



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# Complicaciones psiquiátricas en pacientes sometidos a hemodiálisis: aproximación a un programa de intervención preventiva y terapéutica \*

A. POLAINO-LORENTE (1), M. C. ZAHONERO (2)

---

## RESUMEN

*Los autores revisan las principales alteraciones psicopatológicas que aparecen en los pacientes sometidos a hemodiálisis, poniendo un especial énfasis en el estudio de los síndromes depresivos.*

*Se propone un nuevo programa de intervención psicológica tanto para el tratamiento como para la prevención de las depresiones en estos sujetos.*

*Key words: hemodiálisis, depresión, locus of control, prevención, programa de intervención.*

## ABSTRACT

*A review of the capital psychopathological disorders which appear in patients in hemodialysis, with a special emphasis in the study of depressive syndrome, is presented by the authors.*

*A new programme of psychological intervention either for treatment and prevention of depression in this subjects is suggested.*

*Key words: hemodialysis, depression, locus of control, prevention, intervention programme.*

---

(\*) Comunicación presentada en la Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica, Murcia, marzo 1982.

(1) Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense, Madrid.

(2) Profesor de Biopatología. Universidad Complutense, Madrid.

## INTRODUCCIÓN

La investigación de las complicaciones psicológicas y psiquiátricas de los pacientes sometidos a hemodiálisis se ha incrementado en los últimos cinco años y comienza a generar importantes resultados. En cierto modo esas aportaciones han sido posibles gracias a los tres factores siguientes: *a)* la mayor atención psicológica y psiquiátrica a los pacientes, que ha permitido detectar precozmente, y durante el seguimiento, la manifestación de esas alteraciones; *b)* el incremento de personas sometidas a hemodiálisis, tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar, y *c)* la prolongación de la vida de estos pacientes gracias precisamente a las técnicas de hemodiálisis.

En una investigación realizada por Friedman y col. (1978) se estima en 37.000 el número de pacientes que durante ese año fueron tratados con hemodiálisis en Estados Unidos.

En España los datos de que disponemos corresponden a las estadísticas realizadas por el Ministerio de Sanidad, durante el año 1980 y aparecen recogidos en la tabla 1.

TABLA I

*Enfermos sometidos a diálisis en España durante el año 1980. (Ministerio de Sanidad, 1980; datos facilitados por la Asociación de Enfermos Renales.)*

	Varones	Hembras	Totales (%)
<i>Diálisis en centros sanitarios</i> ... ..	3.644	2.293	5.937
1. Hemodiálisis en enfermos crónicos ... ..	3.182	1.952	5.135
2. Hemodiálisis en enfermos agudos ... ..	256	169	425
3. Diálisis peritoneal ... ..	206	172	378
<i>Diálisis domiciliaria</i> ... ..	143	60	243
Total ... ..	3.827	2.353	6.180
	61,93 %	38,01 %	

Una revisión sobre este material revela que la mayor parte de la bibliografía disponible se centra fundamentalmente en el estudio de los efectos estresantes y en las conductas desadaptadas que emergen en estos pacientes como consecuencia de los tratamientos médicos a los que están sometidos. Sin embargo, la manifestación más frecuente —según las comunicaciones de los diversos autores— es la enfermedad depresiva.

En las líneas que siguen, los autores se proponen revisar las complicaciones psicológicas y psiquiátricas (especialmente en la conducta depresiva), a la vez que ofrecer algunas hipótesis explicativas a esas manifestaciones, y esbozar un programa de intervención que sirva tanto a la prevención de las alteraciones antes aludidas, como al mejor ordenamiento de las técnicas de hemodiálisis empleadas.

### 1. ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS

En nuestro país Carbonell-Masiá (1978) es con toda certeza uno de los pocos autores, por no decir el único (Del Río Vázquez y col., 1978), que se han ocupado en este tema. Un resumen apretado de las alteraciones psiquiátricas halladas por el anterior autor puede encontrarse en su tesis doctoral (1975) y en otras publicaciones (Carbonell-Masiá, 1978). Remitimos allí al lector interesado en este tema.

Aunque se han descrito muchas otras alteraciones psicopatológicas (alteraciones neuróticas, reacciones de ansiedad, fobias, crisis depresivas, dificultades para adaptarse a la vida, impotencia sexual, cefaleas, náuseas, vómitos, episodios de desorientación temporo-espacial, estados confusionales, etc.), sin embargo, la alteración más frecuente y más importante de todas ellas es, sin duda alguna, la depresión. A la revisión de este problema dedicaremos la presente comunicación.

