

Grupos de discusión de las interacciones psicológicas en la enfermería de hemodiálisis

M. Lozano *, M. Denia *, L. Chamorro * y C. Segovia **

Servicios de Psiquiatría * y Nefrología **. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

RESUMEN

Se describe la experiencia de colaboración entre los Servicios de Nefrología y Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. La colaboración se basa en dos actividades fundamentales: a) La atención psiquiátrica individualizada a un numeroso grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis, y b) La realización de un grupo de discusión con el personal de enfermería y auxiliar de la Unidad de Hemodiálisis.

El trabajo se centra en el análisis de las interacciones entre el personal de enfermería y los pacientes; para hacer este estudio se recurre al análisis de las transcripciones de las reuniones de grupo y al análisis de una encuesta contestada por el personal de enfermería.

Palabras clave: *Grupos psicoterapéuticos. Enfermería de Hemodiálisis. Psicopatología en hemodiálisis.*

PSYCHOTHERAPEUTIC GROUP WITH THE NURSING STAFF OF THE HEMODIALYSIS UNIT

SUMMARY

We describe the experience of the cooperation between Renal and Psychiatric units from Centro Ramón y Cajal in Madrid. The cooperation is based upon two central activities: a) individualized psychiatric assistance to a big group of patients on chronic hemodialysis, b) the establishment of a discussion group with the nursing staff of the hemodialysis unit.

The work is based on the analysis of interactions between nurses and patients. The material employed included transcription from group meetings and results of a questionnaire completed by the nurses belonging to the unit. In the whole analysis of transcriptions four major subjects have been separated: a) interpersonal relations between staff nurses and patients, b) interpersonal relations among staff members themselves, c) relations between staff nurses and the medical team, d) interpersonal relations among patient themselves.

In patients, regressive behaviour accompanied by excessive anxiety is observed. This is not easily controlled by the nurses, who may adopt overprotective or evasive attitudes. The nurses finds difficulty in acquiring the balanced point in the relation with patients to avoid both intimacy or rejection. Problems with psychological management of patients can influence the relationship among nurses themselves or of nurses and medical personnel in a negative manner.

Correspondencia: Dr. M. Lozano.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. de Colmenar, km. 9,100.
28034 Madrid.

Recibido: 17-XI-1985.
En forma definitiva: 2-VI-1986.
Aceptado: 3-VI-1986.

The questionnaire included personal data related to professional status, attendance at group meetings and other questions asking views on different aspects of the discussion group. The majority of nurses thought that the group was useful in allowing them to analyze relations with patients and psychological problems of nursing. In the same way the majority of staff members thought groups were a positive experience.

Key words: *Psychotherapeutic group. Hemodialysis nursing. Psychopathology in hemodialysis.*

Introducción

Hace quince años, con el advenimiento de las técnicas de diálisis, surge un nuevo tipo de enfermo renal que se caracteriza, desde la perspectiva psicológica, por la cronicidad del padecimiento, la dependencia de la máquina, la expectativa limitada de vida y la esperanza puesta en el trasplante¹⁻³.

Estas circunstancias pueden, potencialmente, desequilibrar a personalidades que, previamente a su tratamiento con hemodiálisis (HD), eran estables.

En las primeras épocas de la aplicación de la HD se observó la propensión de algunos pacientes a tener problemas psicopatológicos que se podrían encuadrar dentro de los siguientes padecimientos: depresión, potomanía, falta de colaboración en el tratamiento, impotencia, conductas regresivas, ideas suicidas y trastornos de base orgánica, como la encefalopatía dialítica y la psicosis exógena¹⁻¹². Un mismo enfermo puede presentar más de uno de estos cuadros a la vez o bien sucesivamente a lo largo del tiempo.

Exceptuando los trastornos de base orgánica, estos padecimientos son las consecuencias de las reacciones psicológicas ante la enfermedad, bien como expresión de la pérdida que supone la nueva situación (depresión e impotencia) o como expresión de mecanismos de defensa exagerados (negación y regresión), que por esta exageración se hacen ineficaces y producen nuevas dificultades (falta de colaboración en el tratamiento, conductas regresivas y potomanía).

