades que excedían las competencias de la intervención médica y de enfermería.

Formación en comunicación difícil y toma de decisiones (*counselling*)

Debido a que las demandas de intervención psicológica iban en aumento, a la par que la complejidad asistencial

en sus variables psicosociales, se realizó una propuesta de formación reglada a todo el servicio de nefrología dentro del marco de la formación continuada. El objetivo era mejorar la relación terapéutica y servir como medio de prevención del estrés laboral asistencial (*burnout*) dentro del propio servicio. El curso se propuso dentro de la tecnología relacional del *counselling*.

Para una práctica clínica eficaz en ámbitos complejos como la nefrología es imprescindible una buena comunicación que facilite la relación terapéutica y el proceso de toma de decisiones, todo ello en escenarios tan amenazantes como el inicio de tratamiento renal sustitutivo o la retirada de éste. El *counselling* es un instrumento terapéutico que ha demostrado ser muy útil en el ámbito sanitario como metodología idónea para facilitar la comunicación terapéutica⁹⁻¹¹. Es un proceso interactivo que fomenta la salud, biológica y biográfica, reduce los estados emocionales adversos, promueve la autorregulación del profesional y favorece la adaptación a la enfermedad¹².

Los contenidos formativos concretos del curso fueron dirigidos a facilitar recursos de ayuda a profesionales de la nefrología en sus distintos entornos asistenciales, tanto de crisis como de cronicidad, en los que la comunicación es de alta intensidad emocional y en los que deben afrontarse procesos tan delicados de toma de decisiones (tabla 1).

Se realizaron cinco ediciones, a lo largo del año 2007, de un curso interdisciplinario de 12 horas para médicos y personal de enfermería del propio servicio. Al principio de cada edi-

Tabla 1. Contenidos del curso de *counselling* en el servicio de nefrología

Comunicación difícil y toma de decisiones

1. Detección de situaciones problemáticas en la práctica clínica diaria.
2. El *counselling* como herramienta para la comunicación terapéutica.
3. Modelo de intervención frente al sufrimiento.
4. Prevención del *burnout*: habilidades de autorregulación.
5. Habilidades básicas comunicativas y estrategias asertivas.
6. Comunicación difícil I (malas noticias, preguntas difíciles, agresividad, adherencia frente a cumplimiento).
7. Ética de la elección frente a ética de la indicación.
8. Relación terapéutica y deliberación.
9. Motivación para el cambio.
10. Claves de trabajo en equipo

ción se pidió a los participantes que enunciasen por escrito las tres situaciones más temidas o que les generaban una mayor dificultad desde el punto de vista de la comunicación-relación terapéutica. Las principales situaciones difíciles o temidas del grupo se detallan en la tabla 2.

Criterios y proceso de implementación del psicólogo en el servicio de nefrología

En la revisión bibliográfica que hemos realizado no hemos encontrado experiencias similares que describan el proceso de integración de un psicólogo, contemplando criterios y proceso, en un servicio médico, en general ni de nefrología en particular.

Con estos precedentes, una vez detectadas las necesidades, se produce la decisión institucional del jefe de servicio de buscar un profesional de la psicología con el perfil adecuado para ejercer dentro del equipo y, a la par, conseguir la financiación externa que lo pudiera respaldar, dado que el propio sistema sanitario, actualmente, no facilita fondos para su implementación. Es conveniente resaltar que durante años desde el servicio de nefrología se había solicitado formalmente a la dirección del hospital la incorporación de un psicólogo en la plantilla y la respuesta, en la práctica, nunca fue positiva.