Este dato ha sido comunicado por diversos autores. Así por ejemplo Abram (1968) lo refirió en enfermos crónicos incurables en su fase terminal, atribuyendo la enfermedad depresiva a la dificultad que tienen estos pacientes para continuar viviendo. Cramond y col. (1967) y Kempf (1967) coinciden también en este dato, aunque referido no sólo a la homodiálisis, sino a los transplantes renales.

Retan y Lewis (1966), estudiaron ocho pacientes sometidos a hemodiálisis. Tres de ellos sufrieron trastornos psiquiátricos muy variados y los cinco restantes padecieron trastornos depresivos e ideas suicidas.

Todo esto ha hecho que se aconseje la necesidad de estudiar a los pacientes en la etapa de prediálisis para valorar los riesgos de la enfermedad depresiva, y si es posible, prevenirla. Los resultados, no obstante, no han sido todo lo satisfactorios que eran de esperar. Con este propósito Reichsman y Levy (1972) estudiaron veinticinco pacientes antes de someterles a dicho tratamiento. Todos ellos en la entrevista inicial manifestaban síntomas discretamente depresivos. Los veinticinco pacientes, a lo largo del seguimiento que se hizo mientras estaban sometidos a la acción de la hemodiálisis, manifestaron episodios depresivos de mayor o menor gravedad, pero siempre de mayor intensidad que al inicio del tratamiento.

Una investigación más sistemática y controlada fue realizada por Abram y col. (1971). Los autores estudiaron 127 centros de diálisis abarcando un total de 3.478 pacientes. Los datos encontrados fueron muy significativos: 20 pacientes se habían suicidado; 17 habían intentado suicidarse sin conseguirlo y 22 habían muerto con graves perturbaciones psicopatológicas de tipo depresivo. Si se compara la inciden-

cia de la conducta suicida con la de la población general, se observa que en los pacientes sometidos a hemodiálisis es cien veces superior.

No disponemos, por el momento, de una explicación que justifique satisfactoriamente los datos anteriores. Massry y col. (1976) continúan insistiendo en la necesidad de realizar una evaluación psiquiátrica pormenorizada en estos enfermos, antes de someterlos al referido tratamiento.

## 2. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Sintetizamos a continuación algunas de las hipótesis explicativas que se han postulado como justificación de la alta incidencia de depresiones en los pacientes sometidos a hemodiálisis.

### a) *Conflicto dependencia-independencia*

Algunos autores (Reichsman y cols., 1972), considerarán que el problema más importante en estos pacientes es la dificultad para resolver su conflicto de dependencia-independencia. Los pacientes experimentan las sesiones de hemodiálisis como una dependencia brutal de la máquina para continuar viviendo. De otra parte, su vida depende no sólo de este aparato —al que se sienten unidos como por un cordón umbilical; Wright y cols. (1966)—, sino que a la vez dependen también del medio ambiente (el ambiente hospitalario) y de la familia. Ese conflicto se agudiza todavía más por cuanto las dos o tres sesiones semanales de hemodiálisis suponen una importante privación estimular del ámbito natural en el que hasta entonces realizaba su vida. Muy frecuentemente (Procci, 1973 y 1981) estos pacientes no siguen la dieta a la que deben someterse como un modo de escapar de esa privación estimular y así experimentar una cierta independencia del sistema terapéutico.

### b) *Stress psicológico*

Wright y cols. (1966) y Lowry (1979) atribuyen la aparición de la depresión como un resultado del stress desencadenado por las sesiones de hemodiálisis. Durante las sesiones, el enfermo se incomunica de los demás, debe permanecer inmobilizado rodeado de aparatos y observando cómo su sangre circula fuera de su cuerpo. Esta situación estresante, no tiene una función bienadaptativa, puesto que la activación cerebral concomitante no cumple ninguna finalidad. La reiteración de las sesiones contribuiría a aumentar el stress que acabaría por desorganizar el comportamiento. En consecuencia, como escribe Wright, los pacientes sometidos a diálisis están expuestos a tres fuentes estresantes diferentes: *a)* la frustración derivada de su inmovilidad; *b)* la ansiedad de expectación generada por la incertidumbre de que durante la sesión sobrevenga alguna complicación, y *c)* el conocimiento de que

dicho tratamiento no terminará nunca (*cronicidad*) y de que haga lo que haga debe soportar esa terapia intrusiva (*desvalimiento*).