La citada psicopatología y las dificultades de manejo terapéutico de estos enfermos, motivaron que psiquiatras y psicólogos colaboraran en los tratamientos de las unidades de diálisis. Esta colaboración se ha hecho en diferentes niveles, por una parte, tratamientos individuales o grupales dirigidos a los pacientes; por otra parte, reuniones de discusión con el personal sanitario, tipo grupos Balint, sobre las dificultades de manejo psicológico de estos pacientes y en torno a las reacciones, no siempre adecuadas, del personal sanitario encargado de su atención^{2, 13-23}.

Material y métodos

La experiencia de colaboración entre los Servicios de Nefrología y Psiquiatría de nuestro centro comien-

za en octubre de 1981. Durante los primeros meses la colaboración se limitó a la atención individualizada, a demanda del nefrólogo, de los pacientes en diálisis con alteraciones psicológicas y a la discusión conjunta, en sesiones clínicas semanales, de los diferentes aspectos de los enfermos en cuestión. Asimismo, se llevaron a cabo algunas sesiones teóricas sobre alteraciones nefrológicas o psiquiátricas para el intercambio de conocimientos. Transcurridos seis meses, se observó la necesidad, en parte por las propias demandas del personal de enfermería, de realizar grupos de discusión sobre las dificultades de relación entre el personal de enfermería y el paciente renal sometido a HD. Estos grupos de discusión se realizaron siguiendo las consideraciones de M. y E. Balint, de análisis de las interacciones que surgen en la relación personal sanitario-paciente y en los propios equipos sanitarios¹³⁻¹⁴.

Desde el mes de marzo de 1982 se realizan grupos semanales de personal sanitario, uno con el turno de mañana y otro con el turno de tarde, con una duración de tres cuartos de hora por cada sesión. Asisten el personal de enfermería (seis ATS por turno), el personal auxiliar (dos a tres auxiliares por turno), el nefrólogo responsable de la unidad de hemodiálisis, todos pertenecientes al Servicio de Nefrología; un psicólogo y uno o dos psiquiatras, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría. Las sesiones realizadas fueron posteriormente transcritas por el psicólogo o el psiquiatra.

Se realizó una encuesta anónima para conocer las opiniones del personal que participa en los grupos de discusión. Esta consistía en unas preguntas referidas a la situación profesional y otras preguntas de opinión sobre distintos aspectos del grupo de discusión (tabla I). De seis ATS de mañana contestaron cinco y de siete ATS del turno de tarde contestaron seis.

Las características profesionales de los ATS (tiempo medio de profesión, tiempo medio en hemodiálisis y peticiones de traslado) aparecen reflejadas en la tabla II. Las características de los enfermos sometidos a HD, tanto físicas como psicosociales, aparecen reflejadas en la tabla III.

Esta publicación trata de analizar las transcripciones de las sesiones de grupo y las respuestas al cuestionario encuestado.

Tabla I. Encuesta

Sexo.
Estado civil.
Año de terminación de la carrera.
Servicios por los que has pasado y tiempo de permanencia.
Tiempo que llevas en hemodiálisis.
¿Necesitas pedir el traslado a otro servicio? ¿Por qué?
Tu asistencia a las reuniones ha sido: asidua, esporádica, no has asistido.
¿Por qué en cada caso?
1. ¿Te ha sido útil el grupo de los miércoles para analizar tu relación con el paciente?
1a) ¿Te ha aportado algo?
1b) ¿Cómo piensas que debe ser la relación ideal con el paciente?
2. En el grupo, ¿se ha analizado suficientemente la relación entre el personal de enfermería?
2a) ¿Se ha modificado esta relación para bien o para mal?
3. ¿Ha servido el grupo de discusión para analizar la interacción con el personal médico?
3a) ¿Ha habido algún cambio en esta interacción?
3b) ¿Piensas que algunas decisiones que toma el médico, en relación al paciente, implican una descalificación del ATS?
4. ¿Ha servido el grupo para analizar la relación entre los propios enfermos?
4a) ¿Se ha modificado en algo, para bien o para mal, esta situación?
4b) ¿Ha servido el grupo para profundizar en los problemas psicológicos que plantean estos enfermos?
4c) ¿Se ha modificado la actitud de los enfermos con respecto al personal de enfermería?
5. ¿Qué opinas globalmente de los grupos semanales con los psiquiatras y psicólogos?
5a) ¿Te es útil?
5b) ¿En qué sentido?