Criterios

Se buscó un perfil profesional concreto en el que predominara la formación en psicología de la salud y la experiencia de trabajo en equipo y, preferentemente, dentro del ámbito hospitalario. En nuestra experiencia, parece muy importante que el psicólogo se integre de manera real en la dinámica del servicio. Para ello se define su participación de modo habitual y normalizado en las actividades internas en las que intervienen los facultativos (sesiones clínicas, reuniones organizativas,

Tabla 2. Situaciones difíciles o temidas por los profesionales más habituales dentro de la práctica diaria

Tipo de situación	Porcentaje
Paciente agresivo o autoritario	39
Familia de paciente en situación terminal	17
Comunicación de malas noticias	15
Resistencia a asumir la diálisis	10
Sobreimplicación en la relación	9
Cuando el paciente demanda limitación de esfuerzo terapéutico	6
Falta de cumplimiento de los tratamientos	4

formación permanente, investigación, asistencia a congresos, etc.). El psicólogo no es tanto un consultor sino un integrante más del equipo, lo que supone compartir espacios y procesos.

Asimismo, también es necesario que los pacientes perciban la presencia del psicólogo como un miembro más del servicio, integrado de forma estable en él. Para ello, se facilitó su presencia en el pase de visita médica o en determinadas consultas. La perspectiva era clara. Frente a un modelo de interconsulta se optó explícitamente por un modelo de integración en el servicio con acentos diferenciales y significativos. En el modelo elegido se prioriza el trabajo continuado programado y preventivo frente a la intervención puntual, de interconsulta o en crisis; se está muy pendiente de facilitar los procesos de adaptación como estrategia de fondo que va más allá del mero control de síntomas; se asume como prioridad asistencial el binomio paciente-familia necesario en procesos tan cronicados; se opta por un estilo de relación sinérgica interdisciplinaria sostenida, que va tejiendo alianzas en la construcción de equipo, y no por la simple, aunque importante, contribución multidisciplinaria aislada. Se trabaja más desde la perspectiva de la psicología de la salud que desde la óptica de la psicología clínica en sentido estricto. Por último, hay un claro compromiso, sin olvidarnos de los aspectos psicopatológicos, de no huir, y de abordar la experiencia (enorme experiencia) de sufrimiento del paciente con problemas renales.

De fondo hay toda una antropología que centra el abordaje no sólo en los síntomas y problemas, sino también en los recursos y capacidades^{13,14}. De manera resumida se exponen los aspectos diferenciales en la tabla 3.

Obviamente, el modelo también contempla los principios de la bioética moderna (de no maleficencia, justicia, de beneficencia y autonomía), fomentando un tipo de relación si-

métrica de tipo deliberativo¹⁵, que servirá de base para una asistencia desde criterios de calidad y de excelencia. Ni que decir tiene que se mantiene y profundiza en la dimensión investigadora que ha de caracterizar a todo servicio clínico en un hospital universitario.

En un servicio tan amplio como es el de nefrología, se decidió priorizar la actividad asistencial en algunos ámbitos en función de las necesidades:

1. Pacientes con ERCA, con muchas posibilidades de ser incluidos en diálisis.
2. Pacientes ingresados que se enfrentan a un proceso agudo dentro de la cronicidad.
3. Pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal con dificultades en la adaptación.
4. Pacientes con problema grave de falta de cumplimiento de los tratamientos, lo que suele requerir de un aumento de ingresos y pruebas complementarias y el consiguiente incremento de la sobrecarga asistencial y del gasto sanitario.
5. Pacientes al final de la vida y prevención de duelo complicado.

La dinámica de trabajo incluye, como hemos mencionado, la intervención con familiares cuando está indicada. Independientemente de todo ello, puede recurrirse al psicólogo desde otros profesionales del servicio para su intervención en crisis con pacientes que no estuvieran encuadrados en los ámbitos previamente mencionados o para pacientes especialmente complejos o problemáticos. Todo ello está debidamente coordinado con la interconsulta al servicio de psiquiatría cuando se precisa tratamiento farmacológico de apoyo.