Un stress que se perpetúa sin lograr solucionar el problema, necesariamente ha de desorganizar el comportamiento. La cronicidad y el desvalimiento derivados de éste, facilitarían luego la emergencia de las manifestaciones depresivas.

### 3. ¿HEMODIÁLISIS INSTITUCIONAL O HEMODIÁLISIS A DOMICILIO?

Otra hipótesis que se ha postulado concede un especial énfasis al lugar donde se realiza la hemodiálisis. Algunos investigadores (Robinson, 1971, y Blagg, 1970 y 1972) afirman que cuando la hemodiálisis se realiza en el domicilio, los síntomas depresivos aparecen con menor intensidad. Se sugiere así que habría otros factores ambientales, no estrictamente vinculados a la hemodiálisis, que podrían ser los responsables de las manifestaciones depresivas en estos pacientes. A parecidas conclusiones han llegado también Tyler (1968) y Foster y cols. (1973) en estudios de seguimiento de dos años de duración. La irritabilidad, la pérdida de interés, el insomnio, la anorexia y los episodios depresivos parecen ser más frecuentes e importantes en sujetos hemodializados en su domicilio.

Los resultados anteriores están sin embargo en contraposición con los comunicados por Popoconiak y cols (1975) de la *Cleveland Clinic Foundation*. De los 129 pacientes sometidos a hemodiálisis en sus domicilios, 73 manifestaron alteraciones psicopatológicas depresivas graves, siendo preciso su ingreso en el ámbito hospitalario y la administración de fármacos antidepresivos.

Neff y cols. (1973) observaron que de 79 pacientes tratados en casa, 13 tuvieron que ser ingresados por problemas psicológicos. A parecidos resultados llegan Baillod y cols. (1975), quienes hubieron de ingresar a 10 pacientes de una muestra de 158. Roberts (1976) realizó una investigación mucho más amplia con 1.063 pacientes durante 6 años de seguimiento; los resultados hallados fueron los siguientes: 33 pacientes tuvieron que ser ingresados durante el período de entrenamiento, 133 durante los 6 primeros meses de aplicárseles la hemodiálisis a domicilio y 53 durante el segundo semestre de estar sometidos a hemodiálisis domiciliaria. No parece pues que esté demostrado que la hemodiálisis a domicilio disminuye la incidencia de depresiones.

Por otra parte, cuando la hemodiálisis se practica a domicilio la familia del paciente también sufre ciertas consecuencias. Las investigaciones de Shanbaugh y cols. (1967), Smith y cols. (1969), Lesenberg y cols. (1979) y Lecury (1979) demuestran que en el curso de la hemodiálisis a domicilio aparecen problemas psicopatológicos (especialmente depresiones) en los familiares de los enfermos. Según parece el stress derivado de la hemodiálisis afecta no sólo al paciente, sino a las personas que le rodean. En cualquier caso el factor de más alto riesgo para el padecimiento de depresiones en los familiares (incluso en aquellos que fueron previa-

mente evaluados y que estaban libres de todo padecimiento psicopatológico), es sin duda alguna la edad. Cuando el esposo o la esposa del paciente sobrepasan la edad de 50 años, debe excluirse al paciente de los programas de hemodiálisis domiciliaria (Lowry, 1980).

De la revisión realizada líneas arriba parece desprenderse la pertinencia de que estos pacientes sean tratados hospitalariamente. Sin embargo, recientes investigaciones han venido a problematizar todavía más lo que se presentaba como la mejor de las soluciones. Una investigación muy cuidada de las variables ambientales que caracterizan a las unidades de hemodiálisis (Rhodes, 1981), concluye que éstas pueden jugar un importante papel en la aparición y sostenimiento de los síntomas depresivos. El autor investigó la relación entre las manifestaciones depresivas, la disonancia perceptiva y las variables ecológicas ambientales en un grupo de 59 pacientes y en las 18 personas que componían el staff de la unidad de hemodiálisis. A ambas poblaciones se les pasó el Cuestionario de Beck (BDI) y la *Moos Ward Atmosphere Scale* (WAS, forma C).