Observaciones:

Tabla II. Características profesionales de los ATS

	Grupo de mañana	Grupo de tarde
Tiempo medio de profesión . . .	6,4 años	6 años
Tiempo medio en HD	40 meses	50 meses
Petición de traslado	3* ATS	2** ATS

* Razones:

- «Pérdida de ilusión, sentimiento de rutina y pesadez».
- «El trabajo es muy estresante».
- «No explica razones».

** Razones:

- «Ampliar conocimientos».
- «Monotonía del trabajo».

Resultado y discusión

Antes de pasar al análisis de resultados hemos de advertir que existen diferencias sustanciales entre los grupos de enfermería de mañana y tarde, tanto en las reuniones de grupo como en las encuestas.

A) Análisis de las transcripciones

En un análisis global del contenido de las transcripciones, se han podido diferenciar cuatro grandes temas:

Tabla III. Características de los enfermos en hemodiálisis

	Grupo de mañana (n = 29)	Grupo de tarde (n = 28)
Sexo:		
V	15 (52,0 %)	22 (78,5 %)
H	14 (48,0 %)	6 (21,5 %)
Situación clínica actual:		
Buena	19 (65,5 %)	22 (78,5 %)
Regular	7 (24,0 %)	4 (14,0 %)
Mala	3 (10,0 %)	2 (7,0 %)
Tiempo en hemodiálisis (en años):		
0-3	12 (41,0 %)	17 (61,0 %)
4-6	17 (55,0 %)	11 (39,0 %)
6	1 (3,5 %)	—
Enfermos que han rechazado trasplante renal	5 (17,0 %)	2 (7,0 %)
Estado civil:		
Casado	26 (90,0 %)	22 (78,5 %)
Soltero	3 (10,0 %)	6 (21,5 %)
Situación laboral:		
Activo	4 (14,0 %)	12 (43,0 %)
Pensionista	14 (48,0 %)	15 (53,5 %)
SL (con buen rendimiento)	8 (27,5 %)	1 (3,5 %)
SL (con bajo rendimiento)	3 (10,0 %)	—
Enfermos asistidos psiquiatría	12 (41,0 %)	6 (21,5 %)

a) Relaciones del personal de enfermería con el paciente.

b) Interacciones dentro del grupo de enfermería.

c) Relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico.

d) Interacciones en el propio grupo de pacientes.

La asistencia en el grupo de mañana ha sido siempre asidua, exceptuando los tiempos de rotación por la unidad de agudos. En el grupo de tarde ha sido constante en cuatro ATS y esporádica en dos.

a) Relaciones del personal de enfermería con el paciente

1. Una de las actitudes frecuentes del personal de enfermería ha sido el intento de compensar las contrariedades de la enfermedad con actuaciones extraprofesionales, como por ejemplo, suministrar a los enfermos bocadillos a la carta durante las diálisis (a pesar de la transgresión dietética) con la finalidad de hacerlas más tolerables. Los enfermos acostumbrados a estas actitudes terminaron por responsabilizar a los ATS de dificultades que no dependían de ellos, provocándoles sentimientos de culpa e incapacidad (por ejemplo, responsabilizar a los ATS de los retrasos prolongados de las ambulancias).

2. Los síntomas físicos de las diálisis provocan con frecuencia angustia en los pacientes; el ATS afectado por esta angustia reaccionaba con un esfuerzo desproporcionado de ayuda en las dificultades sintomáticas de la diálisis, casi siempre mediante comportamientos maternales, pero si los síntomas no desaparecían, podían pasar de una actitud maternal a otra opuesta de rechazo y evitación del paciente.

3. Las opiniones descalificadoras que hacen los pacientes de los ATS son manifestaciones de la angustia y la agresividad ante las contrariedades. El personal de enfermería, sin embargo, vivía literalmente estas críticas sin valorar las verdaderas motivaciones de estas opiniones, por lo que les sobrecargaba de angustia y les hacía responder con hostilidad.

4. En ocasiones el enfermo juega con demandas, seducciones y rechazos, con la pretensión de conseguir relaciones de dependencia y exclusividad.

Los puntos comentados hasta ahora sólo aparecían en las reuniones del grupo de la mañana; los que siguen son comunes a ambos grupos, pero se mantienen algunas diferencias que señalaremos a continuación.