Asimismo, se pretende establecer estrategias de prevención del *burnout*¹⁶ desde la formación continuada en herramientas de comunicación terapéutica y desde la creación de dinámi-

Tabla 3. Ejes de la propuesta: decálogo del modelo de integración

Modelo de integración en el servicio	Modelo de interconsultoría externa
1. Trabajo continuado	1. Intervención puntual
2. Trabajo programado y proactivo	2. Trabajo a demanda
3. Trabajo preventivo	3. Intervención en crisis
4. Procesos de adaptación	4. Control de síntomas
5. Unidad paciente-familia	5. Paciente
6. Interdisciplinario	6. Multidisciplinario
7. Creación de alianzas construyendo equipo	7. Aportación de actividades
8. Centrado en heridas y capacidades	8. Centrado en síntomas y problemas
9. Psicología de la salud	9. Psicología clínica
10. Sufrimiento	10. Psicopatología

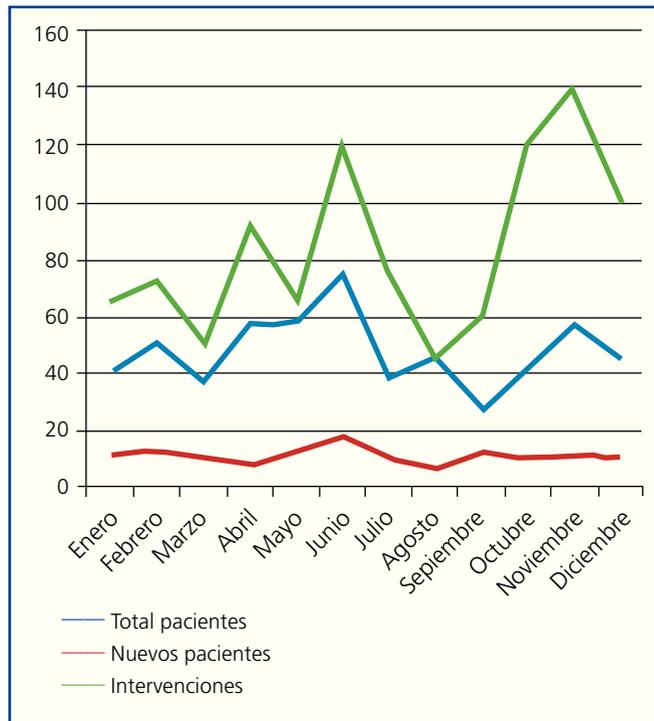


Figura 1. Actividad del psicólogo durante el año 2008.

cas de reuniones interdisciplinarias entre médicos y personal de enfermería para potenciar los canales formales de comunicación interna dentro del servicio.

Proceso

Una vez formalizada la propuesta del jefe de servicio se entra en el proceso de selección de la persona que responde al perfil de manera adecuada. Cuando se ha seleccionado al profesional se vuelve fundamental diseñar la inclusión del psicólogo en el servicio de cara a disminuir amenazas y potenciar oportunidades. Durante el primer mes se pacta mediante consenso con el jefe de servicio la posibilidad de una rotación como observador participante en las diferentes secciones del servicio para detectar amenazas y recursos de los pacientes, la familia y el equipo asistencial dentro de cada escenario. Es después de ese mes cuando se realiza la presentación al jefe de servicio de un proyecto de investigación que cubra las necesidades de mayor prevalencia y que permita desarrollar la actividad psicológica dentro de un marco seguro y adecuadamente financiado.

Este profesional no cuenta en los servicios médicos con referentes habituales de su propia disciplina para poder revisar casos clínicos, entrar en una dinámica de formación permanente compartida desde la posición de la psicología de la salud o llevar a cabo investigaciones específicamente psicológicas. Por todo ello, el psicólogo designado cuenta con el espacio liberado para una supervisión técnica con un psicólogo adjunto externo al servicio y perteneciente al mismo

hospital. Igual de importante es la supervisión organizativa mensual que se realiza con el jefe del servicio de nefrología para coordinar aspectos internos del servicio, de situación de equipo (dificultades y oportunidades) y de desarrollo de los proyectos de investigación.