Por lo que respecta al grupo de pacientes, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

a) Los pacientes depresivos percibían más negativamente el ambiente que los pacientes no depresivos (correlación entre WAS y BDI a nivel significativo,  $p < 0.03$ ).

b) No hubo correlación significativa en un análisis de varianza de las puntuaciones intraescalares en el WAS, en el modo de percibir de los pacientes depresivos y no-depresivos.

c) Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos entre los ítems del BDI y del WAS entre pacientes depresivos y no-depresivos establece que el 52 % de los ítems del primero correlacionan significativamente ( $p < 0.05$ ) con el 80 % de los ítems del segundo.

d) Los pacientes depresivos con bajas puntuaciones en el WAS correlacionan significativamente ( $p < 0.05$ ) con los siguientes ítems del BDI (insatisfacción por la vida, culpabilidad y suicidio). Por lo que respecta a los miembros del staff, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

a') El ítem en el BDI más significativo fue el de irritabilidad (.67).

b') El 17 % de los miembros del staff pudo ser incluido, según los resultados obtenidos en el BDI, en la categoría de depresión (se consideraba depresivo para esta muestra las puntuaciones de 14 y superiores; rango de 0 a 26). La *ratio* depresiva entre los miembros del staff fue de 1 a 6.

c') Los ítems del BDI más frecuentemente encontrados fueron: falta de satisfacción (44 %), autoacusación (40 %) irritabilidad (56 %) y cansancio (44 %).

La evaluación contrabalanceada de los bloques de resultados anteriormente apuntados, sugiere las siguientes conclusiones:

1. Las relaciones entre los miembros del staff y los pacientes no son funcionales ni estrictamente terapéuticas.

2. Hay diferentes grados significativos de disonancia perceptiva entre los sujetos de ambos grupos, que por otra parte continúan e intensamente están interactuando entre sí durante largos períodos de tiempo.

3. La diálisis se muestra como la fuente más importante de stress, tanto para los pacientes como para las personas que integran el staff. Esa disonancia perceptiva diferencial de los miembros del staff parece contribuir a que éstos traten agresivamente a los pacientes; los pacientes, en cambio, exigen más atenciones del staff y son más vulnerables al comportamiento de los que le asisten, que se revela, así como un nuevo factor estresante y depresógeno.

4. Los síntomas depresivos actuarían en las dos poblaciones como un filtro que al interpretar negativamente los estímulos ambientales sesga de forma depresiva la interacción cuidador-paciente.

5. Tanto los pacientes como ciertos cuidadores, focalizan negativamente sus percepciones del ambiente.

6. El juego de las interacciones cuidador-paciente, cuidador, paciente y ambiente se revelan como un significativo factor depresógeno y condicionante. Aunque estos resultados no contradicen la posibilidad de que aparezcan depresiones biológicamente condicionadas en los pacientes hemodializados (Calland y cols., 1972; Foster y cols., 1975; Wertzel y cols., 1977 y Czackes y cols., 1978), es un hecho, sin embargo, que la interacción entre éstos y sus cuidadores (hipótesis ambientalista) juega un papel relevante en la aparición y el mantenimiento de la conducta depresiva de estos sujetos. Aunque por el momento se desconoce cuál pueda ser el peso real de esta última hipótesis en la explicación de los padecimientos depresivos en los pacientes hemodializados, estamos en condiciones de asumir que el factor antes aludido puede ser de gran importancia.

De hecho, investigaciones como las de O'Brien (1980) y Calsyn y cols. (1978) vienen a confirmar los anteriores supuestos. Los trabajos de estos últimos revelan que las actitudes y el comportamiento de los cuidadores influyen en el comportamiento de los pacientes; que el comportamiento de estos últimos reobra sobre el de aquellos; que los patrones de interacción entre ambos son disruptivos generando un cambio masivo en el modo de vivir y en el estilo de vida; que en la medida en que se prolonga la interacción comportamental entre ambos, disminuye la calidad de esa interacción; que la conducta de los cuidadores que integran el equipo influencia decisivamente la adaptación del paciente a la diálisis (Roper y cols., 1977), y que hay una asociación entre el comportamiento de los cuidadores y las actitudes y conductas que adoptan los pacientes (Steckel, 1974).