5. Algunos pacientes del grupo de mañana presentan alteraciones emocionales o de la conducta y alteran el ambiente del resto del grupo, ocasionando reacciones de ansiedad en los ATS.

En ocasiones los ATS evitaban la proximidad física de los pacientes problema, eludiendo algunas prácticas terapéuticas que pudieran ser beneficiosas (masajes musculares en los calambres) o bien procuraban responsabilizarse del paciente el mínimo tiempo posible, acortando la rotación a pequeños períodos de tiempo, a pesar de la inconveniencia de esta medida.

Los pacientes del grupo de tarde no llegan a tener alteraciones tan llamativas, con la excepción de algún caso, con conductas sumamente regresivas o demandantes. Los ATS tendían en tales ocasiones al rechazo sistemático del enfermo.

6. La convivencia frecuente y extensa en el tiempo, entre ATS y paciente, le favorece a éste la comunicación de aspectos íntimos de su vida y la solicitud de una atención menos profesionalizada.

En el grupo de mañana aparecían posturas extremas, desde convertir la relación terapéutica en una relación de amistad a la actitud opuesta de buscar una asepsia absoluta por el temor a ceder a las demandas del paciente.

Los ATS de la tarde también estaban preocupados por la dificultad de comunicación con el paciente, pero su preocupación era cómo interpretar esa conducta y qué actitud mantener en esas situaciones.

Estos dos últimos puntos reflejan las dificultades que encuentra la enfermería para delimitar su papel, dado el tipo de relación tan próxima y la conducta del paciente tan demandante. La actitud profesionalizada (postura intermedia entre la intimidad y el rechazo) es difícil de mantener, pero facilita la desea-

ble expresión verbal de las angustias del enfermo, sin necesidad de verse comprometido en su mundo particular.

7. Los problemas de los pacientes se comentaron en ambos grupos con la finalidad de reflexionar sobre la comprensión psicológica de sus actividades anómalas.

Este tipo de comentarios fueron el contenido fundamental de las reuniones del grupo de la tarde, a diferencia de las reuniones del grupo de mañana, donde surgían otros contenidos psicológicos.

8. La muerte, el mal pronóstico y las enfermedades intercurrentes de los pacientes crearon algunas situaciones depresivas en el personal de enfermería del grupo de mañana, fundamentalmente cuando la relación con el paciente era intensa y amistosa.

El grupo de la tarde se limitaba a manifestar la angustia que sentían cuando el paciente les hacía comentarios sobre su estado físico y previsible mal pronóstico.

b) *Interacciones dentro del grupo de enfermería*

Los comentarios en relación con este tema sólo se dieron en el grupo de mañana.

Ocuparon pocas sesiones, pero las veces que surgió se trató de manera vehemente y con implicaciones de todo el personal de enfermería.

Los contenidos de estas discusiones fueron los siguientes:

1. Se tendía a esperar del grupo que satisficiera necesidades no puramente profesionales. Se translucía en los planteamientos que algunos ATS hacían de la forma de entender la profesión, considerando que existía falta de humanidad y entrega entre los compañeros; eran opiniones que pretendían que el grupo tuviera una cohesión que excediera los límites puramente profesionales.

2. Llegó a producirse una escisión entre los ATS más veteranos y los más nuevos. Estos últimos tenían la sensación de ser considerados por aquéllos menos capaces. Se observaba que las dificultades existentes en la unidad, en lugar de ser asumidas como tales, solían ser achacadas a la inexperiencia de los ATS más nuevos, aunque también estos últimos hacían la crítica inversa.

3. Surgieron críticas recíprocas entre los componentes del grupo, centrándose principalmente en dos aspectos: a) críticas a algunos ATS de insuficiente entrega a la labor asistencial reprochándoles su comodidad y b) críticas a los ATS que mostraban actitudes que favorecían relaciones de exclusividad y preferencia con los pacientes.

4. Por último, surgió una queja unánime de que faltaban unas normas precisas que permitiesen una actuación homogénea. A partir de estas quejas convinieron con el médico encargado de la unidad hacer turnos rotatorios para comenzar las diálisis y se establecieron una serie de criterios con un enfoque pro-

fesional a la hora de suministrar bocadillos, agua, dar masajes, etc., con el fin de evitar situaciones conflictivas, dada la personalidad regresiva de estos pacientes.