RESULTADOS

La actividad durante este primer año se ha centrado en la triple tarea de asistencia, investigación y docencia, entendiendo que se trata de tres ejes que se necesitan uno al otro y que se retroalimentan constantemente, en un hospital universitario como el nuestro.

A lo largo del año 2008 el número de pacientes atendidos por psicología ha sido de 571 (media de 48 pacientes al mes). En cuanto al número de intervenciones, se realizaron 1.022 con pacientes y familiares, y la media ha sido de 85 intervenciones al mes (figura 1).

Aparte de las intervenciones diarias realizadas con carácter preventivo y en los escenarios habituales del servicio (habitaciones de hospitalización, consulta de ERCA, sala de hemodiálisis, unidad de diálisis peritoneal, entre otros) se han atendido 85 casos en consultas externas de psicología gracias a las derivaciones explícitas realizadas por el personal médico y de enfermería de las diferentes secciones del servicio. Se ha diferenciado las intervenciones por sección de proce-

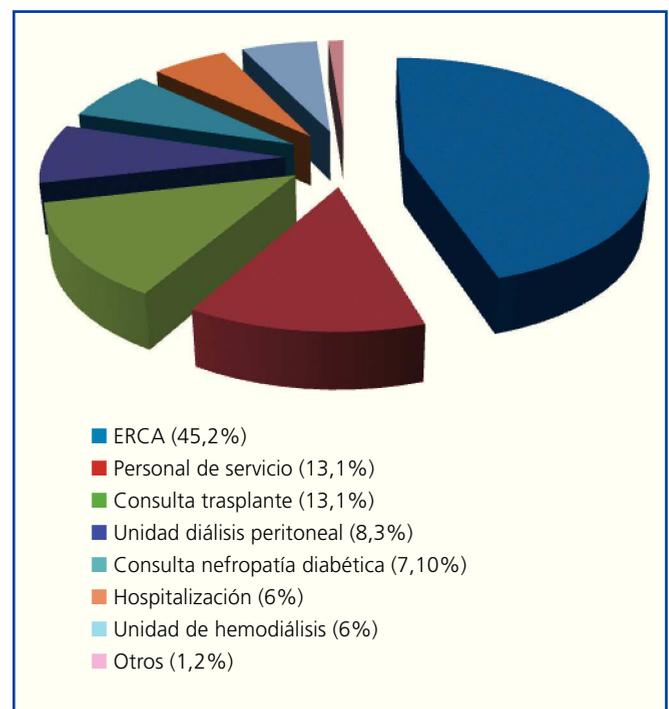


Figura 2. Consultas externas del psicólogo: clasificación por secciones de procedencia.

dencia dentro del servicio y por motivo de derivación (figuras 2 y 3).

La mayoría de los casos atendidos en consulta (45,2%) procedían de la consulta de ERCA. El 64% eran mujeres. La media de edad era de 52,6 años (desviación típica [DT]: 18,393). El 56% tenían una ocupación laboral activa en el momento de la intervención. La mitad (52,4%) estaban casados o vivían en pareja.

DISCUSIÓN

Destaca un primer dato cuantitativo interesante. Tiene que ver con que las demandas realizadas, sobre las que se han intervenido, que concuerdan claramente con las necesidades detectadas en la literatura. Por citar un ejemplo: los dos motivos principales de derivación han sido, por un lado, de pacientes que van a iniciar un programa de diálisis, con el consiguiente impacto práctico y emocional que genera en sus vidas y, por otro, pacientes en los que los profesionales intuían o sospechaban un posible proceso depresivo. La realidad posterior ha demostrado que se trataba de cuadros de depresión reactiva, inmersos habitualmente en un proceso de adaptación. Es bien conocido que todos esos procesos de adaptación conviven con una importante experiencia de sufrimiento.