Los datos anteriores aconsejan encarecidamente un nuevo modo en la aproximación comportamental de los cuidadores y la puesta en marcha de programas de intervención que además de entrenar a éstos, genere una más importante gratificación y un moldeamiento comportamental más sano en los pacientes hemodializados.



#### 4. HACIA UNA NUEVA HIPÓTESIS EXPLICATIVA: EL «LOCUS OF CONTROL»

La revitalización de las viejas hipótesis de Rotter (1954 y 1966), sobre la teoría del aprendizaje social, formuladas hace más de veinticinco años, representan respecto de este problema una nueva e importante vía de aproximación. El *locus of control*, constructo derivado de aquellas teorías, representa la dimensión cognitiva que refleja las diferencias individuales sobre el autocontrol o la ilusión de control de los refuerzos (Polaino-Lorente y cols., 1981 y 1982, *a* y *b*).

Goldstein (1971) trabajó con este modelo a propósito del suicidio de pacientes crónicos sometidos a hemodiálisis.

Más recientemente Smith y cols (1981), han estudiado mediante la aplicación de la *Multidimensional Locus of Control Scale* (CMLC, 1978) el peso y la relación existente entre la depresión de los sujetos hemodializados y las cuatro variables siguientes: relaciones sociales, nivel de actividad física, lugar donde se practica la diálisis (hospital o domicilio) y duración de la diálisis. Ninguna de las tres primeras variables fueron significativas. En cambio, la última, la duración de la diálisis, sí que lo fue ( $r = 0.92$ ;  $P = 0.01$ ). Los sentimientos de dependencia y el *helplessness* parecen ser los factores más importantes en la configuración de estos cuadros depresivos. La exposición de los sujetos a hemodiálisis durante el primer año, incrementa el estilo atribucional externalista. Sin embargo, el mayor ajuste y adaptación de los pacientes a la hemodiálisis se produce durante los tres primeros años de estar sometidos a ella, una vez que aprenden el modo de vida impuesto por esas condiciones instrumentales. Dicho brevemente: durante el primer año de ser hemodializados los pacientes se hacen más externalistas; posteriormente aprenden a adaptarse a las restricciones que el sistema terapéutico les impone, aceptando y aprendiendo las estrategias necesarias para el autocuidado y su estilo atribucional deviene más internalista. Estudios longitudinales han verificado las afirmaciones anteriores, aconsejando la aplicación de programas modificadores del «locus of control», especialmente durante el primer año de hemodialización.

Los cuidadores deberían ser entrenados en estos programas, tanto más cuanto que de ellos dependen la modificación del «locus of control» de sus pacientes, que tanta importancia tiene para la prevención de las depresiones y el mantenimiento de la salud mental.

#### 5. HACIA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA

La revisión que hemos realizado en esta comunicación se ha mostrado conclusiva: es necesario modificar el comportamiento, las actitudes y los estilos perceptivos y atribucionales de cuidadores y pacientes hemodializados. Sólo así, podrán prevenirse muchas de las alteraciones psicopatológicas que frecuentemente se manifiestan en unos y otros, y contribuir, de un modo especial, a la prevención de la enferme-

dad depresiva, la complicación psicopatológica sin duda alguna más frecuente en estos pacientes.

La elaboración de paquetes de estrategias integradas en un programa que sea preventivo y rehabilitador es una necesidad obvia. Sintetizamos a continuación las pautas que en nuestra opinión debieran seguirse para configurar un anteproyecto de intervención que sea preventivo y rehabilitador:

1. *Entrenamiento de los cuidadores*: Esta etapa del programa resulta fundamental puesto que está en la base y condiciona por completo los resultados del programa. A los cuidadores habría que entrenarlos en el uso de las estrategias comportamentales que posteriormente han de aplicar (y de las que informaremos a continuación), a la vez que en otros muchos aspectos específicos para el ejercicio de su asistencia profesional.