4. Por último, surgió una queja unánime de que faltaban unas normas precisas que permitiesen una actuación homogénea. A partir de estas quejas convinieron con el médico encargado de la unidad hacer turnos rotatorios para comenzar las diálisis y se establecieron una serie de criterios con un enfoque profesional a la hora de suministrar bocadillos, agua, dar masajes, etc., con el fin de evitar situaciones conflictivas, dada la personalidad regresiva de estos pacientes.

c) *Relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico*

Estos temas también aparecieron preferentemente en el turno de mañana.

1. Los ATS sentían inseguridad ante la posibilidad de que el médico pudiese descalificar sus decisiones profesionales y se quejaban de que el médico les menoscabara su autoridad en situaciones de conflicto con los pacientes.

2. Los ATS tenían la impresión de que el médico no llegaba a asumir totalmente los diferentes aspectos de su labor en la unidad. Consideraban que el tiempo que el médico dedicaba a la visita de la unidad no era suficiente para permitirle captar todas las tensiones a las que se veían sometidos.

d) *Interacciones en el propio grupo de pacientes*

Estos comentarios surgieron también preferentemente en el grupo de mañana.

Entre los pacientes no es frecuente el compañerismo. Durante su estancia en la unidad tienen actitudes individualistas y regresivas, intentan que se les conecte los primeros, buscan respuestas inmediatas a sus demandas sin tener en cuenta las necesidades generales, a veces presumen ante sus compañeros de que tienen un trato preferencial y son frecuentes las discusiones entre ellos. No suelen mantener ninguna relación fuera del hospital. En ocasiones aprovechan la ausencia temporal del ATS encargado de su diálisis para solicitar a otros cosas que previamente se les habían negado; también tienden a desplazar su angustia y responsabilidad al personal de enfermería.

B) **Análisis de la encuesta**

Los datos que siguen a continuación suponen una selección de los resultados más relevantes que han aparecido en las respuestas, haciendo un análisis diferenciado de ambos grupos.

La mayoría de los ATS del turno de mañana opinaban que el grupo les fue útil para analizar la relación con el paciente. Consideraban que no se había analizado suficientemente la relación entre el personal de

enfermería y el personal médico. La mayoría no se sentía descalificada profesionalmente por el médico y decían que el grupo les había servido para profundizar en los problemas psicológicos de los enfermos. La opinión global sobre el grupo de discusión fue considerarlo positivo y útil.

La mayoría de los ATS del turno de tarde opinaban que no les habían servido, los grupos de discusión, para analizar la relación con el paciente, decían que no se había analizado la interacción con el personal médico, también pensaban que el grupo no había sido útil para analizar la relación entre los propios enfermos. Por otra parte, la mayoría decía que les habían servido para profundizar en los problemas psicológicos de los enfermos. Sólo el 50 % tenía una positiva opinión global sobre el grupo de discusión.

Conclusiones

Entre los grupos de mañana y tarde existen diferencias importantes, que pueden reducirse a una fundamental: el grupo de mañana presenta mayor conflictividad y tensión en los distintos niveles de relación. Para analizar esta diferencia es imprescindible tener en cuenta las características particulares de cada grupo; los enfermos del turno de mañana tienen menos salud física y psíquica, así como una menor actividad laboral (tabla III). Estos aspectos son factores de desestabilización, que se van a reflejar necesariamente en un trato cotidiano e intenso, como es la diálisis, y permiten explicar gran parte de las diferencias, tanto de los contenidos de las transcripciones como de las encuestas.

Según la observación de los médicos nefrólogos encargados de la unidad de hemodiálisis, la comparación de las actitudes del personal sanitario en el inicio de los grupos de discusión, y en el momento actual, evidencian:

- Mejor conocimiento de las dinámicas psicológicas de los enfermos.
- Mejor manejo terapéutico.
- Disminución de la tensión en el propio grupo de ATS.
- Mayor participación y conocimiento por parte del médico de los problemas que se presentan en la unidad.

Se podría concluir que los grupos de discusión centrados en el entendimiento de la conducta del paciente y su interacción con el personal de enfermería, han sido de utilidad para el personal de hemodiálisis porque han favorecido una relación más profesionalizada con los pacientes.