También es de destacar el proceso de implementación de la figura del psicólogo en un equipo ya conformado y con larga tradición. Cuando los procesos no se cuidan los resulta-

dos dependen más del ensayo-error que de los objetivos iniciales de los participantes. Incidimos en algunas claves:

1. En los profesionales que diseñaron el proceso se discutieron a fondo las amenazas y las oportunidades, lo que permitió anticipar las posibles resistencias y aprovechar a fondo las potencialidades. Por ejemplo, fue muy útil empezar definiendo qué no queríamos que ocurriera. A saber: que el psicólogo estuviera aislado, que otros profesionales del servicio no se implicaran en el apoyo emocional al contar con psicólogo, que las expectativas no fueran realistas y fueran desproporcionadas, lo que generaría una posterior frustración. Plantear todo ello anticipadamente facilitó la prevención de dichas dificultades.
2. El proceso ha sido claramente participativo y transparente. Algunos profesionales han participado en el diseño, otros en la introducción paulatina del psicólogo y todos en la actitud pedida y acordada de acogida hacia la nueva figura. La participación real y no sólo formal disminuye las resistencias iniciales y clarifica las expectativas.
3. Proceso monitorizado. Las cosas no se generan sólo desde el deseo o sólo desde el diseño. Los motores mejor diseñados no funcionan si no se engrasan o se llevan a las revisiones oportunas. La monitorización necesita de tiempos y espacios definidos y sistemáticos. El psicólogo ha mantenido durante todo el proceso reuniones mensuales de seguimiento con el jefe del servicio de nefrología y con el psicólogo adjunto externo al servicio, perteneciente al mismo hospital. Se aprovechaba para realizar la monitorización del proceso de implementación y la supervisión técnica del trabajo realizado o por realizar.

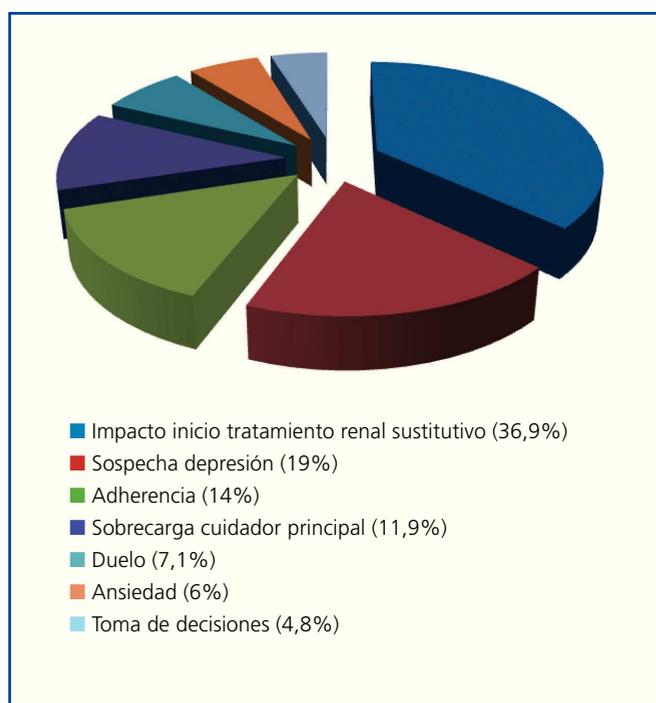


Figura 3. Consultas externas del psicólogo: clasificación por problemáticas detectadas.

Creemos que esta experiencia se puede replicar. Obviamente, no del mismo modo porque los escenarios, por muy parecidos que sean, tienen siempre culturas institucionales diferentes. No obstante, sí entendemos que las claves de proceso y de contexto, así como los criterios, pueden ser enormemente útiles para saber cómo y hacia dónde se quiere caminar. El gran logro de esta experiencia es manifestar que es posible y que además es útil, tanto para los profesionales como, sobre todo, para pacientes y familiares.