2) *Entrenamiento de los pacientes*:

- a) Información al paciente sobre su trastorno renal.
- b) Información al paciente sobre el tratamiento que recibirá.
- c) Entrenamiento del paciente en el uso y control de aparatos e instrumentos que intervienen en la hemodiálisis.
- d) Entrenamiento en técnicas de relajación.
- e) Entrenamiento en autoobservación para la detección precoz de las señales de ansiedad y/o de las respuestas ansiosas que aparezcan en su organismo.
- f) Aplicación de programas de desensibilización fóbica cuando la situación o los requerimientos de los pacientes así lo aconsejen.
- g) Reentrenamiento de las habilidades y destrezas de interacción social que el paciente necesita para relacionarse con los miembros del staff, con su familia, etc.
- h) Modificación del «locus of control», durante el primer año de hemodiálisis mediante *teaching, modeling*, etc. (Kaplan y cols., 1978).
- i) Entrenamiento en percepción de control, ajustado específicamente a la situación de hemodiálisis (Lefcourt, 1972).
- j) Participación en grupos de autoayuda (*self-help*), en colaboración con otros enfermos hemodializados (Lieber, 1978).
- k) Discusión sobre los tópicos ansiógenos más comunes y esclarecimiento de las dificultades que sobrevienen al paciente durante las sesiones de hemodiálisis.
- l) Entrenamiento en la monitorización, asistencia y manejo de la hemodiálisis.
- m) Moldeamiento de nuevos estilos perceptivos y atribucionales de forma que éstos sean adaptativos, frente a su situación clínica y terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abram, H. S.: «The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life, I», *Am J. Psychiatry*, 124, 1351-1358, 1968.
- Abram, H. S., y cols.: «Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am. J. Psychiatry*, 127, 1199-1204, 1971.
- Baillood, R. A., y cols.: «Review of ten years-home dialysis», *Proc. Eur. Dialysis Trasplantr. Asoc.*, 11, 68, 1981.
- Blagg, C. R., y cols.: «Home dialysis: Six years' experience», *N. Engl. J. Med.*, 283, 1126-1131, 1970.
- Calland, C. H.: «Iatrogenic problems in end-stage renal failure», *N. Engl. J. Med.*, 287, 334-336, 1972.
- Calsyn, D. A. y cols.: «Vocational adjustment, psychological assessment and survival on hemodialysis», *Trans Am. Soc. Artif. Intern. Organs.*, 24, 125-126, 1978.
- Carbonell Masía, C.: «Alteraciones psiquiátricas de los enfermos en hemodiálisis», *Actas Luso-Españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 6, 4-53, 1978.
- Carbonell Masía, C.: *Alteraciones psiquiátricas de los enfermos en hemodiálisis*. (Tesis Doctoral), Madrid, 1975.
- Cramond, W. A., y cols.: «The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic hemodialysis and renal homotransplantation», *Br. J. Psychiatry*, 113, 1201-1212, 1967.
- Czaczkes, J. W., y cols.: *Chronic Hemodialysis as a Way of Life*, Brunner/Mazel, New York, 1978.
- Foster, F. G., y cols.: «Psychobiologic factors and individual survival on chronic renal hemodialysis: A two year follow-up. Part I», *Psychosom. Med.*, 35, 64-82, 1973.
- Friedman, E. A., y cols.: «Pragmatic realities in uremia therapy», *N. Engl. J. Med.*, 298, 368-371, 1978.
- Goldstein, A. M., y cols.: «Suicide in chronic hemodialysis patients from an external locus of control framework», *Am. J. Psychiatry*, 127, 1204-1207, 1971.
- Kaplan, G. D., y cols.: «Health locus of control and health value in the prediction of smoking reduction», *Health Educ. Monogr.*, 6, 133-136, 1978.
- Kemph, J. P.: «Psychotherapy with patients receiving kidney transpaltn», *Am. J. Psychiatry*, 124, 623-629, 1967.
- Lefcourt, H. M.: «Recent developments in the study of locus of control». In: Maher, B. A., ed. *Progress in experimental personality research*, New York: Academic Press, 8-15, 1972.
- Levenberg, S. B., y cols.: «Studies in family oriented crisis intervention with hemodialysis patients», *Int. J. Psyciatry Med.*, 9, 83-92, 1979.
- Lieber, A. L., y cols.: «Group therapy with hemodialysis patients», *Dialysis Transplant*, 7, 46-470, 522, 1978.
- Lowry, M. R.: «Frequency of Depressive Disorder in Patients Entering Home Hemodialysis», *The Journal of Nervous and Mental Disense*, 167, 4, 199-204, 1979.
- Lowry, M. R., y cols.: «Home Dialysis Dropouts», *Journal Psychosomatic Research*, 24, 173-178, 1980.
- Massry, S. G., y cols.: *Clinical Aspects of Uremia and Dialysis*, pp. 53-68. Charles C. Thomas, Springfield, 111, 1976.
- Neff, M. S., y cols.: «Outpatient dialysis», *Archs. Intern. Med.*, 131, 717, 1973.
- O'Brien, M. E.: «Effective Social Environment and Hemodialysis Adaptation: A Panel Analysis», *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 360-370, 1980.
- Polaino-Lorente, A.: «Indefensión Aprendida ("Learned Helplessness"): Un modelo experimental animal. Revisión crítica», *Psiquis*, 5, 169-180, 1981.
- Polaino-Lorente, A., y cols.: «La indefensión aprendida: ¿un modelo experimental de depresión? *Revista de Psiquiatría de la Fac. de Med. de Barcelona* (en prensa), 1982 a.