A pesar de que la experiencia de algún autor¹¹ no ha sido beneficiosa con este tipo de grupos de discusión de personal sanitario, se puede considerar, según nuestra experiencia, que son beneficiosos y eficaces en el objetivo propuesto, coincidiendo con otras experiencias similares^{15, 16, 19, 23}.

Bibliografía

1. Kaplan De-Nour A, Shatiel J y Czaczkes JW: Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. *Psychosom Med* 30:521-533, 1986.
2. Kaplan De-Nour A: The Hemodialysis Unit. *Avd psychosom Med* 10:132-150. Karger, Basel, 1980.
3. Mingote JC, Celdrán MT, Liaño F, Rallo J y Hernando L: Aspectos psicológicos y psiquiátricos en una unidad de hemodiálisis. Nefrología: Comunicaciones presentadas a la IX Reunión Nacional de Nefrología. Edit. Lectura y Estudio, pp. 383-385. Barcelona, 1977.
4. Lowry MR y Atcherson E: A short-term follow-up of patients with depressive disorder on entry to home dialysis training. *J Affet Disord* 2:219-227, 1980.
5. Haenel Th, Brunner F y Anol Bategay R: Renal dialysis and suicide: Occurrence in Switzerland and in Europe. *Compr Psychiatry* 21:140-145, 1980.
6. Procci WR: Psychological factors asociated with severe abuse of the hemodialysis diet. *Gen Hosp Psychatry* 3:111-118, 1981.
7. Livesley WJ: Symptoms of anxiety and depression in patients undergoing chronic hemodialysis. *J Psychosom Res* 26:581-584, 1982.
8. Meher BA, Lamping DL y Dickinson CA et al: Psychosocial aspects of chronic hemodialysis: The National Cooperative Dialysis Study. *Kidney Int* 23:550-557, 1983.
9. Osberg JW III, Meares GJ, Mc Kee DC y Burnett GB: The MMPI as a measure of the emotional correlates of chronic hemodialysis: A review. *J Pers Anes* 46:268-278, 1982.
10. Dress A: Psychirche Belastungen mol Konflikte en Dialysefello. *Therapiewoche* 32:1190-1196, 1982.
11. Kaplan De-Nour A: Psychosocial adjustment to illnes scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. *Psychosom Res* 26:11-22, 1982.
12. Carbonell C: Trastornos psiquiátricos de los enfermos en hemodiálisis periódica. Extracto tesis doctoral. Univ. Comp. de Madrid, 1975.
13. Balint M: El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.
14. Balint M y Balint E: Técnicas psicoterapéuticas en medicina. Ed. Siglo XXI. México, 1966.
15. Liaño F, Mingote JC y Cebrián MT: Algunos aspectos de la relación médico-enfermo en una unidad de diálisis. El enfermo y el personal asistencial. *Rev. Clín Española* 146:171-173, 1977.
16. Mingote JC, Liaño F, Rallo J, Celdrán MT y Matesanz R: Relación médico-enfermo: reuniones periódicas del equipo asistencial en una unidad de hemodiálisis. *Rev Clín Española* 151:229-231, 1978.
17. Buisán R, Reyero MJ, Celdrán MT y Del Corral E: Personalidad de la enfermera de hemodiálisis crónica. *Rev Rol de Enfermería* 29:54-66, 1980.
18. Alfonso P, Buisán R y Martín MA: La enfermera de nefrología y el morir en las unidades renales. *Rev Rol de Enfermería* 54:58-66, 1983.
19. Daly RJ: Psychiatric aspects of maintenance haemodialysis. Proc. 4 th Int. Congr. Nephrol., Stockholm, 1969, vol. 3:121-130, Karger, Basel, 1970.
20. Halper IS: Phychiatric observations in a chronic hemodialysis program. *Med Clins N Am* 55:177-191, 1971.
21. Kaye R, Laigh H y Struch B: The role of the liaison psychiatrist in a hemodialysis programa a case study. *Psychiat in Med* 4:313-321, 1973.
22. Marshall JR: Effective use of a psychiatric consultant on a dialysis unit. *Postgrad Med* 55:121-125, 1974.
23. Shea EJ, Boolgan DF, Freeman RB y Schreiner GE: Hemodialysis for chronic renal failure. IV Psychological considerations. *Ann Intern Med* 62:558-563, 1965.