A priori, este modelo de incorporación también puede tener algunas limitaciones importantes. En primer lugar, precisa de un liderazgo claro que crea no sólo en la pertinencia y utilidad de la figura del psicólogo, sino también en la necesidad de emplear determinadas energías en el proceso, sobre todo al principio. Sin compromiso y sin liderazgo los objetivos tendrán un cumplimiento muy improbable. En segundo lugar, no sabemos cómo hubiera sido recibido si el psicólogo hubiera llegado formalmente como un adjunto más al servicio (psicólogo adjunto). Al menos desde el punto de vista teórico, existe la posibilidad de que alguien lo hubiera vivido como la oportunidad perdida de haber incorporado un adjunto (médico) que aliviara las cargas de trabajo.

En cuanto a las perspectivas de futuro, trabajos como el presente invitan a pensar en cómo seguir desarrollando estrategias para que el psicólogo potencie en el equipo la evaluación y el tratamiento de las necesidades psicológicas del paciente con una enfermedad renal; también puede sugerir el planteamiento de estrategias proactivas en los servicios hospitalarios, para que no tengan que estar esperando a que el sistema reaccione positivamente (algo alto improbable) ante estas necesidades, pues no hay que olvidar que el sufrimiento no está realmente en la cartera de servicios del sistema. Por último, estas reflexiones también impulsan a ser rigurosos en la recogida de datos asistenciales, que puedan sostener con más profundidad, en el futuro, una apuesta como la que se está haciendo actualmente en el servicio de nefrología.

Este tipo de experiencias son un estímulo para la creencia real y contrastada en la multidimensionalidad de la persona, en la pluralidad de los abordajes, en el trabajo en equipo y en la enorme riqueza que genera sumar juntos cooperando y no compitiendo. En definitiva, un beneficio para los pacientes y una mayor satisfacción para los profesionales.

Agradecimientos

A la Dras. Cristina Coca, Laura Díaz-Sayas, Carola del Rincón y Teresa López-Fando. Sin su buen hacer clínico y docente este proyecto no hubiera sido posible.

A todos los médicos y personal de enfermería del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario La Paz por su acogida y su capacidad de diálogo.

A Shire por dar continuidad a este proyecto con una beca no restrictiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel P. Psychosocial aspects of chronic disease. ESRD as a paradigmatic iones. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042-55.
2. Álvarez-Ude F, Rebollo P. Alteraciones psicológicas y de la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis). *Nefrología* 2008;3:57-62.
3. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105:214.
4. Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, et al. Intervenciones psicosociales para la depresión en pacientes en diálisis (Revisión Chrochane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 2006.
5. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;4(1):105-10.
6. Cukor D, Coplan J, Brown C, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008;52(1):18-136.
7. Magaz-Lago A. El psicólogo en la atención a personas con enfermedades crónicas. *Papeles del Psicólogo* 1994;60.
8. Santacruz PL, Rangel ME, Navas N, Bolívar Z. La visión integradora biopsicosocial como estrategia ante el paciente con enfermedad renal crónica. *Requisito contemporáneo. Nefrología* 2005;26(5):635-6.
9. Barreto P, Arranz P, Molero M. Counselling, instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: Martorell MC, González R (eds.). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis, 1997;83-104.
10. Bartz R. Beyond the biopsychosocial model: New approaches to doctor-patient interactions. *J Fam Pract* 1999;48:601-7.
11. Arranz P, Cancio H. Counselling: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En: Gil F (ed.). *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000;39-56.
12. Arranz P, Cancio H. Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el Counselling. En: Remor E, Arranz P, Ulla S (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee Brouwer, 2003;94-119.
13. Albee GW. A competency model to replace the defect model. En: Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J (eds.). *Community Psychology*. Nueva York: Gardner Press, 1980;213-38.
14. Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide, 1996.
15. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117(1):16-7.
16. Barbero J, López-Fando T. «Burnout» y Equipos Interdisciplinarios. En: González Barón M, Lacaste MA, Ordóñez A (eds.). *El síndrome del agotamiento profesional en oncología*. Madrid: Panamericana, 2008;75-87.