Polaino-L  
apren  
Popownia  
225,  
Procci, V  
16-2  
Procci, V  
Diet  
Reichsm  
stud  
Retan, J  
Inte  
Rhodes,  
Her  
Río Vá  
gra  
Roberts  
Ki  
Robins  
18  
Roper,  
A  
Rotter  
H  
Rotter  
P  
Sham  
T  
Smith  
1  
Smith  
r  
Steck  
  
Tyle  
Wer  
  
Wri

- Polaino-Lorente, A., y cols.: «En búsqueda de un algoritmo explicativo de la indefensión aprendida en el hombre», *Estudios de Psicología* (en prensa), 1982 b.
- Popowniak, K. L., y cols.: «Home dialysis: eight years' experience», *Cleveland clin. G.*, 42, 225, 1975.
- Procci, W. R.: «Dietary abuse in maintenance hemodialysis patients», *Psychosomatics*, 19, 16-24, 1978.
- Procci, W. R.: «Psychological Factors Associated with Severe Abuse of the Hemodialysis Diet.», *General Hospital Psychiatry*, 3, 111-118, 1981.
- Reichsman, F., y cols.: «Problems in adaptation to maintenance hemodialysis: A four-year study of 25 patients», *Arch. Intern. Med.*, 130, 859-865, 1972.
- Retan, J. M., y cols.: «Repeated dialysis of indigent patients for chronic renal failure», *Ann. Intern. Med.*, 64, 284-292, 1966.
- Rhodes, L. M.: «Social Climate Perception and Depression of Patients and Staff in a Chronic Hemodialysis Unit.», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 3, 169-175, 1981.
- Río Vázquez, A. del, y cols.: «Resultado de una encuesta en 87 pacientes incluidos en programa de Hemodiálisis Periódica», *Galicía Clínica*, 619-627, 1978.
- Roberts, J. L.: «Analysis and outcome of 1063 patients trained for home hemodialysis», *Kidney Int.*, 9, 363, 1976.
- Robinson, B. H. B.: «Intermittent haemodialysis in the home», *Br. Med. Bull.*, 27, 173-180, 1971.
- Roper, E., y cols.: «Attitudinal barriers in dialysis communication», *Journal of the American Association of Nephrology Nurses and Technicians*, 4 (4), 179-198, 1977.
- Rotter, J. B.: *Social learning and clinical psychology*. Englewood, New Jersey: Prentice Hall, 1954.
- Rotter, J. B.: «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement», *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1, Whole No. 609): 1-28, 1966.
- Shambaugh, P. W., y cols.: «Hemodialysis in the home-emotional impact on the spouse», *Trans. Am. Soc. Artif. Internal. Organs*, 13, 41, 1967.
- Smith, E. K. M., y cols.: «Hemodialysis in the home: problems and frustrations», *Lancet*, 1, 614, 1969.
- Smith, B. C., y cols.: «The relationship of health locus of control to patients with end-stage renal disease», *Patient Counselling and Health Education*, 63-66, 1981.
- Steckel, S. B.: «The use of positive reinforcement in order to increase patient compliance», *Journal of the American Association of Nephrology Nurses and Technicians*, 1 (1), 39-41, 1974.
- Tyler, H. R.: «Neurologic disorders in renal failure», *Am. J. Med.*, 44, 734-748, 1968.
- Wertzel, H., y cols.: «Analysis of patient-nurse-interaction in hemodialysis units», *J. Psychosom. Res.*, 21, 259-266, 1977.
- Wright, R. G., y cols.: «Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure», *Ann. Intern. Med.*, 64, 611-621, 1966.